

Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil

Quality of prenatal care: traditional primary care and Family Health Strategy units in a city in southern Brazil

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa ¹
Gisele Alsina Nader Bastos ^{1,2}
Luciana Neves Nunes ³
Tatiane da Silva Dal Pizzol ¹

Abstract

Prenatal care in traditional primary care units (UBS) and Family Health Strategy units (ESF) was evaluated by a cross-sectional study from July 2009 to February 2010 in Santa Maria, Rio Grande do Sul State, Brazil. Seven hundred and ninety-five postpartum women who had received prenatal care in either of the two types of units were interviewed. Four quality levels were used: level 1 (Kessner index modified by Takeda); level 2, which adds clinical obstetric procedures to level 1; level 3, which adds laboratory tests to level 1; and level 4, which includes all the above parameters. Prenatal care in the Family Health Strategy was superior to that of traditional primary care at all levels, with statistically significant differences in levels 1 and 2. Pregnant women received more guidance and prenatal care was superior in the Family Health Strategy. The study favored the Family Health Strategy, but improvement is still needed in the performance of procedures and laboratory tests in order to enhance prenatal care and strengthen primary care.

Prenatal Care; Quality of Health Care; Family Health; Primary Health Care

Introdução

A avaliação dos sistemas de saúde constitui-se em uma potente ferramenta norteadora, para gestores e profissionais de saúde. O enfoque mais tradicional de avaliação, proposto por Donabedian ¹, está baseado na teoria dos sistemas, que considera os elementos de estrutura, processo e resultados. A avaliação do processo refere-se às ações desenvolvidas nos serviços de saúde, orientada essencialmente para a análise da atuação profissional no cuidado do binômio saúde/doença da população. Avaliar o processo requer critérios que são delimitados, geralmente, pela resolutividade das ações desenvolvidas.

A qualidade do pré-natal tem sido avaliada por meio do número de consultas e da idade gestacional de ingresso no serviço de saúde. No entanto, estudos demonstram a necessidade de avaliar não apenas o número de consultas, mas também o seu conteúdo ^{2,3}. Alguns autores questionam o número proposto de consultas para gestantes de baixo risco ^{4,5,6}. Pesquisa realizada em 75 países da América Latina, Ásia e África, demonstrou não haver diferenças significativas em relação ao resultado gestacional entre mulheres com uma mediana de cinco consultas de pré-natal quando comparadas àquelas com mediana de oito consultas ⁵.

Estudos realizados no Brasil revelaram que mulheres com menor renda familiar, menor escolaridade e não brancas são as que ingressam

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

² Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.

³ Departamento de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Correspondência

E. T. R. Anversa
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Av. Nossa Senhora Medianeira
355, Santa Maria, RS
97060-001, Brasil.
eleanversa@hotmail.com

tardiamente no pré-natal e, quando o realizam, este é de mais baixa qualidade, revelando iniquidades sociais presentes na assistência ^{7,8,9,10}.

A avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal ^{7,11,12}. Vários índices são sugeridos pela literatura para avaliar a qualidade, entre os quais destacam-se o índice de Kessner ¹³, proposto em 1973, e o *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU), proposto por Kotelchuck ¹⁴ em 1994. Takeda ¹⁵, em 1993, modificou o índice de Kessner, reduzindo o número de consultas e aumentando a idade gestacional para antes de vinte semanas do início do pré-natal.

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) ¹⁶; até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo ¹⁷.

Em 2006, o Brasil adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial para reorganizar a atenção primária à saúde ¹⁸. Países com uma potente orientação para a atenção primária à saúde apresentam melhores condições de saúde, custos mais baixos e maior satisfação das pessoas com os sistemas de saúde ¹⁹.

A expansão da ESF e a implementação do PHPN estão entre as estratégias empregadas para a redução da mortalidade materna no Brasil, de modo a atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio ²⁰.

Embora existam vários estudos sobre a adequação do pré-natal, poucos compararam a assistência prestada pelas unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e ESF ²¹.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o processo da atenção pré-natal, verificando se existe diferença na qualidade do pré-natal ofertado nas UBS tradicionais e unidades de ESF de um município no Sul do Brasil.

Metodologia

O presente trabalho foi realizado no Município de Santa Maria, localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria possui uma população de 268.965 habitantes, sendo 85.359 o número de mulheres em idade fértil (Departamento de Informática do SUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/>

poprs, acessado em 10/Mai/2010). O sistema de saúde é composto por 31 unidades, das quais 18 são UBS tradicionais e 13 unidades com ESF, sendo que três unidades da ESF contam com equipe dupla, totalizando 16 equipes. A rede hospitalar tem sete hospitais, cinco privados e dois públicos – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e Hospital Municipal Casa de Saúde.

No ano de 2009, 69% dos partos aconteceram nos dois únicos estabelecimentos de saúde do município que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 44% ocorreram no HUSM e 25% no Hospital Municipal Casa de Saúde (Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. http://www.saude.rs.gov.br/dados/1294405035581Publ_SINASC_2009.xls, acessado em 06/Abr/2011).

O delineamento do estudo foi transversal. Para a estimativa de tamanho da amostra foi considerada uma proporção esperada de qualidade de pré-natal não adequada de 63% nas UBS tradicionais, de acordo com estudo anterior ²². Com esse parâmetro, e considerando um nível de 95% de confiança, poder de 90%, razão de não expostos: expostos de 2:1 e uma razão de chances de 2,00, a amostra estimada foi de 513 pessoas.

Uma equipe de entrevistadores dos cursos de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFESM), Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), e dois supervisores de campo, foram capacitados para a coleta dos dados. O estudo piloto foi realizado no Hospital Municipal Casa de Saúde para adequação dos instrumentos e procedimentos de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu em três momentos: aplicação da entrevista à puérpera por meio de um questionário padronizado e pré-codificado, seguida pela coleta dos dados no cartão da gestante e, por último, no prontuário. Diariamente, entrevistadores visitavam a maternidade do Hospital Municipal Casa de Saúde e o Centro Obstétrico e Maternidade do HUSM, para realizar a coleta de dados. As entrevistas ocorreram respeitando-se o prazo de quatro a 48 horas após o parto, e somente foram realizadas após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídas as puérperas que realizaram pré-natal nas unidades de saúde de Santa Maria, no período de julho de 2009 a fevereiro de 2010. Excluiu-se: as puérperas que iniciaram o pré-natal nas unidades de saúde, mas foram referidas para o ambulatório de alto risco; as que realizaram seu pré-natal na rede privada; as que não possuíam o cartão da gestante no momento da entrevista; e as puérperas que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, pela impossibi-

lidade de avaliar a qualidade do pré-natal, pois não acessaram os serviços de saúde. Assim, foram entrevistadas, consecutivamente, todas as puérperas internadas nos dois locais de coleta dos dados.

As puérperas foram questionadas sobre características demográficas, nível socioeconômico, história reprodutiva, assistência recebida durante o pré-natal, planejamento da gravidez e realização de ultrassonografia gestacional. Foram perguntadas se receberam, durante o pré-natal, orientações sobre aleitamento materno, anticoncepção pós-parto, consulta de puerpério, sinais e sintomas anormais durante o período de gestação, assistência ao recém-nascido, tipo de parto, participação em grupo de gestantes ou orientações em sala de espera e realização do exame anti-HIV. Também foram questionadas sobre a realização do exame clínico de mamas e citopatológico, e se receberam suplementação de ferro e vacina antitetânica.

As informações obtidas no cartão da gestante foram: unidade de saúde onde realizou o pré-natal; data da última menstruação (DUM); registro da idade gestacional na primeira consulta e número de consultas realizadas, com a respectiva idade gestacional; dados sobre a realização de exames laboratoriais; exames de ultrassonografia obstétrica; peso; pressão arterial; altura uterina; ausculta de batimentos cardíofetais; movimentos fetais e toque vaginal. Quando a DUM não constava no cartão da gestante, recorreu-se ao prontuário e, quando não encontrada, utilizou-se a idade gestacional do parto e realizou-se a regressão por meio de disco gestacional.

Foram coletados os seguintes dados do prontuário: data de internação, horário de internação, idade gestacional do parto.

Para o desfecho principal do estudo, qualidade do pré-natal, foram estabelecidos quatro níveis de qualidade.

Nível 1: qualidade do pré-natal, avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal, de acordo com o índice de Kessner modificado por Takeda¹⁵. Classifica a qualidade em três categorias: adequada (quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas); intermediária (nas demais situações).

Nível 2: qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas, início do pré-natal e procedimentos conforme manual técnico do Ministério da Saúde²³ (nível 1+ nível 2). Para a análise dos procedimentos realizados durante a assistência pré-natal utilizou-se o manual técnico

do Ministério da Saúde²³, tendo em vista que o PHPN¹⁶ não estabelece quais os procedimentos que devem ser realizados durante o pré-natal. Categorias: adequada (quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas, início do pré-natal antes de 20 semanas de gestação, cinco ou mais registros de cada um dos seguintes procedimentos: pressão arterial, peso, idade gestacional, registros da altura uterina, e quatro ou mais registros dos batimentos cardíofetais e movimentos fetais); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas de gestação, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíofetais e movimentos fetais); intermediária (nas demais situações).

Nível 3: qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas, início do pré-natal e exames laboratoriais preconizados pelo PHPN¹⁷ (nível 1+ nível 3). Optou-se pelos exames próximos a trinta semanas (28-32), conforme preconizado pelo manual técnico do Ministério da Saúde²³, pois o PHPN¹⁶ recomenda a realização dos exames na primeira consulta e na 30ª semana de gestação. Categorias: adequada [quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas, início do pré-natal antes de vinte semanas de gestação e um registro dos exames: tipagem sanguínea e fator RH (ABO/RH), hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), exame de sífilis (VDRL), exame qualitativo de urina (EQU), glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta, e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação: VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV, além de um exame HBsAg (antígeno de superfície do vírus da hepatite B)]; inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas ou menos de três consultas e nenhum registro dos exames); intermediária (em todas as demais situações).

Nível 4: qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal, procedimentos realizados durante o pré-natal e exames laboratoriais (nível 1 + nível 2 + nível 3). Categorias: adequada (quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas de pré-natal e início do pré-natal antes de vinte semanas, cinco ou mais registros dos procedimentos de aferição da pressão arterial, peso, idade gestacional, altura uterina e quatro ou mais registros dos batimentos cardíofetais e movimentos fetais e pelo menos um dos exames: ABO/RH, Ht/Hb, VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta, e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação: VDRL, EQU, glicemia de

jejum, teste anti-HIV e um exame HBsAg); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíacos, movimentos fetais e nenhum registro dos exames; intermediária (nas demais situações).

A variável preditora foi o local de realização do pré-natal (UBS tradicional ou ESF), investigando se havia diferença da qualidade entre os dois modelos de atenção.

Os dados foram armazenados no programa Epi Info, versão 3.5.1 (Centres for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), com dupla digitação para detectar possíveis erros durante a mesma. As análises estatísticas foram realizadas no programa SPSS, versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A análise dos dados envolveu procedimentos de estatística descritiva e análises bivariadas. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para comparação das proporções.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) (registro CEP/UNIFRA: 090.2009.2 e registro no CONEP nº. 1246) e pelo Comitê de Ética do Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC SISNEP nº. 272956, protocolo 09-091).

Resultados

O total de puérperas abordadas para a entrevista foi de 910, sendo que destas, 21 (2%) foram perdas/recusas e 13 (1%) adolescentes sem responsável que pudesse assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento da entrevista. Outros motivos de exclusões foram: surto psicótico 1 (0%), isolamento devido à gripe por H1N1 2 (0%) e óbito materno por H1N1 1 (0%). Não realizaram o pré-natal 38 puérperas (4%) e 39 (4%) não possuíam o cartão no momento da entrevista (por esquecimento em casa, não ter sido encontrado na unidade de internação ou por já ter sido enviado para casa). Participaram do estudo 795 puérperas, das quais 501 (63%) foram atendidas no HUSM e 294 (37%) no Hospital Municipal Casa de Saúde.

Das 795 puérperas, 68% realizaram o pré-natal nas UBS tradicionais e 32% na ESF. As principais características das puérperas, de acordo com o local de realização do pré-natal, são apresentadas na Tabela 1. As gestantes atendidas nas UBS tradicionais não diferiram significativamente das atendidas na ESF em relação às características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas investigadas.

As puérperas apresentaram idade média de 25 anos (DP = 6,8), variando de 13 a 48 anos. Aquelas que frequentaram as UBS tradicionais tinham idade média de 25,2 anos (DP = 6,9) e as que frequentaram as unidades da ESF tinham idade média de 24,4 (DP = 6,4). As que consultaram nas UBS tradicionais apresentaram média de anos completos de estudos de 8,4 (DP = 2,4), maior do que as usuárias da ESF que foi 8,0 anos (DP = 2,4). Em relação à renda familiar observa-se que as puérperas que frequentaram as UBS tinham uma renda média de 3,18 salários mínimos (DP = 0,99). Para as puérperas da ESF a renda média foi de 3,01 salários mínimos (DP = 1,05).

Das gestações planejadas, 41% foram de usuárias das UBS tradicionais e 43% da ESF. O número médio de consultas nas UBS tradicionais foi de 6,3 (DP = 2,6) e a idade gestacional média no início do pré-natal foi de 16 semanas (DP = 7,6). Nas unidades da ESF as médias foram 6,8 (DP = 2,6) e 14 semanas (DP = 6,3), respectivamente.

A maioria dos procedimentos preconizados pelo manual técnico do Ministério da Saúde²³ foi realizada com maior frequência nas gestantes atendidas pela ESF (Tabela 2). Os procedimentos realizados com maior frequência nas UBS tradicionais foram o toque vaginal e a ultrassonografia. A realização de ultrassonografia não foi avaliada como parâmetro de qualidade do pré-natal.

Na Tabela 3, são apresentados os exames laboratoriais realizados por local de atendimento. A realização dos exames que devem ser solicitados na primeira consulta, conforme preconizado pelo PHPN, ocorreu em menos de 40% dos casos. Os exames realizados próximos à 30ª semana de gestação foram mais frequentes quando comparados com os solicitados na primeira consulta. Não foram verificadas diferenças na solicitação de exames na primeira consulta e na 30ª semana nos dois modelos de atenção.

As gestantes que realizaram o pré-natal na ESF receberam mais orientações durante o período que as atendidas em UBS tradicionais (Tabela 4).

A Tabela 5 apresenta a adequação do pré-natal nos quatro níveis de qualidade propostos, para todas as gestantes e por modelo de atenção. A assistência pré-natal foi classificada como adequada para 59% das gestantes, de acordo com o nível 1. Os percentuais de adequação do pré-natal na ESF foram superiores aos encontrados nas UBS tradicionais em todos os níveis propostos, com diferenças estatisticamente significativas para o nível 1 ($p = 0,02$) e o nível 2 ($p = 0,01$).

Tabela 1

Distribuição da amostra de acordo com as características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas, conforme local de realização do pré-natal. Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil (n = 795).

Variável	Todas		UBS		ESF		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária (anos)							
13-19	194	24	129	24	65	26	0,08
20-34	507	64	343	63	164	65	0,09
35 ou mais	94	12	72	13	22	9	
Escolaridade (anos)							
0-8	452	57	297	55	155	62	0,28
9-11	313	39	225	41	88	35	0,87
12 ou mais	30	4	22	4	8	3	
Raça autorreferida							
Branca	469	59	324	60	145	58	0,57
Não branca	323	41	217	40	106	42	
Situação conjugal							
Com companheiro	686	86	467	86	219	87	0,59
Solteira, sem companheiro ou separada	109	14	77	14	32	13	
Renda familiar (salários mínimos) *							
Até 1	187	24	118	22	69	28	0,09
1-3	522	66	363	67	159	64	0,43
Acima de 3	84	11	62	12	22	9	
História reprodutiva prévia							
Primigesta	322	41	230	42	92	37	0,82
2-3 gestações	355	45	231	43	124	49	0,30
Mais de 3 gestações	118	15	83	15	35	14	
Planejamento gravidez atual							
Sim	333	42	225	41	108	43	0,66
Não	462	58	319	59	143	57	
Total	795	100	544	100	251	100	

ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: unidades básicas de saúde;

* Salário mínimo: R\$ 460,00.

Discussão

No presente estudo analisamos a qualidade do processo da assistência pré-natal no Município de Santa Maria, identificando diferenças na assistência pré-natal realizada nas UBS tradicionais e nas ESF, considerando número de consultas, início do pré-natal, procedimentos, exames realizados e orientações recebidas. Com base nos níveis de qualidade propostos, constatamos que a assistência prestada foi insatisfatória nos dois modelos de atenção, sendo que a qualidade da assistência pré-natal na ESF foi superior à das UBS tradicionais.

Com base em uma amostra representativa da população sob investigação, com baixo percentual de perdas ou recusas, comparamos, de

forma inédita, a assistência pré-natal nos dois modelos de atenção primária à saúde, utilizando como critérios de avaliação quatro níveis de qualidade. As comparações realizadas neste trabalho foram baseadas em publicações anteriores sobre a qualidade do pré-natal que não avaliaram especificamente a assistência pré-natal na ESF.

A média de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes da ESF (6,8) é superior à encontrada em estudos anteriores (5,3 a 6,5) ^{2,9,22,24}, mas inferior à verificada por outros autores (7,6 a 7,4) ^{3,7}. O ingresso precoce no pré-natal das gestantes da ESF foi superior ao de gestantes paulistas ², com média de 20,7 semanas, e mineiras ²⁴, com 17,4 semanas, e inferior às gestantes de Rio Grande (Rio Grande do Sul) ⁷, com ingresso na 13ª semana de gestação.

Tabela 2

Número de gestantes com procedimentos registrados conforme local de realização do pré-natal. Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil (n = 795).

Variável	Número de procedimentos registrados no cartão da gestante						Valor de p
	Todas		UBS		ESF		
	n	%	n	%	n	%	
Idade gestacional							
2 ou menos	108	14	84	15	24	10	< 0,001
3-4	154	19	12	23	32	13	
5 ou mais	533	67	338	62	195	78	
Peso							
2 ou menos	64	8	49	9	15	6	0,02
3-4	163	21	123	23	40	16	
5 ou mais	568	71	372	68	196	78	
Pressão arterial							
2 ou menos	58	7	44	8	14	6	0,02
3-4	157	20	119	22	38	15	
5 ou mais	580	73	381	70	199	79	
Altura uterina							
2 ou menos	96	12	68	13	28	11	0,02
3-4	206	26	156	29	50	20	
5 ou mais	493	62	320	59	173	69	
Batimentos cardíofetais							
2 ou menos	105	13	77	14	28	11	0,13
3	99	13	74	14	25	10	
4 ou mais	591	74	393	72	198	79	
Movimentos fetais							
2 ou menos	121	15	92	17	29	12	0,01
3	102	13	79	15	23	9	
4 ou mais	572	72	373	69	199	79	
Toque vaginal							
2 ou menos	627	79	405	75	222	88	< 0,001
3-4	109	14	92	17	17	7	
5 ou mais	59	7	47	9	12	5	
	Realização de procedimentos referidos pelas gestantes						Valor de p
	Todas		UBS		ESF		
	n	%	n	%	n	%	
Clínico das mamas							
Não	371	47	281	52	90	36	< 0,001
Sim	421	53	261	48	160	64	
Ultrassonografia							
Nenhuma	49	6	31	6	18	7	< 0,001
1	213	27	108	20	105	42	
2 ou mais	533	67	405	74	128	51	
Suplementação de ferro							
Não	111	14	87	16	24	10	0,01
Sim	679	86	433	84	226	90	
Citopatológico							
Não	508	65	376	71	132	53	< 0,001
Sim	271	35	153	29	118	47	
Vacina antitetânica							
Não	287	36	210	39	77	31	0,03
Sim	508	64	334	61	174	69	

ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: unidades básicas de saúde.

Tabela 3

Exames laboratoriais conforme local de realização do pré-natal. Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil (n = 795).

Variável	Exames realizados na primeira consulta						Valor de p
	Todas		UBS		ESF		
	n	%	n	%	n	%	
ABO/RH							
Não	488	61	335	62	153	61	0,87
Sim	307	39	209	38	98	39	
Hb/Ht							
Não	492	62	338	62	154	61	0,83
Sim	303	38	206	38	97	39	
EQU							
Não	511	64	350	64	161	64	0,96
Sim	284	36	194	36	90	36	
Glicemia de jejum							
Não	504	63	347	64	157	63	0,75
Sim	291	37	197	36	94	38	
VDRL							
Não	513	65	353	65	160	64	0,75
Sim	282	36	191	35	91	36	
Anti-HIV							
Não	518	65	356	65	162	65	0,80
Sim	277	35	188	35	89	36	
Toxoplasmose							
Não	538	68	371	68	167	67	0,64
Sim	257	32	173	32	84	34	
	Exames realizados com 30 semanas						Valor de p
	Todas		UBS		ESF		
	n	%	n	%	n	%	
EQU							
Não	409	51	284	52	125	50	0,53
Sim	386	49	260	48	126	50	
Glicemia de jejum							
Não	401	50	274	50	127	51	0,95
Sim	394	50	270	50	124	49	
VDRL							
Não	497	63	349	64	148	59	0,16
Sim	298	38	195	36	103	41	
HIV							
Não	503	63	346	64	157	63	0,77
Sim	292	37	198	36	94	38	
HbSAg							
Não	445	56	305	56	140	56	0,94
Sim	350	44	239	44	111	44	

ABO/RH: tipagem sanguínea e fator RH; EQU: exame qualitativo de urina; ESF: Estratégia Saúde da Família; HBsAg: antígeno de superfície do vírus da hepatite B; Hb/Ht: hemoglobina e hematócrito; UBS: unidades básicas de saúde; VDRL: exame de sífilis.

Tabela 4

Orientações recebidas durante o pré-natal conforme local de realização do pré-natal. Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil (n = 795).

Variável	Todas		UBS		ESF		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Aleitamento materno							
Sim	509	64	324	60	185	74	< 0,001
Não	285	36	220	40	65	26	
Anticoncepção pós-parto							
Sim	339	43	214	39	125	50	0,01
Não	455	57	339	61	126	50	
Consulta de retorno puerpério							< 0,001
Sim	384	48	235	43	149	59	
Não	409	52	307	57	102	41	
Sinais e sintomas anormais na gestação							
Sim	486	62	333	62	153	61	
Não	303	38	205	38	98	39	0,80
Cuidados com o recém-nascido							
Sim	539	68	350	65	189	75	< 0,001
Não	255	32	193	36	62	25	
Orientações sobre o tipo de parto							
Sim	277	35	175	32	102	59	
Não	517	65	368	68	149	41	< 0,001
Orientações sobre HIV							
Sim	602	76	390	72	212	85	< 0,001
Não	192	24	153	28	39	16	
Participação em grupos de gestantes							
Sim	136	17	93	17	43	17	
Não	658	83	450	83	208	83	0,99

ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: unidades básicas de saúde.

Menos de 20% das gestantes, nos dois modelos de atenção, participaram de grupo de gestantes ou orientações em sala de espera, percentuais inferiores aos encontrados na literatura (43% a 83%)^{9,21}. O pré-natal é um momento singular e oportuno para desenvolver ações educativas, podendo ser realizadas nas unidades de saúde, por intermédio de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Essa estratégia de trabalho permite a integração de profissionais e gestantes, constituindo um momento de acolhida, escuta, vínculo, de compartilhamento de experiências, trocas mútuas, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas. Nosso estudo apontou que as orientações menos recebidas pelas gestantes foram sobre a anticoncepção pós-parto, consulta de puerpério e orientações sobre tipo de parto.

Ao ser avaliada a qualidade do pré-natal, de acordo com índice de Kessner modificado por

Takeda¹⁵ (nível 1), o pré-natal foi classificado como adequado para 59% das gestantes. Para as gestantes das UBS a adequação foi de 56% e para as da ESF de 65%. Em estudos prévios que utilizaram o índice de Kessner modificado, os percentuais variaram de 26% a 83%^{2,3,7,15,22,24}. A adequação do pré-natal nas UBS foi inferior à verificada em Pelotas (Rio Grande do Sul), em 1998³ (83%), e em Rio Grande, em 2009⁷ (65%). A adequação do pré-natal da ESF foi praticamente igual à encontrada no estudo realizado em Rio Grande, em 2009⁷, e inferior ao de Pelotas, em 1998³. Os estudos conduzidos antes de 2009^{2,3,15,22,24}, com exceção do realizado por Halpern et al.³, demonstraram escores de pré-natal bem abaixo do verificado no presente trabalho, achado que pode ser reflexo da não implantação das políticas públicas há oito anos ou mais. Nesse transcurso, houve ampliação dos serviços de saúde, inclusão de novas equipes da

Tabela 5

Adequação do pré-natal nos quatro níveis de qualidade, por local de realização do pré-natal. Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil (n = 795).

Adequação	Todas		UBS		ESF		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Nível 1							
Adequado	467	59	304	56	163	65	0,02
Intermediário	301	38	217	40	84	33	
Inadequado	27	3	23	4	4	2	
Nível 2							
Adequado	366	46	232	43	134	53	0,01
Intermediário	402	51	289	53	113	45	
Inadequado	27	3	23	4	4	2	
Nível 3							
Adequado	62	8	38	7	24	10	0,45
Intermediário	723	91	499	92	224	89	
Inadequado	10	1	7	1	3	1	
Nível 4							
Adequado	58	7	34	6	24	10	0,25
Intermediário	727	91	503	92	224	89	
Inadequado	10	1	7	2	3	2	

ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: unidades básicas de saúde;

Nível 1: Kessner modificado (número de consultas e início do pré-natal);

Nível 2: nível 1 + procedimentos clínico-obstétricos;

Nível 3: nível 1 + exames laboratoriais;

Nível 4: nível 1 + procedimentos clínico-obstétricos + exames laboratoriais.

ESF, e desenhada a nova Política Nacional de Atenção Básica.

A assistência pré-natal foi adequada em 46% dos casos quando adicionamos procedimentos clínico-obstétricos ao nível 1, percentual superior ao encontrado por outros autores, que variaram de 5% a 38%^{2,22}. Um dos fatores que contribuiu para escores superiores, neste trabalho, foi a forma de avaliação proposta, que adicionou ao índice de Kessner modificado a avaliação de exames e procedimentos, isoladamente. No estudo realizado em Pelotas, em 2001²², foi adicionado ao índice de Kessner modificado exames e procedimentos, simultaneamente. Em estudo realizado em São Paulo², foi utilizado como critério o maior número de vezes em que foram verificados os procedimentos a serem realizados durante o pré-natal. Aferição da pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíofetais, movimentos fetais e realização de dois ou menos toques vaginais, apresentaram maiores percentuais de registros nos dois modelos de atenção, em contraponto com a medida da altura uterina, procedimento menos realizado nos dois modelos de atenção.

O nível 3, que incluiu exames laboratoriais no nível 1, apresentou redução na adequação do pré-natal em relação ao nível 1 (7% na UBS e 10% na ESF). O trabalho que avaliou estrutura e processo do pré-natal em Pelotas, em 2001²², verificou alteração na adequação do pré-natal quando adicionados exames (de 37% declinou para 31%), ao contrário do estudo realizado em Juiz de Fora (Minas Gerais), em 2003²⁴, que registrou uma redução na adequação de 28% para 2%. Em outro estudo², quando adicionados exames preconizados pelo PHPN, nenhum pré-natal foi classificado como adequado.

O trabalho demonstrou baixo percentual de gestantes que realizaram os exames preconizados pelo PHPN nos dois modelos de atenção. A realização dos exames laboratoriais durante a gestação é um período oportuno para prevenir, identificar e corrigir as anormalidades que possam afetar a gestante e seu conceito, e instituir tratamento de doenças já existentes ou que possam ocorrer durante a gestação. Em Santa Maria, os exames são coletados nas unidades de saúde, facilitando o acesso das usuárias. Embora

os exames tenham sido registrados no cartão da gestante, o período de solicitação ou de retorno aos profissionais não atendeu aos períodos preconizados, para a maioria dos casos. Essas informações sugerem que as consultas de pré-natal não estão sendo realizadas no período recomendado pelo programa, o que pode evidenciar fragilidades na organização do sistema de saúde do município.

O controle e vigilância sistemáticos sobre prontuários e cartões das gestantes poderia ser implementado para melhorar a qualidade da atenção no que diz respeito a exames e procedimentos. Percebe-se uma desvalorização nos registros, não apenas considerando a importância dos dados para os sistemas de informação, mas, principalmente, na identificação do perfil epidemiológico da população, identificando fragilidades, necessidades incisivas para tomada de decisão como, também, um importante instrumento legal. Ceccim & Ferla²⁵, afirmam que o *“conhecimento e o acompanhamento do impacto das ações em saúde devem ser viabilizados por meio de indicadores adequados, o que implica na existência de registros locais fáceis, confiáveis e contínuos”* (p. 175).

Na avaliação da qualidade do pré-natal nível 4, que considerou todos os critérios dos níveis anteriores, o escore de adequação foi extremamente inferior ao do nível 1, nos dois modelos de atenção. Esses achados são semelhantes aos verificados por outros autores, cujos percentuais variaram de 0% a 5%^{2,22,24}, evidenciando a necessidade de outro olhar para a qualidade do pré-natal, além do início e números de consultas^{2,3,26}.

No presente trabalho, os percentuais de inadequação foram menores do que em outros estudos^{2,3,9,22,24}, possivelmente em consequência da exclusão das puérperas que não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal.

A adequação do pré-natal em todos os níveis avaliados foi favorável às gestantes que realizaram o pré-natal na ESF, em comparação às que foram atendidas nas UBS. Essa diferença pode ser atribuída ao processo de trabalho, presença dos agentes comunitários de saúde, busca ativa das

gestantes, formação de vínculo com os profissionais, registros nos cartões da gestante, trabalho em equipe e adscrição da clientela, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica¹⁸. As gestantes atendidas pela ESF receberam mais orientações durante a gestação e foram mais examinadas fisicamente. Esses resultados reforçam a importância da ESF como modelo de organização da atenção, constituindo-se em um modelo mais efetivo, devendo ser ajustado em seus pontos desfavoráveis e ampliado como forma de proporcionar o fortalecimento para reorganização da atenção primária à saúde.

A subnotificação dos dados registrados pelos profissionais tem sido apontada na literatura como potencial limitação em estudos dessa natureza^{2,22,24}, assim como o viés recordatório. Para reduzir o possível viés de informação, utilizamos três instrumentos para a coleta dos dados: entrevista, checagem do cartão da gestante e prontuário.

A presente análise não incluiu avaliação de estrutura e resultados, o que permitiria um diagnóstico mais completo da qualidade da atenção pré-natal.

Os resultados deste trabalho poderão contribuir para direcionar a formulação de estratégias que melhorem a qualidade do pré-natal nos dois modelos de atenção, traduzindo-se em uma potente ferramenta para a gestão municipal avaliar a qualidade da assistência pré-natal ofertada à população e o modelo a investir na reorganização da atenção primária à saúde.

Independentemente do modelo de atenção é importante promover a sensibilização e capacitação dos profissionais para melhorar os registros nos cartões das gestantes, implantar e estimular a adesão aos protocolos, realizar avaliações e monitoramentos sistemáticos dos serviços pelos próprios profissionais, e buscar alternativas para promover, junto às gestantes, a continuidade do pré-natal.

A qualidade do pré-natal foi favorável à ESF, contudo, esta ainda tem muito a avançar como modelo de atenção básica, principalmente, quanto à integralidade, longitudinalidade, continuidade e coordenação na consolidação do SUS.

Resumo

O processo da atenção pré-natal em unidades básicas de saúde tradicionais (UBS) e unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) foi avaliado em Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram entrevistadas 795 puérperas que realizaram pré-natal nas UBS ou ESF. Utilizou-se quatro níveis de qualidade: nível 1 (índice de Kessner modificado por Takeda); nível 2, que adiciona ao nível 1 procedimentos clínico-obstétricos; nível 3, que acrescenta ao nível 1 exames laboratoriais; e nível 4, que considera todos os parâmetros anteriores. A atenção pré-natal realizada na ESF foi superior a das UBS em todos os níveis, com diferenças estatisticamente significativas nos níveis 1 e 2. As gestantes da ESF receberam mais orientações. A atenção pré-natal foi favorável à ESF, devendo ser melhorada em relação aos procedimentos e exames, a fim de aprimorar a assistência pré-natal e fortalecer a atenção primária à saúde.

Cuidado Pré-Natal; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde

Colaboradores

E. T. R. Anversa participou da concepção do estudo, da revisão da literatura, coleta dos dados, construção da base de dados, análise dos resultados e redação do texto. G. A. N. Bastos e T. S. Dal Pizzol colaboraram na concepção do estudo, na análise e discussão dos resultados e na revisão do texto. L. N. Nunes contribuiu na análise, discussão dos dados e revisão do texto.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela realização do Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde. Ênfase em Atenção Primária à Saúde. À Lizandra Flores Pimenta e Dianele Vidal dos Santos, supervisoras de campo. Aos entrevistadores da pesquisa. À direção e aos funcionários do Centro Obstétrico e Maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria, e da Maternidade do Hospital Municipal Casa de Saúde. Às puérperas deste estudo.

Referências

1. Donabedian A. The quality of care. *JAMA* 1988; 260:1743-8.
2. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da Cidade de São Paulo. *Rev Saúde Matern Infant* 2005; 5 Suppl 1:S23-32.
3. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:487-92.
4. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:456-62.
5. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1551-64.
6. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trial of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1565-70.
7. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:2507-16.
8. Neumann N, 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.
9. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24:293-9.
10. Rasia ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2008; 8:401-10.
11. Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:117-30.

12. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:2125-38.
13. Kessner DM, Singer J, Kalk CW, Schlesinger ER. Infant death: an analysis of maternal risk and health care. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Science; 1973.
14. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health* 1994; 84:1414-20.
15. Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária, modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [Dissertação de Mestrado]. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas; 1993.
16. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 569/2000. Institui o Programa Pré-natal e Nascimento. http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/spn_port9.htm (acessado em 10/Mai/2010).
17. Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27:103-5.
18. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Pactos pela Saúde, 4).
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
20. Brasil. Presidência da República. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; 2007.
21. Piccini R, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7:75-82.
22. Silveira DS, Santos IS, Dias-da-Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:131-9.
23. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, 5).
24. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. 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; 25:717-24.
25. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva; Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
26. Fonseca SC, Coutinho ES. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:240-52.

Recebido em 25/Jul/2011

Versão final reapresentada em 15/Nov/2011

Aprovado em 12/Dez/2011