

Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária¹

Renata Leite Alves de Oliveira²

Cátia Regina Branco da Fonseca³

Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes³

Cristina Maria Garcia de Lima Parada⁴

Objetivos: avaliar a qualidade do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária, comparando os modelos tradicional e Estratégia Saúde da Família. Método: estudo de avaliação de serviço, pautado nas políticas públicas de saúde. Os dados foram obtidos por meio de entrevista com gerentes, observação nas unidades de saúde e análise de prontuários de gestantes, selecionados aleatoriamente. Diferenças nos indicadores de estrutura e processo foram avaliadas pelo teste qui-quadrado, adotando-se $p < 0,05$ como nível crítico, cálculo dos odds ratio e intervalos de confiança de 95%. Resultados: foram evidenciadas estruturas semelhantes em ambos os modelos de atenção. Indicadores-síntese de processo, criados neste estudo, e os indicados pelas políticas públicas apontaram situação mais favorável nas Unidades de Saúde da Família. Para o conjunto de atividades preconizadas para o pré-natal, o desempenho foi deficiente em ambos os modelos, embora pouco melhor nas Unidades de Saúde da Família. Conclusão: os resultados indicam a necessidade de ações para melhoria da atenção pré-natal nos dois modelos de atenção básica no município avaliado.

Descritores: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde.

¹ Artigo extraído de Dissertação de Mestrado "Avaliação da Assistência pré-natal no município de Botucatu-SP na perspectiva dos diferentes modelos de atenção" apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

² Enfermeira, MSc, Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Assistente, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Medicina de Botucatu
Campus Universitário de Rubião Júnior, s/n
Bairro: Rubião Júnior
CEP: 18618-970, Botucatu, SP, Brasil
E-mail: cparada@fmb.unesp.br

Introdução

O cuidado pré-natal é um dos principais constituintes do Pacto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe de indicadores formais para o seu monitoramento. A forma como é desenvolvido pode ser indicativa da qualidade dos serviços de saúde⁽¹⁾ e, assim, ao ser avaliado, considerando-se sua realização em unidades de modelo tradicional ou da Estratégia Saúde da Família, pode-se ter, conseqüentemente, a avaliação do próprio modelo de atenção.

A assistência à saúde, desenvolvida nas unidades de atenção básica de modelo tradicional, está, em geral, centrada na presença de especialistas, sendo cada um deles responsável pelos problemas relacionados à sua área de atuação. Com processo de trabalho muitas vezes centrado no médico, no modelo assistencial curativo, além da sobrecarga a que esses profissionais, frequentemente, estão expostos, observa-se com frequência o comprometimento das ações preventivas e de promoção à saúde, ambas essenciais à atenção pré-natal⁽²⁾.

Para superar esse modelo, o Ministério da Saúde propôs, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Seu principal objetivo é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Espera-se que profissionais e população criem vínculo de corresponsabilidade, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade⁽³⁾.

Avaliar a qualidade da atenção pré-natal é importante pelo seu potencial para evitar óbitos infantis⁽⁴⁾ e maternos. Assim, neste estudo, o objetivo foi avaliar a qualidade do cuidado pré-natal à gestação de baixo risco, desenvolvido na atenção primária, comparando o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família.

O referencial metodológico de avaliação adotado foi proposto na década de 1980 por Donabedian. Para esse autor, o estudo do processo é a melhor maneira para se investigar a qualidade e conteúdo da atenção oferecida na atenção primária à saúde⁽⁵⁾, razão pela qual esse será o foco deste estudo.

Material e Método

Trata-se de estudo descritivo, inserido no campo da epidemiologia, voltado à avaliação de serviços de saúde. Foram avaliados os recursos (físicos, humanos e

materiais) existentes (estrutura) e o processo de cuidado pré-natal, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional (UBS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Como referencial teórico, para análise dos dados, adotou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁽⁶⁾, especificamente relativa à linha de cuidado da gestante, os pressupostos do Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento (PHPN)⁽⁷⁾ e do Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Estado de São Paulo⁽⁸⁾.

A investigação foi realizada no município de Botucatu, situado na região centro sul do Estado de São Paulo, com população estimada de 127.328 habitantes⁽⁹⁾ e que integra o Departamento Regional de Saúde VI – Bauru. Pelo SUS, para atendimento primário à saúde, conta com oito UBSs e oito USFs e, para atenção ao parto, uma maternidade, que atende gestações de baixo risco e outra de referência para gestações de alto risco.

Para análise da estrutura, foram estudadas as 16 unidades de atenção básica existentes. Para análise de processo, constituíram a população alvo todas as mulheres inscritas no Sistema de Informações do Pré-Natal (Sis prenatal) no ano 2009: 1.082 gestantes. Considerando-se prevalência máxima de 50%, 95% de confiança e margem de erro de 5%, realizou-se cálculo amostral, resultando em 282 gestantes (115 dessas atendidas nas USFs e 167 nas UBSs), selecionadas por sorteio e de forma proporcional ao número de inscritas em cada unidade de saúde.

Foram incluídas gestantes que iniciaram o pré-natal em unidades de atenção primária à saúde até a 20ª semana de gestação e permaneceram como gestantes de baixo risco, não precisando ser encaminhadas ao serviço de atenção à gestação de alto risco. Para garantir o tamanho de amostra estabelecido, sorteou-se um excedente de 20% de gestantes em cada unidade.

Para caracterizar a estrutura disponível para atenção pré-natal, consideraram-se indicadores relativos aos recursos humanos: formação dos profissionais, capacitações realizadas na área e participação/frequência em grupos de gestantes; recursos físicos: salas para atendimento individual ou em grupo; recursos materiais e equipamentos: disponibilidade de cartão pré-natal e de instrumento para registro da história clínica e de identificação de risco, mobiliário, medicamentos essenciais, protocolos assistenciais e material básico (lençol, balança para peso e altura, estetoscópio, esfigmomanômetro, *sonar doppler*, fita métrica e material para coleta de colpocitologia oncótica).

Para análise de processo de atenção pré-natal, foram utilizados indicadores do PHPN e Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério de São Paulo⁽⁷⁻⁸⁾: início até 17 semanas; mínimo de seis consultas (uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre); medida da altura uterina; realização do conjunto de exames preconizados para o primeiro trimestre (tipagem sanguínea, sorologias para toxoplasmose, Aids, sífilis e hepatite B, parasitológico de fezes, hemograma, urina simples ou urocultura e glicemia de jejum) e de terceiro trimestre (sorologia para sífilis e Aids e para toxoplasmose e hepatite B se necessário, urina simples ou urocultura e glicemia de jejum); coleta de colpocitologia oncótica; vacinação antitetânica e realização de grupo de gestantes.

Buscando uma avaliação qualitativa do conteúdo das consultas realizadas, observaram-se também, nos prontuários, registros dos seguintes aspectos: existência de orientação sobre alimentação e sobre os sinais de alerta no termo da gestação; encaminhamento para atendimento odontológico; exame clínico das mamas e a prescrição de sulfato ferroso.

Todos esses aspectos foram aferidos de modo dicotômico: sim ou não, para cada gestante. Posteriormente, foram criados indicadores síntese: todos os exames de primeiro trimestre; todos os exames de terceiro trimestre; todos os exames de primeiro e terceiro trimestres; seis consultas e exames; seis consultas e revisão de parto; seis consultas, exames e revisão de parto; seis consultas, exames, vacina contra tétano e revisão de parto; pressão arterial, peso e altura uterina em todas as consultas; orientação nutricional e sinais de alerta no termo; história clínica completa e aconselhamento anti-HIV.

Para a coleta dos dados, realizada entre os anos 2010 e 2011 por duas pessoas previamente treinadas, foram elaborados dois instrumentos com questões fechadas. O primeiro foi utilizado em entrevista com as gerentes e para guiar a observação nas unidades de saúde, e continha informações sobre a estrutura disponível. O segundo referia-se ao processo de atenção e foi utilizado para coleta das informações requeridas, nos prontuários das gestantes.

Para o controle de qualidade, ao término da coleta de dados, foram sorteados 10% dos prontuários para conferência, concluindo-se ter sido a coleta adequada.

Para análise dos dados, utilizou-se o *software* estatístico Epi-Info 6.0. Dados relativos à estrutura foram apresentados a partir de estatística descritiva; para

avaliação das diferenças de qualidade do processo de cuidado pré-natal entre as UBSs e USFs, utilizou-se teste qui-quadrado (χ^2), fixando o nível de significância $\alpha=0,05$, com cálculo dos *odds ratio* e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%.

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Of. nº184/2010) e respeitou todas as normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Todos os médicos que atendiam pré-natal nas UBSs eram ginecologistas-obstetras, enquanto que nas USFs predominavam as especialidades Clínica Geral e Saúde da Família. Entre os enfermeiros especialistas destacou-se a área de Saúde da Família em um quarto das UBSs e mais da metade das USFs. Assistentes sociais integrantes da Equipe de Saúde Mental, odontólogos e psicólogos das unidades de saúde, atendiam regularmente gestantes, tanto em UBS quanto em USF, enquanto que o profissional nutricionista estava disponível apenas em UBSs. Os grupos de gestantes eram realizados na mesma proporção em UBS e USF (75,0%), com ampla variação de periodicidade (semanal a bimestral). Todos os enfermeiros dos dois modelos participavam desses grupos, sendo a participação dos médicos menos frequente: dois casos em USF (16,7%) e quatro casos em UBS (36,4%). Nenhum odontólogo de UBS e três (30,0%) de USF participavam das atividades, assim como dois (66,7%) nutricionistas que atuavam em UBS. Foram citadas quatro atividades de educação permanente com enfoque na atenção pré-natal e, de uma maneira geral, profissionais das USFs tiveram maior oportunidade de participação do que os das UBSs. Tais dados de estrutura não estão apresentados em tabela.

Os recursos físicos eram adequados e semelhantes nas UBSs e USFs. A grande maioria dos materiais necessários também estava disponível em ambos os modelos, excetuando-se o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Estado de São Paulo de 2010⁽⁷⁾ e alguns medicamentos essenciais, ausentes em parte das UBSs e USFs.

A análise de processo evidenciou que, das gestantes atendidas, 93,4% haviam iniciado o pré-natal até 17 semanas nas UBSs e 86,0% nas USFs (diferença no limite da significância estatística). Nas USFs as consultas de enfermagem foram mais realizadas enquanto que nas UBSs houve maior número de consultas médicas, diferença estatisticamente significativa (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das gestantes das USFs (n=115) e das UBSs (n=167), segundo indicadores de processo relativos às consultas e período de realização. Botucatu, SP, Brasil, 2010

Consultas	USF		UBS		p valor	OR (IC)
	N	%	N	%		
Primeira <17 semanas	99	86,0	156	93,4	0,039	0,44(0,18-1,04)
Uma no 1º trimestre	81	70,4	132	79,1	0,098	0,63(0,35-1,13)
Duas no 2º trimestre	113	98,2	165	98,8	0,705*	0,68(0,07-6,91)
Três no 3º trimestre	109	94,8	154	92,2	0,398	1,53(0,52-4,69)
Mínimo de seis	108	94,0	162	97,0	0,206	0,48(0,13-1,72)
De enfermagem					0,000	0,01(0,00-0,02)
Até 3	9	7,8	156	93,4		
4 ou mais	106	92,2	11	6,6		
Médica					0,000*	240,17(34,55-4778,23)
Até 3	68	59,0	1	0,6		
4 ou mais	47	41,0	166	99,4		

*Correção Yates

No primeiro trimestre da gestação, as mulheres atendidas nas USFs realizaram significativamente mais os exames Coombs indireto e sorologia para hepatite B, enquanto que nas UBSs o parasitológico de fezes. No terceiro

trimestre, as gestantes realizaram nas USFs os exames de glicemia, hemograma, Coombs indireto, urina simples ou cultura e sorologias: sífilis, toxoplasmose e hepatite B, significativamente mais do que nas UBSs (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos exames realizados no primeiro e terceiro trimestres pelas gestantes das USFs (n=115) e UBSs (n=167) durante o pré-natal. Botucatu, SP, Brasil, 2010

Exames	USF		UBS		p valor	OR (IC)
	N	%	N	%		
Primeiro trimestre						
Tipagem ABO/Rh	111	96,5	160	95,8	0,761	1,21(0,31-5,07)
Hemograma	113	98,3	165	98,8	0,705	0,68(0,07-6,91)
Sorologia para sífilis	112	97,4	159	95,2	0,352	1,88(0,44-9,15)
Anti-HIV	111	96,5	164	98,2	0,071	0,17(0,01-1,61)
Glicemia jejum	115	100,0	166	99,4	0,405	-
Urina simples ou cultura	110	95,6	159	95,2	0,861	1,11 (0,32-4,01)
Coombs indireto	104	90,4	128	77,0	0,028	2,88(1,34-6,30)
Sorologia para toxoplasmose	113	98,2	158	94,6	0,119	3,22(0,63-22,00)
Parasitológico de fezes	56	48,7	118	70,6	0,000	0,39(0,23-0,67)
Sorologia para hepatite B	114	99,2	155	92,8	0,012	8,83(1,17-184,29)
Citologia oncótica	108	94,0	145	86,8	0,054	2,34(0,91-6,28)
Terceiro trimestre						
Hemograma	106	92,0	133	79,6	0,004	3,01(1,31-7,09)
Sorologia para sífilis	104	90,4	133	79,6	0,014	2,42(1,11-5,34)
Anti-HIV	100	86,9	134	80,2	0,140	1,64(0,81-3,36)
Glicemia jejum	104	90,4	101	60,4	0,000	6,18(2,96-13, 19)
Urina I ou cultura	103	89,5	96	57,4	0,000	6,35(3,11-13,19)
Sorologia para toxoplasmose	107	93,0	131	78,4	0,000	3,68(1,56-8,98)
Sorologia para hepatite B	83	72,1	92	55,0	0,003	2,11(1,23-3,64)
Coombs indireto se Rh- (USF n=15 e UBS n=35)	6	40,0	3	8,0	0,024	7,11(1,21-46,38)

Alguns aspectos indicativos de qualidade da assistência pré-natal estão descritos na Tabela 3. Gestantes atendidas nas USFs tiveram significativamente mais registro da altura uterina em todas as consultas,

história clínica completamente preenchida, orientação nutricional e sobre os sinais de alerta no termo da gestação, atendimento odontológico e a prescrição de sulfato ferroso.

Tabela 3 – Aspectos indicativos de qualidade da atenção pré-natal às gestantes atendidas nas USFs (n=115) e UBSs (n=167). Botucatu, SP, Brasil, 2010

Variável	USF		UBS		p valor	OR (IC)
	N	%	N	%		
Pressão arterial*	114	99,1	166	99,4	0,790	0,69(0,02-25,58)
Peso*	114	99,1	167	100,0	0,227	0,00(0,00-11,97)
Altura uterina*	112	97,3	145	86,0	0,002	5,66(1,56-24,41)
História clínica completa	23	20,0	4	2,0	0,000	10,19(3,21-35,96)
Ultrassonografia	105	91,3	156	93,4	0,507	0,74(0,28-1,96)
Vacinação contra o tétano	95	82,6	129	77,2	0,273	1,40(0,74-2,67)
Sinais de alerta no termo	107	93,0	91	54,5	0,000	11,17(4,89-26,49)
Aconselhamento anti-HIV	10	8,6	7	4,2	0,118	2,18(0,74-6,57)
Orientação nutricional	107	93,0	85	51,0	0,000	12,9(5,65-30,59)
Atendimento odontológico	53	46,1	54	32,3	0,019	1,79(1,06-3,01)
Exame das mamas	54	46,9	63	37,7	0,122	1,46(0,88-2,44)
Prescrição de sulfato ferroso	115	100,0	154	92,2	0,002	-
Revisão de parto precoce	8	7,0	5	3,0	0,118	2,42(0,70-8,78)
Revisão de parto tardia	67	58,2	104	62,2	0,497	0,85(0,51-1,41)

*Em todas as consultas

Indicadores-síntese de processo constam da Tabela 4.

A situação das USFs foi significativamente mais favorável quando se consideraram: exames de terceiro trimestre; exames de primeiro e terceiro trimestre; seis consultas e exames; seis consultas, exames e revisão de parto; seis consultas, exames, revisão de

parto e vacinação contra o tétano; registro de pressão arterial, peso e altura uterina em todas as consultas; orientação nutricional, orientação sobre os sinais de alerta no termo; história clínica totalmente preenchida e aconselhamento antes da coleta do exame anti-HIV (Tabela 4).

Tabela 4 – Indicadores-síntese de processo da atenção pré-natal, considerando-se as USFs (n=115) e UBSs (n=167). Botucatu, SP, Brasil, 2010

Indicador	USF		UBS		p valor	OR (IC)
	N	%	N	%		
Exames de 1º trimestre	101	87,8	142	85	0,503	1,27(0,60-2,72)
Exames de 3º trimestre	96	83,5	59	35,3	0,000	9,25(4,97-17,38)
Exames de 1º e 3º trimestres	87	75,7	53	31,7	0,000	6,68(3,78-11,87)
6 consultas*	77	67	119	71	0,440	0,82(0,47-1,41)
6 consultas* e exames	64	55,6	38	22,7	0,000	4,26(2,46-7,39)
6 consultas* e revisão de parto	49	42,6	77	46,1	0,521	0,87(0,52-1,44)
6 consultas*, exames e revisão de parto	41	35,7	22	13,2	0,000	3,65(1,95-6,97)
6 consultas*, exames, vacina contra tétano e revisão de parto	36	31,3	17	10,2	0,000	4,02(2,04-8,01)
Pressão arterial, peso e altura uterina em todas as consultas	109	94,7	144	86,2	0,020	2,90(1,07-8,26)
Orientação nutricional e sinais de alerta no termo	99	86,0	56	33,5	0,000	12,26(6,36-23,94)
História clínica completa e aconselhamento anti-HIV	7	6,0	0	0	0,001	-

*Distribuídas na gravidez, sendo uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre.

Discussão

Neste estudo considerou-se, para a obtenção dos dados utilizados para a avaliação da estrutura, entrevistas com as gerentes das Unidades de Saúde, que podem não terem sido totalmente imparciais em relação ao seu próprio serviço. Além disso, os dados de processo

foram obtidos a partir dos registros nos prontuários das gestantes, mas sabe-se que parte das ações podem ter sido realizadas e não registradas. Assim, esses aspectos constituem limitações do presente estudo e devem ser considerados na interpretação dos resultados obtidos.

Quanto aos recursos humanos, observaram-se diferenças na formação dos médicos e dos enfermeiros

das UBSs e USFs, assim como diferenças relativas à participação de outros profissionais da área da saúde no cuidado de gestantes. Porém, o pequeno número de unidades (oito UBSs e oito USFs), não permitiu avaliar se essas diferenças observadas se refletem ou não ao processo do cuidado pré-natal. Observou-se, de maneira geral, que nas UBSs o atendimento está centrado no profissional médico, estando as consultas de enfermagem mais incorporadas nas USFs, fato relacionado à mudança no processo de trabalho do enfermeiro, promovida pela Estratégia Saúde da Família, que aproxima as enfermeiras do cuidado, a partir da elaboração de protocolos de atenção que as respaldam⁽¹⁰⁾.

Considerando-se os recursos físicos, não houve diferenças entre UBS e USF. Equipamentos e instrumentais para assistência à gestante estavam, em geral, disponíveis em ambos os modelos de atenção. Destaca-se apenas aspecto relativo à presença do Manual Técnico sobre atenção pré-natal, recentemente publicado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo⁽⁹⁾, encontrado com muito mais frequência nas USFs, provavelmente em decorrência da necessidade de protocolos atualizados para o suporte às consultas de enfermagem.

Todos os exames preconizados para serem realizados no primeiro e terceiro trimestre estão disponíveis no município, inclusive em quantidade adequada. Embora no primeiro trimestre a cobertura tenha estado acima de 94,0% nos dois serviços, no terceiro trimestre, mesmo considerando-se a indicação ou não de repetição, a cobertura foi bastante inferior, especialmente nas UBSs, variando de 55,0 a 79,6%. Em estudo sobre avaliação pré-natal, realizado em município de médio porte da região metropolitana de São Paulo, algumas hipóteses foram levantadas para explicar a baixa cobertura de exames no terceiro trimestre: os profissionais estão habituados a solicitar os exames apenas na primeira consulta e muitos deixam de pedi-los novamente próximo à trigésima semana de gravidez e algumas mulheres deixam de realizar os exames pela segunda vez, apesar de terem sido solicitados⁽¹¹⁾. Essas hipóteses podem explicar também o ocorrido neste estudo.

Verificou-se, de maneira geral, que não foi dada a devida importância para a repetição dos exames de rotina pré-natal, menos realizados no terceiro trimestre, tanto em USF quanto em UBS, mas com pior resultado nesse último modelo de atenção. Destaca-se o importante papel desses exames no rastreio de doenças ou condições com repercussão perinatal, como o diabetes gestacional, incompatibilidade sanguínea materno-fetal e a bacteriúria assintomática da gravidez, bem como sífilis, hepatite B, toxoplasmose e Aids, com possibilidade de transmissão vertical.

A importância, especialmente da sífilis congênita, não só para Botucatu, mas para o país, é inquestionável: esse agravo é considerado um claro marcador da qualidade da assistência à saúde no pré-natal, já que seu diagnóstico e tratamento podem ser totalmente realizados durante a gestação, em serviços de atenção primária, podendo-se, então, com os resultados obtidos neste trabalho, questionar a qualidade do atendimento pré-natal prestado no município, já que entre 10 e 20% das gestantes não foram testadas para sífilis no final da gravidez.

Outro indicador de qualidade do processo de cuidado pré-natal com desempenho muito negativo foi o obtido na avaliação da realização do exame das mamas, pouco realizado em ambos os modelos: pouco mais que um terço das gestantes passou por esse procedimento. Considera-se, então, ter havido perda de oportunidades, não apenas para identificação de possíveis alterações que requeiram tratamento⁽¹²⁾, mas, também, para avaliar as características mamilares, orientar quanto aos cuidados com as mamas e em relação à amamentação. Essa situação negativa não difere da encontrada em estudo realizado na Região Sul do país, em município de porte semelhante⁽¹³⁾. Porém, é preocupante constatar que os valores obtidos foram inferiores aos verificados entre 2004 e 2008, no mesmo município⁽¹⁴⁾.

O exame de ultrassom não está incluído como procedimento básico de rotina recomendado pelo PHPN a todas as gestações de baixo risco, mas a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo recomenda sua realização uma ou duas vezes, dependendo da factibilidade, sendo, no início da gravidez, para o rastreamento das cromossomopatias e/ou entre 20 e 24 semanas, para avaliação morfológica fetal⁽⁸⁾. Contrariando as diretrizes do MS, a cobertura em Botucatu foi elevada: mais de 90% das gestantes de ambos os modelos realizaram pelo menos uma ultrassonografia na gravidez. Pode-se atribuir tal alta cobertura ao fato de a clientela valorizar e, frequentemente, solicitar esse exame. Mas como não indagar por que ações mais simples e de comprovada eficácia, como vacinação, exame de mamas e atendimento odontológico não tiveram tão elevada cobertura? Esse fato, menor cobertura de ações de tecnologia leve e alta cobertura de exames mais caros e tecnologia pesada também já foi observado no Brasil, anteriormente⁽¹⁵⁾.

O atendimento odontológico, essencial no cuidado pré-natal, foi pouco frequente nos dois modelos de atenção, mesmo havendo dentistas em todas as Unidades de Saúde, merecendo avaliação dos possíveis determinantes. Haveria problemas na adequação quantitativa desses profissionais e sua distribuição nos serviços estudados, ou dificuldade na incorporação da saúde bucal no cuidado

pré-natal? Caberá a futuros estudos averiguar essas hipóteses, recomendando-se a utilização, também, de método qualitativo, visando conhecer valores e atitudes de profissionais e gestantes sobre essa específica ação. De qualquer forma, pode-se apontar esse como um importante problema da atenção primária à saúde no município de Botucatu, uma vez que vários estudos mostram a correlação entre doença periodontal extensa e o baixo peso ao nascer⁽¹⁶⁾.

Não existem evidências de risco para o feto quando a gestante é imunizada com toxoides e vacinas polissacarídicas, conjugadas ou contendo vírus mortos. Especificamente com relação à vacina contra o tétano, de indicação nacional para proteção materna e prevenção do tétano neonatal⁽¹⁷⁾, a cobertura obtida nas UBSs e USFs esteve aquém da esperada, considerando que esse imunobiológico esteve sempre disponível, e que a grande maioria das mulheres realizou mais de seis consultas de pré-natal. Mais importante ainda é o fato de em Botucatu haver em todo o sistema de atenção básica, incluindo as salas de vacina, informatização, permitindo controle das doses aplicadas e das gestantes faltosas.

Considerou-se registro da história clínica completo quando todos os campos do impresso para tal estavam preenchidos. Esse impresso deve ser mantido no prontuário, sendo cópia idêntica ao cartão da gestante. No presente estudo a situação das USFs, quesito para essa informação, foi mais favorável que a das UBSs. Destaca-se que os profissionais, com frequência, desvalorizam o registro sistemático e organizado das informações nos prontuários, apesar de esse se caracterizar como documento que fornece subsídios para uma boa assistência e ser fundamental em situações éticas e jurídicas, representando segurança tanto para o profissional quanto para a clientela⁽¹¹⁾. Talvez pela maior necessidade de os enfermeiros se resguardarem legalmente ao realizarem consulta de pré-natal, houve mais alta frequência do completo preenchimento desse instrumento nas USFs, onde o percentual de consultas de enfermagem foi mais elevado.

Ao se analisar o indicador-síntese do processo de atendimento pré-natal preconizado pelo PHPN, abrangendo realizar seis consultas, exames de primeiro e terceiro trimestres, vacina contra tétano e revisão de parto, a cobertura nas USFs foi baixa (31,3%), mas três vezes maior que nas UBSs (10,2%). A realização do conjunto dessas ações deve ser mais valorizada, pois representa os procedimentos mínimos para o adequado cuidado pré-natal, destacando-se o direito de toda gestante de acessá-los, de forma a obter atendimento digno e de qualidade⁽⁷⁾. A análise individual dos componentes desse indicador-

síntese evidencia diferença significativa entre USF e UBS apenas para os exames. A situação encontrada nas USFs de Botucatu é melhor que a obtida em estudo realizado na cidade de São Paulo, que considerou indicadores semelhantes, com resultado favorável em apenas 7,7% dos casos⁽¹⁸⁾.

A avaliação da atenção pré-natal, considerando-se aspectos sociodemográficos das mulheres e a partir de indicadores quantitativos, é frequente na literatura⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Não é o que se observa quando se investiga indicadores de qualidade. Na presente investigação, outros dois indicadores síntese propostos (história clínica preenchida e aconselhamento pré-coleta de HIV, e orientação sobre nutrição pré-natal e sinais de alerta no termo) também foram significativamente mais presentes nas USFs, fato relevante, uma vez que esses podem sinalizar um diferencial na qualidade das consultas pré-natais.

Conclusões

De modo geral, o cuidado pré-natal das USFs foi melhor que das UBSs. Porém, os baixos índices de cobertura de ações básicas, factíveis a ambos os modelos de atenção à saúde, são preocupantes e demandam ações urgentes dos gestores e profissionais envolvidos com o cuidado pré-natal no município estudado.

Apoiado nos resultados do presente estudo, caberá aos gestores realizar intervenções, como o incentivo às enfermeiras de UBS para a realização de consultas pré-natais de baixo risco; ações para a conscientização dos profissionais quanto à importância do registro nos prontuários; a ampliação de atividades educativas em grupo e a criação de uma proposta de educação permanente para os profissionais que atuam na Atenção Primária, buscando, assim, garantir a efetiva realização de procedimentos básicos, preconizados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estadual e Municipal, e essenciais para o cuidado pré-natal.

Referências

1. Costa AM, Guilhem D, Walter MIM. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;5(39):768-74.
2. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Suppl 2:3139-47.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

4. Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Pimpão FD. Infant mortality and prenatal care: contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(1):201-10.
5. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-48.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
8. Secretaria do Estado da Saúde (SP). Atenção à gestante e puerpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde; 2010.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades. Botucatu. [acesso 14 set 2012] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=350750>
10. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008;8(1):113-24.
11. Barbosa MA, Fernandes RAQ. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies in the city of Francisco Morato – SP. *Online Braz J Nurs* [internet]. 2008 [acesso 14 set 2012];7(3) Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1861/398>
12. Naughton MJ, Ellis M. I'm pregnant and I have breast cancer. *BMC Câncer*. 2007;7:93-4. doi: 10.1186/1471-2407-7-93.
13. Gonçalves CV, Dias da Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF, et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1783-90.
14. Fonseca CRB, Strufaldi MWL, Carvalho LR, Puccini RF. Risk factors for low birth weight in Botucatu city, SP state, Brazil: a study conducted in the public health system from 2004 to 2008 *BMC Res Notes*. 2012;5:60. doi:10.1186/1756-0500-5-60.
15. Gonçalves CV, Dias da Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Velleca e Lima LC, Garlet G, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):290-5.
16. Cruz SS, Costa MCN, Gomes Filho IS, Vianna MIP, Santos CT. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):782-7.
17. Bricks LF. Vaccines in pregnancy: a review of their importance in Brazil. *Rev Hosp Clín*. 2003;58(5):263-74.
18. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of São Paulo. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2008; 16(6):986-92.
19. Tran TK, Gottvall K, Nguyen HD, Ascher H, Petzold M. Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts – results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam. *BMC Health Services Res*. 2012;12:40. doi:10.1186/1472-6963-12-40.
20. Hollowell J, Oakley L, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Gray R. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:13. doi: 10.1186/1471-2393-11-13.

Recebido: 18.9.2012

Aceito: 21.1.2013

Como citar este artigo:

Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar.-abr. 2013 [acesso em: / /];21(2):[08 telas]. Disponível em: _____

dia ano

 mês abreviado com ponto

URL