

## Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco

### *Adequacy of the antenatal care for pregnant women seen at the two references services for women with high risk pregnancies at maternity hospitals of the Brazilian Public Health System in the city of Recife, in the State of Pernambuco*

Valéria Conceição Passos de Carvalho <sup>1</sup>  
Thália Velho Barreto de Araújo <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Fisioterapia. Faculdade Integrada do Recife. Universidade Católica de Pernambuco. Rua do Príncipe, 526. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.050-900. E-mail: valeriapassos@gmail.com

<sup>2</sup> Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

#### Abstract

*Objectives: to assess antenatal care adequacy offered to pregnant women in the Brazilian Public Health System (BPHS), in the city of Recife, in the State of Pernambuco.*

*Methods: a cross-sectional study of 612 women seen assisted during delivery in two BPHS units, with high risk pregnancies referrals in Recife, from June to October 2004. Antenatal care assessment was based on the criteria of the Humane Antenatal and Delivery Program of the Ministry of Health.*

*Results: antenatal coverage averaged 96.1% and the median of medical visits was of 5.3. Only 38.0% of the women initiated antenatal care by the fourth month of pregnancy and made six or more medical consults. Among the respondents, 31% had weight, arterial pressure, uterine fundus height and cardiotetal heartbeats measured in all medical visits. Antenatal care was considered adequate in 17.8% of the cases and inadequate in 82.2% of the cases.*

*Conclusions: available antenatal care for pregnant women in Recife city has ample coverage, but it should be reviewed from a quality standpoint.*

**Key words** *Pregnancy women, Quality of health care, Pre-natal care*

#### Resumo

*Objetivos: investigar a adequação da assistência pré-natal realizada por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade do Recife, Pernambuco.*

*Métodos: estudo de corte transversal de 612 mulheres atendidas por ocasião do parto em duas unidades do SUS, referências para gravidez de alto risco no Recife, no período de junho a outubro de 2004. A avaliação do Pré-Natal foi baseada nos critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde.*

*Resultados: a cobertura de pré-natal foi de 96,1%, sendo a média de consultas de 5,3. Apenas 38,0% das mulheres iniciaram o pré-natal até o quarto mês de gestação e realizaram seis ou mais consultas. Dentre as entrevistadas, 31% tiveram peso, pressão arterial, altura uterina e os batimentos cardiotetais aferidos em todas as consultas. A atenção pré-natal foi considerada adequada em 17,8% e não-adequada em 82,2% dos casos.*

*Conclusões: a assistência pré-natal disponível para as gestantes na cidade do Recife, apesar de apresentar elevada cobertura, deve ser revista do ponto de vista qualitativo.*

**Palavras-chave** *Gestantes, Qualidade da assistência à saúde, Cuidado pré-natal*

## Introdução

No Brasil a saúde da criança e da mulher tem sido reconhecida como prioridade há algumas décadas; entretanto, persiste a constatação de que ainda ocorre um número elevado de mortes de mulheres e crianças por complicações da gravidez e do parto.<sup>1,2</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 6 e 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.<sup>2</sup> Em 2001, ocorreram nas capitais brasileiras 74,5 mortes por causas maternas para cada 100 mil nascidos vivos, segundo dados oficiais, estimando-se que cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis.<sup>3</sup> Essa cifra provavelmente é ainda uma estimativa conservadora dada à reconhecida subnotificação dos óbitos por causas maternas no país.<sup>3</sup>

No Recife, no período de 1994 a 2000, ocorreram 144 óbitos de mulheres por causas maternas, o que resultou em uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 75,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos.<sup>2</sup> Dentre as causas de mortes, predominaram as causas obstétricas diretas (complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e puerpério), perfazendo 70% dos óbitos. Neste grupo, destacaram-se a doença hipertensiva da gravidez (DHEG) (19%), as síndromes hemorrágicas (16%) e infecção puerperal (11%). As causas obstétricas indiretas (óbito de mulheres em decorrência de doença previamente existente, agravada pela gravidez) foram responsáveis por 31% dos óbitos maternos.<sup>2</sup>

Apesar do declínio da mortalidade infantil nas últimas décadas no país, observam-se grandes disparidades entre as regiões, sendo os níveis mais elevados no Nordeste e no Norte do país.<sup>4</sup> Há ainda o registro de que a redução nos níveis da mortalidade infantil se fez acompanhar de uma maior participação do componente neonatal.<sup>5</sup> Para o Recife, os coeficientes de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal foram, respectivamente, 27, 53, 18,84 em 8,69 por mil nascidos vivos em 1995.<sup>6</sup>

Há evidências de que os níveis de mortalidade materna e perinatal são influenciados pelas condições de vida e pela qualidade da assistência obstétrica e pré-natal.<sup>7-9</sup> Ainda que exista controvérsia, pesquisas sugerem que a assistência pré-natal pode contribuir para a redução da ocorrência de prematuridade e do baixo peso ao nascer.<sup>8,9</sup>

A assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população. O pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde das

mulheres grávidas e dos recém-nascidos e o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes.<sup>10</sup>

A garantia da qualidade da atenção pré-natal pressupõe a acessibilidade ao cuidado, incluído aqui o aumento na oferta de serviços de saúde, o acesso a exames laboratoriais, e a existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis de atenção.<sup>11-14</sup>

Em 2000, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN),<sup>15</sup> com os objetivos de promover ações direcionadas à redução da morbi-mortalidade materna, melhora dos resultados perinatais, tendo como pano de fundo a humanização do atendimento.<sup>14</sup> Em suas diretrizes, fica enfatizada a importância de avaliar a qualidade do cuidado prestado.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em Recife e, assim, fornecer subsídios para a implementação de medidas que visem à melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

## Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, conduzido no período de junho a outubro de 2004, em duas maternidades de referência para gestantes de alto risco, inseridas em unidades hospitalares de grande porte, pertencentes à rede de serviços próprios do Sistema Único de Saúde em Recife, Pernambuco, Brasil.

Foram elegíveis todas as mulheres, residentes no Recife, atendidas por ocasião do parto em uma das duas maternidades, no período estudado e excluídas aquelas que não haviam realizado o pré-natal em serviço pertencente ao SUS. As puérperas foram identificadas através dos registros das salas de parto e de admissão ao internamento na maternidade. Foram entrevistadas 612 puérperas no pós-parto imediato, o que correspondeu a 97,6% do total de mulheres elegíveis para o estudo. Houve onze perdas e quatro recusas à participação.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face, para aplicação de questionário estruturado e pré-codificado, previamente testado. As entrevistas foram realizadas por quatro acadêmicas dos cursos de medicina e de fisioterapia, devidamente treinadas para esta função. Paralelamente, foram revisados os cartões da gestante e prontuários

médicos, sendo os dados transcritos para instrumento próprio da pesquisa.

As variáveis estudadas abrangeram as características socioeconômicas das mulheres, a história reprodutiva e da gravidez atual, fatores referentes à assistência pré-natal e a satisfação da mulher com a atenção recebida. A informação transcrita a partir dos registros do cartão da gestante e dos prontuários diz respeito às características do pré-natal.

A classificação do risco gestacional, descrita em outro local,<sup>16</sup> foi baseada no índice criados por Chamberliam *et al.*,<sup>17</sup> adaptado e aplicado em estudo realizado no Brasil por Barros *et al.*,<sup>18</sup> citados por Halpern *et al.*,<sup>19</sup> e no escore desenvolvido por Hobel *et al.*<sup>20</sup> O índice proposto permitiu a classificação do risco gestacional das entrevistadas em: baixo, médio e alto risco.

Para a adequação da assistência pré-natal foi utilizado o índice proposto por Silveira e Santos<sup>8</sup> e as recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde.<sup>15</sup> Para a categorização do pré-natal, foi considerado como adequado: quando realizadas seis ou mais consultas ou número de consultas compatível com a idade gestacional ao término de gestação; início antes da 20ª semana; com no mínimo um registro de: dosagem de hemoglobina (Hb), exame comum de urina (ECU), exame para sífilis (VDRL), glicemia de jejum, tipagem sanguínea e fator Rh, vacinação antitetânica (VAT) - (doses ou reforço); três ou mais registros dos batimentos cardíacos (BCF), de altura uterina, pressão arterial e peso da gestante. O pré-natal não-adequado foi definido como: realização de duas a cinco consultas, início após 20ª semana de gestação; ausência de registro dos seguintes exames: hemoglobina (Hb), exame comum de urina (ECU), exame para sífilis (VDRL), glicemia de jejum, fator Rh, tipagem sanguínea e de vacinação antitetânica (VAT); dois ou menos registros da altura uterina, pressão arterial, BCF e peso da gestante. Foram consideradas como não tendo feito o pré-natal as mulheres que não realizaram nenhuma consulta ou realizaram apenas uma.

Todos os questionários e as informações transcritas do cartão da gestante e dos prontuários médicos foram submetidos à crítica e os dados obtidos checados em sua consistência. Após a codificação, os dados foram submetidos a dois processos independentes de entrada, através do programa Epi-Info, versão 6.8. O processamento para a análise estatística foi efetuado utilizando-se os programas Epi-Info e Spss-PC versão 12.

Na descrição dos resultados apresentados, foram obtidas frequências, médias e desvios-padrão.

Empregou-se o teste  $\chi^2$  na comparação das proporções de mulheres com pré-natal adequado ou inadequado, admitindo-se para testar a significância estatística das diferenças erro alfa de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco (processo: 074/2004). A participação das puérperas foi solicitada mediante termo de consentimento livre e esclarecido, o qual explicitava os objetivos da pesquisa e informava sobre o direito de recusa à participação.

## Resultados

Em relação às características sócio-demográficas, a média de idade das mulheres estudadas foi de 24,3 anos (DP=6,33), variando de 12 a 44 anos. Aproximadamente 162 (26,2%) das puérperas eram adolescentes e 42 (6,9%) tinham idade igual ou superior a 35 anos. A maioria (80,4%) tinha um companheiro e 82,3% viviam em famílias com renda familiar mensal *per capita* inferior ao salário mínimo vigente na época da pesquisa (R\$130,00). Em relação à escolaridade, sete mulheres eram analfabetas, 8,3% não havia completado o ensino básico e apenas 26,5% possuíam nível de escolaridade igual ou superior ao ensino médio. Do total, 203 (33,2%) das mulheres nunca trabalharam e 188 (30,7%) não estavam trabalhando nos últimos 12 meses. Entre aquelas que trabalhavam, 176 (79,6%) não possuíam carteira de trabalho assinada. Cerca de 146 (33,0%) eram servidoras domésticas e 123 (30,1%) comerciárias.

Quanto à história reprodutiva e da gravidez atual, 244 (39,9%) eram primíparas e 72 (11,8%) tinham tido quatro ou mais partos; 74 (12,1%) relataram um ou mais filhos nascidos vivos com baixo peso e 26 (4,2%) história anterior de filho nascido morto. De acordo com o prontuário médico, 368 (60,2%) das entrevistadas apresentaram algum tipo de morbidade na gravidez por ocasião do internamento, sendo as mais frequentes: a doença hipertensiva específica da gravidez 135 (36,7%) e a pré-eclâmpsia 107 (29,1%).

Do total de 612 puérperas estudadas, 588 (96,1%) realizaram alguma consulta pré-natal, contudo, 10 (1,7%) fizeram apenas uma consulta. Pelo critério adotado na pesquisa, ter realizado uma ou nenhuma consulta, foi considerado como "não realizou pré-natal": 24 (5,6%) das pacientes se enquadraram nesse caso. O número médio de consultas no pré-natal foi de 5,3 (DP= 2,31).

A análise simultânea da época de início do pré-natal e do número de consultas realizadas mostra que apenas 233 (38,0%) iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre e realizaram seis ou mais consultas ou número de consultas adequado à idade gestacional quando do término da gravidez. (Tabela 1)

Do total de entrevistadas que realizaram o pré-natal, 249 (43,1%) escolheram os serviços das maternidades ou hospitais públicos para a realização do pré-natal e 167 (28,9%) unidades do Programa de Saúde da Família (PSF). Uma proporção elevada (61,2%) referiu a proximidade de casa ou do trabalho como o principal motivo para a escolha do serviço de saúde onde realizou o pré-natal. Em 71,6% dos casos a primeira consulta foi agendada previamente, seja através de contato telefônico, do agente comunitário de saúde ou por conhecimento no serviço, e para 77,5% das mulheres as consultas subsequentes foram agendadas em consulta anterior.

Das mulheres estudadas, 90,6% estavam de

posse do cartão no momento da entrevista. Apenas 151 (31,0%) das mulheres tinham registrado no cartão da gestante os procedimentos clínico-obstétricos recomendados no pré-natal: aferição do peso, pressão arterial, altura uterina e batimentos cardíofetais em todas as consultas efetuadas, e 89 (18,3%) em até metade das consultas, como observado na Tabela 2.

Em relação aos demais procedimentos preconizados pelo PHPN, apenas 80 (16,4%) das mulheres tinham pelo menos um registro da pesquisa de edema, 205 (42,1%) dois ou mais registros de apresentação fetal, 86 (17,7%) realizaram exame de mama e 103 (21,1%) o exame preventivo para o câncer cérvico-uterino no pré-natal. Com relação ao esquema de vacinação antitetânica (VAT), 570 (98,6%), realizaram o esquema recomendado (duas doses de VAT) ou dose de reforço, quando já previamente vacinada. Entre as mulheres que fizeram o pré-natal 339 (69,6%) realizaram pelo menos um

**Tabela 1**

Época de início de pré-natal e número de consultas realizadas em puérperas atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde (SUS). Recife, Pernambuco, 2004.

Situação do pré-natal	N	%
Não fez pré-natal (nenhuma ou uma consulta)	34	5,6
Início do pré-natal após o início do quarto mês com número de consultas inadequado para a idade gestacional.	214	35,0
Início do pré-natal antes do quarto mês com três e cinco consultas	131	21,4
Início do pré-natal antes do quarto mês com seis ou mais consultas ou adequado para a idade gestacional.	233	38,0

**Tabela 2**

Proporção de mulheres com registro no cartão da gestante de batimentos cardíofetais (BCF), pressão arterial (PA), altura uterina e peso, conforme número de consultas de pré-natal realizadas, em puérperas atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde (SUS), Recife, Pernambuco, 2004

Registro dos procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios no pré-natal*.	N	%
Sem registro	89	18,3
Registro em menos de 50,0% das consultas	89	18,3
Registro em mais de 50,0% e menos de 100,0% das consultas	158	32,4
Registro em 100,0% das consultas	151	31,0

\* Percentual calculado sobre o total de mulheres que apresentaram o cartão da gestante.

Tabela 3

Realização dos procedimentos normatizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento entre as puérperas atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde (SUS). Recife, Pernambuco, 2004.

Indicadores do processo	N	%
Mulheres que tinham realizado o exame de mama	86	17,7
Mulheres que tinham pelo menos um registro da pesquisa de edema	80	16,4
Mulheres que tinham realizado dois ou mais registros de apresentação fetal	205	42,1
Mulheres que realizaram exame preventivo do câncer cérvico-uterino	103	21,1
Mulheres que realizaram o esquema de vacinação anti-tetânica recomendado	570	98,6
Mulheres que realizaram pelo menos um exame de VDRL	339	69,6
Mulheres que realizaram pelo menos um exame comum de urina	352	72,3
Mulheres que realizaram pelo menos uma dosagem de hemoglobina	361	74,1
Mulheres que realizaram uma dosagem de glicemia	362	74,4
Mulheres que realizaram a pesquisa do fator Rh	431	88,5
Mulheres que realizaram o exame de anti-HIV	176	36,1
Mulheres que realizaram o exame de ultra-sonografia	357	73,3

VDRL = venereal disease research laboratory.

Figura 4

Distribuição do risco gestacional e adequação do pré-natal entre as puérperas atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde (SUS). Recife, Pernambuco, 2004.

Risco gestacional	Adequação do pré-natal			
	Adequado		Não-adequado	
	n	%	n	%
Todas as mulheres	103	17,8	475	82,2
Alto risco	25	15,6	135	84,4
Médio risco	31	14,7	180	85,3
Baixo risco	47	22,7	160	77,3

( $\chi^2 = 5,310$ , 2 gl,  $p = 0,07$ ).

exame de sífilis (VDRL), 352 (72,3%) pelo menos um exame comum de urina (ECU), 361 (74,1%) pelo menos uma dosagem de hemoglobina, 362 (74,4%) uma ou mais dosagens de glicemia, 431 (88,5%) a pesquisa do fator Rh, 176 (36,1%) o exame de anti-HIV, e 357 (73,3%) realizaram o exame de ultra-sonografia. Esses dados estão apresentados na Tabela 3.

Apenas 36,9% das entrevistadas referiram ter participado de alguma atividade educativa e 44,8% disseram ter recebido algum tipo de orientação individual. O aleitamento materno foi o tema mais frequentemente abordado em ambas as situações.

A maioria das mulheres que realizou o pré-natal classificou como "boa" a atenção recebida (65,9%) e afirmou ter ficado satisfeita com o atendimento prestado pelo médico (85,6%). Receber orientação e informações do médico, ou de outro profissional de saúde, durante o pré-natal foi o principal aspecto positivo apontado pelas mulheres (51,6%), e demora na entrega dos resultados dos exames laboratoriais o aspecto negativo mais destacado (13,5%).

Do total de mulheres entrevistadas, 160 (27,9%) foram classificadas como de alto risco gestacional, 211 (36,5%) como de médio risco e 207 (35,8%)

como de baixo risco.

Aplicando-se os critérios adotados neste estudo, 103 (17,8%) das mulheres receberam assistência pré-natal adequada e 475 (82,2%), não-adequada. A proporção de mulheres que realizaram um pré-natal adequado foi de 25 (15,6%) para as mulheres classificadas como de alto risco gestacional, de 31 (14,7%) entre as de médio risco e de 47 (22,7%) entre aquelas com baixo risco (Tabela 4), no entanto, as diferenças entre os grupos, ainda que limítrofe, não foram estatisticamente significantes ao nível de 5% ( $p = 0,07$ ).

## Discussão

As puérperas aqui estudadas representam 2,7 % do total de mulheres residentes em Recife que pariram em unidades do SUS no ano estudado.<sup>21</sup> Portanto, os resultados encontrados não podem ser generalizados para a população de gestantes da cidade do Recife. No entanto, a amostra foi suficiente para representar as mulheres atendidas nas duas maternidades no ano de 2004.

Dentre as limitações metodológicas deste estudo, pode ser citado o uso do cartão da gestante para obter informações sobre a atenção recebida durante o pré-natal, apesar da elevada proporção de mulheres que estavam de posse do cartão no momento da entrevista. Por outro lado, a qualidade da informação depende dos seus registros, pois se trata de um instrumento cujo preenchimento é feito por diferentes profissionais na prática da atenção pré-natal. Para algumas variáveis houve uma proporção importante de falta de registro, o que dificultou o entendimento quanto a não realização do procedimento normalizado ou a ausência de registro do mesmo.

Neste estudo, o perfil socioeconômico da população mostrou-se similar ao observado por outros autores<sup>3,22,23</sup> em estudos conduzidos no setor público no Brasil, ou seja, houve o predomínio de mulheres com idade entre 20 e 29 anos, vivendo em união conjugal, com menor escolaridade formal e renda familiar per capita. Esses dois últimos fatores, atuando em conjunto ou isoladamente, têm sido associados a menor utilização da assistência pré-natal.<sup>24</sup>

No Brasil, a rápida queda da fecundidade em outros grupos etários, observada nas últimas décadas,<sup>13</sup> tem contribuído para ampliar a participação das adolescentes entre as mulheres grávidas. Em nosso estudo pôde-se observar um elevado percentual de puérperas adolescentes, à semelhança

de pesquisas realizadas em outras regiões do país, como no Maranhão, por Silva *et al.*,<sup>25</sup> em Caxias do Sul, por Trevisan *et al.*<sup>22</sup> e, em Minas Gerais, por Coutinho *et al.*<sup>10</sup>

Há ainda elevada proporção de primíparas, possivelmente em razão da alta porcentagem de mulheres jovens e adolescentes na população estudada. Alguns estudos<sup>24-26</sup> têm mostrado que as grávidas adolescentes iniciam mais tardiamente o pré-natal e realizam um menor número de consultas, quando comparada às mulheres adultas.

A reduzida proporção de mulheres de alto risco encontrada na pesquisa, ainda que realizada em hospitais de referência para gravidez de alto risco, deve-se ao fato de a classificação de risco ter sido realizada baseada na situação das mulheres durante a gravidez. O encaminhamento da maioria dessas mulheres para as unidades que sediaram a pesquisa foi realizado pela central de parto. Ainda que algumas mulheres não fossem de risco, cerca de 60% apresentavam alguma morbidade quando da admissão nas unidades estudadas; destas, 36,7% apresentavam doença hipertensiva específica da gravidez e 29,1% pré-eclâmpsia.

A cobertura do pré-natal é considerada como um dos principais indicadores da qualidade da atenção básica em saúde. Os resultados desta pesquisa mostram uma elevada cobertura do pré-natal, ratificando os achados de Serruya *et al.*,<sup>14</sup> que avaliaram os dois primeiros anos, 2001 e 2002, de implantação do PHPN no país, entre os municípios cadastrados no SISPRENATAL, revelando uma elevação na cobertura do programa.

Porém, a despeito dessa cobertura, observou-se uma pequena proporção de mulheres com pré-natal adequado (17,8%). Esse resultado pode estar refletindo dificuldades na implementação do programa nos serviços de saúde. Entre as mulheres que realizaram o pré-natal de acordo com os critérios da pesquisa, a média de consultas realizadas foi de 5,3 e apenas pouco mais de um terço das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e realizaram o número preconizado de consultas. Todavia, esses resultados são mais favoráveis do que os encontrados por Serruya *et al.*,<sup>14</sup> cuja média de consultas foi de 4,4 em 2002 e o percentual de mulheres que realizou seis ou mais consultas foi de 20%.

O início tardio do pré-natal sugere o despreparo dos serviços de saúde para captar precocemente essas gestantes, o que pressupõe a sensibilização e conscientização da população quanto à importância do início precoce do pré-natal ou, ainda, a dificul-

dade de acesso das mulheres aos serviços de saúde. Sabe-se que o início tardio e a realização de menor número de consultas podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de certas condições, além de comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o pré-natal que é a promoção da saúde.

Ainda mais preocupante é o fato de não terem sido realizados, para a maioria das mulheres, todos os procedimentos clínico-obstétricos básicos no pré-natal. Apenas 31% das mulheres tiveram todos esses procedimentos realizados em todas as suas consultas, proporção menor do que à encontrada no estudo de Silveira *et al.*,<sup>8</sup> em Pelotas, Rio Grande do Sul, no qual a frequência de realização da aferição da idade gestacional, pressão arterial e peso da gestante foi próxima a 50%.

Torna-se, também, evidente que um dos principais pontos críticos para assegurar a qualidade da assistência pré-natal é a realização dos exames complementares, para os quais foi observado um elevado percentual de ausência de registro no momento do parto. Isto pode estar refletindo a não solicitação desses exames, a dificuldade na realização ou na obtenção dos resultados ou, ainda, o não registro dos resultados no cartão da gestante pelos profissionais de saúde. A demora na entrega dos resultados dos exames laboratoriais foi citada por 13% das mulheres como um dos aspectos negativos no pré-natal realizado.

Ainda que tenha ocorrido, para algumas mulheres, o sub-registro dos procedimentos realizados, chama a atenção o fato de que procedimentos que dependem exclusivamente do profissional de saúde tenham sido realizados, ou registrados, com menor frequência do que os exames complementares. Esses resultados são ainda mais expressivos no que diz respeito à reduzida frequência na realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino e da mama, alertando para a fragmentação da atenção à saúde da mulher, dado ao fato de que o pré-natal pode ser um momento propício para a consolidação de orientações e práticas preventivas. Outro paradoxo observado consiste na maior proporção de mulheres que realizaram a ultra-sonografia obstétrica em comparação com exames complementares básicos. Achados semelhantes foram relatados por Trevisan *et al.*,<sup>22</sup> em Caxias do Sul, e por Coutinho *et al.*,<sup>10</sup> em Minas Gerais.

Quanto à aplicação do critério de adequação do pré-natal adotado na presente pesquisa, foi observada uma proporção reduzida de mulheres com pré-natal adequado, sem grande variação com o nível do risco

gestacional. Esses resultados evidenciam a desigualdade social no campo da saúde, mostrando que a disponibilidade da assistência com frequência não responde às necessidades da população assistida.

Uma das principais finalidades da assistência pré-natal é a realização de atividades educativas visando à promoção da saúde, as quais envolvem baixo custo tecnológico. Apenas uma reduzida proporção de mulheres referiu ter participado de palestras educativas ou ter recebido alguma orientação individual. Este resultado é inferior ao encontrado em dois outros estudos realizados na cidade do Recife, o de Feliciano e Kovacs<sup>23</sup> e o de Rosenthal.<sup>9</sup>

À semelhança das duas outras pesquisas realizadas em Recife,<sup>8,23</sup> o tema mais abordado foi o aleitamento materno, mostrando que as atividades educativas realizadas na assistência pré-natal permanecem com uma postura tradicionalista. Assim, outros assuntos também importantes foram abordados com menor frequência, a exemplo do direito à licença-maternidade, contracepção, orientações sobre o parto e os cuidados com o corpo.

A acessibilidade constitui um dos requisitos para a qualidade da atenção à saúde. De acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde,<sup>27</sup> são incentivadas a ampliação do acesso e a regionalização da oferta de serviços de atenção básica de saúde, tendo o PSF papel fundamental na reorientação da assistência. No entanto, na presente pesquisa, ainda que a proximidade da residência ou do local de trabalho tenha sido, para uma proporção elevada das mulheres, o elemento mais importante na escolha da unidade de saúde para realização do pré-natal, pôde-se observar que apenas 28,9% realizaram o pré-natal em unidades do PSF. Santos *et al.*,<sup>28</sup> em estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, encontraram que metade das mulheres havia realizado o pré-natal em unidade do PSF. A diferença encontrada entre os dois estudos pode decorrer de diferenças entre as características das populações estudadas ou do delineamento dos estudos ou, ainda, do nível de consolidação do pré-natal no PSF das duas cidades.

Os resultados também sugerem que a implantação do PHPN/2000, na cidade do Recife, trouxe como consequência positiva o aumento do percentual de mulheres que tiveram a marcação da sua primeira consulta agendada previamente, quando comparadas ao estudo de Feliciano e Kovacs.<sup>23</sup> Essa evolução também pode ser observada na marcação da consulta subsequente, estratégia importante para garantir a continuidade da atenção e favorecer a adesão das mulheres ao pré-natal.

Embora a maioria das mulheres tenha avaliado positivamente o atendimento recebido, pouco mais

de um terço mostrou-se insatisfeita, o que pode ter influenciado na adesão ao pré-natal. Fato semelhante foi relatado por Moraes *et al.*,<sup>29</sup> em estudo realizado em São José do Rio Preto, São Paulo.

A avaliação do pré-natal realizada com critérios de adequação semelhantes aos adotados na presente pesquisa, como os estudos realizados por Silveira *et al.*<sup>30</sup> e Puccini *et al.*,<sup>31</sup> apresentou resultados similares. Por outro lado, os resultados encontrados foram menos favoráveis em comparação com os estudos que realizaram a avaliação da adequação do pré-natal empregando indicadores baseados unicamente no número de consultas e/ou época do início do pré-natal, a exemplo do índice de Kotelchuck, utilizado em estudo feito por Leal *et al.*<sup>32</sup> no Rio de Janeiro, ou no índice de APNCU, empregado por Silva *et al.*,<sup>25</sup> em São Luís do Maranhão. Isto ratifica a importância de considerar outros parâmetros além do número de consultas e da época do início do pré-natal na avaliação da adequação da assistência pré-natal.

Como conclusão, a assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do SUS em Recife, a despeito da alta cobertura, apresentou baixa adequação, considerando os critérios mínimos exigidos no PHPN, indicando a necessidade da adoção de medidas que venham a melhorar a qualidade desta atenção. Os resultados confirmam ainda a necessidade de avaliações periódicas do pré-natal.

### Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). (PCT Saúde II, Edital 03/2004).

### Referências

- Ribeiro AF, Laurenti R. Mortalidade materna no município de São Paulo: análise segundo diferentes fontes, 1994 e 1995 [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1999.
- Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife, Rev Bras Ginecol Obstet. 2002; 24: 455-61.
- Low S, Batista Filho M, Souza AI. Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco. Recife: Bagaço; 2001.
- BENFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde. Rio de Janeiro; 1997.
- Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. São Paulo Med J. 2001; 119: 33-42.
- Guimarães MJB, Marques NM, Melo Filho DA, Szwarcwald CL. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19: 1413-24.
- Albuquerque WA, Menezes SS, Santana HS. Análise do perfil das mães dos nascidos vivos em Carbotina, Minas Gerais, no ano de 1999, pelo estudo dos dados do "SINASC". Rev Bras Saúde Matern Infant. 2001; 1: 137-43.
- Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública. 2004; 20: 1160-8.
- Rosenthal HC. Influência da assistência pré-natal sobre os resultados perinatais e maternos na Maternidade da Encruzilhada [dissertação mestrado]. Recife: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco; 2000.
- 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: 717-23.
- Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2003; 37: 456-62.
- Fragoso SMA, Rios EV. Accesibilidad de los servicios de salud en población usuaria. Gac Med Mex. 2000; 136: 213-9.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7: 687-707.
- Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004; 4: 269-79.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2002; 2: 69-71.
- Carvalho VCP. Fatores que influenciam na realização de um pré-natal não adequado entre as puérperas atendidas em duas unidades de risco na cidade de Recife [dissertação mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2005.

17. Chamberlain R, Phillip E, Howlett B, Claireaux A. Brithsh births. In: *Obstetric care*. London: Heineman;1970. V.2 Births. 1970; 2.
18. Barros FC, Victora CG, Vaughann JP, Capellari MM. Perinatal risk in Third. World cities. *World Health Forum*. 1985; 6: 322-4.
19. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14: 112-8.
20. Hobel CJH, Hyverinrm MA, Okada DM. Prenatal and intrapartum high-risk screening prediction of the high-risk neonate. *Am J Obstet Gynecol*. 1973; 117: 1-9.
21. Pernambuco. Secretaria de Saúde. [SUS Pernambuco]. Disponível em URL: <http://www.saude.pe.gov.br> [2007 maio 13].
22. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber 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.
23. Feliciano KVO, Kovacs MH. Avaliação das ações de controle das DST/AIDS desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Recife, com ênfase na atenção especializada e pré-natal. Recife: Hucitec; 1998. p. 62-87.
24. Pinto LF, Malafaia MF, Borges JA, Baccaro A, Soranz DR. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10: 205-13.
25. Silva AAM, Coimbra LC, Silva RA, Alves MTSSB, Lamy Filho F, Lamy ZC, Mochel EG, Aragão VMF, Ribeiro VS, Tonial SR, Barbieri MA. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17: 1412-23.
26. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18: 153-61.
27. Schirmer J. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Secretaria de Política de Saúde do Ministério da Saúde; 2000.
28. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34: 603-9.
29. Moraes MS, Kujumjian FG, Neto FC, Lopes JCC. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004; 4: 375-84.
30. 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: 242-7.
31. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19: 35-45.
32. Leal MC, Gama SGNC, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39: 100-7.

---

Recebido em 6 de janeiro de 2007

Verso final apresentada em 16 de maio de 2007

Aprovado em 7 de junho de 2007