

Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil

Marcelo Vianna Vettore ¹
 Marcos Dias ²
 Mario Vianna Vettore ³
 Maria do Carmo Leal ⁴

Assessment of quality of prenatal care among pregnant women with a history of premature deliveries using the Brazilian National Health Service in Rio de Janeiro, Brazil

¹ Hospital Federal dos Servidores do Estado. Rua Sacadura Cabral, 178. Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20.081-262.

E-mail: marcelo.vettore@gmail.com

² Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Abstract

Objectives: to assess the adequacy of prenatal care and the satisfaction and gestational risks of pregnant women with a history of premature deliveries.

Methods: a cross-sectional study with 1239 pregnant women, 259 with a history of premature deliveries when being attended by the Brazilian National Health Service (SUS) in RJ in 2007/2008. Demographic and socio-economic information, the obstetric history, adequacy of prenatal care and satisfaction with prenatal care were variables gathered using interviews and the prenatal records. The χ^2 test was used to compare the group with the history of premature deliveries with the groups with low risk or no history of premature delivery.

Results: there were no differences in terms of the adequacy of prenatal health care among pregnant women with a history of premature deliveries compared with those with low gestational risk. Women were dissatisfied with the waiting times for consultations, the opening times of health units and the explanations given by health workers.

Conclusions: a history of premature delivery did not improve the quality of prenatal care for these pregnant women. The health units experienced a number of problems, in the view of the women, regarding their functioning. The explanations given by health workers regarding the risk of premature delivery did not meet the expectations of the women.

Key words *Infant, premature, Infant, low birth weight, Prenatal care, Health evaluation*

Resumo

Objetivos: avaliar adequação, acompanhamento pré-natal, satisfação e riscos gestacionais das gestantes com história de prematuridade.

Métodos: estudo seccional com 1239 gestantes, 259 com história de prematuridade no Sistema Único de Saúde (SUS) do RJ em 2007/2008. Informações demográficas, socio-econômicas, história obstétrica, adequação pré-natal e satisfação foram coletadas através de entrevistas e do cartão pré-natal. Utilizou-se teste χ^2 para comparar o grupo com história de prematuridade com os grupos de baixo risco e sem história de prematuridade.

Resultados: não houve diferenças na adequação e no cuidado pré-natal entre as gestantes com história de prematuridade comparadas às de baixo risco gestacional. Houve insatisfação com tempo de espera pelas consultas, horário de funcionamento das unidades de saúde e explicações dos profissionais de saúde.

Conclusões: a presença de história de prematuridade não influenciou para que essas gestantes tivessem um pré-natal de melhor qualidade. As unidades de saúde apresentaram problemas, segundo a percepção das gestantes, em relação ao modo de funcionamento. As explicações dos profissionais de saúde sobre risco da prematuridade não atenderam às expectativas das gestantes.

Palavras-chave *Prematuro, Recém-nascido de baixo peso, Cuidado pré-natal, Avaliação em saúde*

Introdução

A atenção pré-natal adequada é considerada uma das principais ações de promoção à saúde da gestante e do feto e prevenção de eventos adversos da gestação no âmbito da atenção primária à saúde. A melhoria do cuidado pré-natal pode ser considerada uma das mais importantes metas em termos de saúde pública devido à possibilidade de redução dos determinantes da morbimortalidade neonatal.

O Ministério da Saúde recomenda o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Após o parto deve ser feita uma consulta até a 42ª semana de puerperio.¹

Mesmo com os esforços para melhorar a assistência ao pré-natal, ocorreu uma tendência no aumento na prevalência da prematuridade no Brasil a partir da década de 1990, que atingiu até 15% nas Regiões Sul e Sudeste e 10% no Nordeste.² Houve um aumento da cobertura do pré-natal no país, mas não foi acompanhado da melhoria da qualidade da assistência às gestantes. Leal *et al.*³ verificaram 96% das puérperas haviam feito pré-natal, porém os índices de pré-natais inadequados ou intermediários foram predominantes, 57%.

Os partos prematuros são, no Brasil e no mundo, a principal causa de morbimortalidade neonatal e pós-neonatal.⁴ Em função destes aspectos, possíveis fatores de risco para a sua ocorrência têm sido investigados, e incluem características demográficas e socioeconômicas, comportamentos inadequados relacionados à saúde, fatores emocionais, doenças durante a gravidez, gemelaridade, história obstétrica e cuidados pré-natais inadequados.^{5,6}

Sayres *et al.*⁷ ressaltaram que história de parto prematuro foi o fator de risco mais importante para prematuridade e descreveram ainda outros fatores como intervalo intergestacional inferior a seis meses, infecções pélvicas e intrauterina, uso de drogas, tabagismo, história de conização, cirurgia de alta frequência, e abdominal da gestante. A lista inclui doenças maternas como hipertensão arterial, diabetes ou doenças da tireóide, gestação múltipla, polidrâmnio ou oligodrâmnio, encurtamento cervical (<3 cm), anomalias uterinas e sangramento vaginal devido à placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta.⁷ Goldenberg *et al.*⁸ acrescentaram a esses fatores a raça/cor de pele preta, doença periodontal e índice de massa corporal (IMC) materno baixo.

A identificação desses fatores de risco seguida de uma atenção adequada no pré-natal é uma importante estratégia para a redução da prematuridade e

estas mulheres deveriam receber uma assistência diferenciada com profissionais de saúde capacitados e em serviços de saúde de referência. Gama *et al.*⁹ concluíram que a assistência pré-natal mostrou ser uma política compensatória eficiente para a prevenção da prematuridade. Porém, a realidade brasileira é outra. Em 2006, apenas 55% das gestantes no Brasil e 62% no Rio de Janeiro tiveram sete ou mais consultas de pré-natal. Apesar do aumento da cobertura de pré-natal no Brasil entre 2000 e 2006, reconhece-se que somente a melhoria da sua qualidade poderá levar a uma redução da prematuridade, pois é um evento que tende a se repetir em gestações futuras.^{10,11}

O impacto positivo do pré-natal na redução do risco para a prematuridade está relacionado ao diagnóstico de patologias e intervenção precoces como uso de progesterona, tratamento de infecções e realização de cerclagem do colo uterino para incompetência istmocervical.^{12,13}

A maioria dos estudos sobre este tema abordou os determinantes e os efeitos sobre o recém-nascido prematuro, como hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, displasia broncopulmonar, enterocolite necrotizante e deficiências cognitivas e motoras ao longo da vida.^{14,15} Porém, poucos estudos avaliaram a história de prematuridade e fatores relacionados a ela.

É importante um melhor conhecimento da qualidade de atendimento às gestantes que já tiveram parto prematuro e a identificação de riscos gestacionais associados à prematuridade. Com isso será possível promover um aperfeiçoamento nas condutas durante o pré-natal, e, desta forma, ajudar a reduzir efetivamente as suas taxas. O objetivo deste estudo foi comparar as características sociodemográficas, obstétricas e a atenção da assistência pré-natal entre gestantes com história de prematuridade, gestantes sem esta história e gestantes de baixo risco no Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro, Brasil.

Métodos

Foi desenvolvido um estudo seccional no período de outubro de 2007 a maio de 2008, com gestantes atendidas nos estabelecimentos do SUS do município do Rio de Janeiro. Esse fez parte de um estudo maior, cujo objetivo principal foi avaliar a “adequação da atenção pré-natal em gestantes no município do Rio de Janeiro”. O tamanho da amostra foi estabelecido considerando-se este desfecho, estimado em 50%,³ nível de significância de 5% e margem de erro bilateral de 2,5%. Foi feita correção para população

finita (n=25.208 consultas de pré-natal/mês) e efeito de desenho, estimado em 1,5. A amostra utilizada nesse estudo foi a mesma do estudo principal.

A amostragem foi feita por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio foram selecionados os estabelecimentos de saúde com atendimento pré-natal de baixo risco na rede SUS do município do Rio de Janeiro e estratificadas em: Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais e casa de parto e tinham que apresentar média superior a 80 consultas de pré-natal por mês. Foram selecionados 40% dos hospitais (n=5) e das UBS (n=26) e como só existia uma casa de parto, a mesma foi selecionada.

Dentro dos estratos de UBS e hospitais, as unidades primárias de seleção foram estratificadas por área de planejamento e por divisão territorial e administrativa, conforme modelo adotado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.¹⁶ Fez-se seleção aleatória simples das unidades de saúde nos estratos de áreas de planejamento. Em cada uma dessas, o número de unidades selecionadas foi proporcional ao número de unidades de saúde existentes em todas as áreas.

O segundo estágio da amostragem selecionou as gestantes dentro dos estabelecimentos de saúde, conforme o turno de atendimento, sistematicamente, segundo ordem de saída das consultas de pré-natal, até completar a amostra prevista para cada unidade de saúde. Antes de serem iniciadas as consultas de pré-natal nas unidades selecionadas, os entrevistadores verificavam o número de gestantes que seriam atendidas no turno e dividiam o mesmo por seis (número de gestantes a serem entrevistadas por turno) e, assim, era obtido o intervalo para a seleção sistemática das mulheres.

A alocação da amostra por estratos foi feita proporcionalmente ao número de consultas pré-natal em cada estrato, sendo de 2% para a casa de parto, 63% para as UBS e 35% para os hospitais. O tamanho da amostra de cada estrato foi de 1313 nas UBS, 832 nos hospitais ou maternidades e 73 na casa de parto, totalizando 2218 gestantes.

Embora a casa de parto tenha sido considerada um estrato no planejamento da amostra, na fase de análise ela foi excluída, para permitir a inclusão do efeito de desenho na análise, dado que tem sido demonstrado o impacto de variáveis com a inclusão do plano de amostragem por conglomerado na precisão das estimativas.¹⁷ Para a realização da análise estatística, cada elemento da amostra recebeu uma ponderação pelo inverso de sua probabilidade de seleção e uma calibração para restituir a distribuição conhecida das consultas de pré-natal.

Os dados foram coletados a partir de informações obtidas do cartão pré-natal e de um questionário padronizado aplicado às gestantes selecionadas por entrevistadores previamente treinados, na própria unidade de saúde.

Todos os questionários foram revisados por médicos com experiência na assistência perinatal, codificados e armazenados no programa *Windows Access* (Microsoft Corp., Estados Unidos). A digitação foi realizada com dupla entrada em 100% dos questionários para avaliação da concordância e verificação de erros.

História de prematuridade foi definida como gestantes que informaram parto prematuro em gestação anterior e/ou se esta informação estava anotada no cartão do pré-natal. As gestantes de baixo risco eram as que não apresentaram hipertensão arterial, diabetes, história de prematuridade ou história de natimortalidade e/ou neomortalidade.

Foram incluídas as gestantes que possuíam o cartão de pré-natal e estavam com o cartão de pré-natal no momento da entrevista e sabiam informar sobre a história de prematuridade. O critério de exclusão foi ser primípara.

As variáveis estudadas foram características demográficas e socioeconômicas: idade; raça/cor da pele; escolaridade; situação conjugal e atividade remunerada. A qualidade da assistência pré-natal foi avaliada com o Índice de Kotelchuck, considerando-se: inadequado - realização de menos de 50% das consultas esperadas ou início do pré-natal após o 4º mês de gestação; intermediário, adequado e mais do que adequado - com realização de 50-79%; 80-109% e $\geq 110\%$ das consultas esperadas, respectivamente.¹⁸

A avaliação da história obstétrica e risco gestacional incluiu: número de gestações anteriores; estado nutricional pré-gravídico (baixo peso, eutrófica, sobrepeso ou obesa); idade gestacional no início do pré-natal (PN); idade materna de risco (≤ 19 anos ou ≥ 35 anos); hipertensão arterial; diabetes; sífilis; infecção urinária; anemia e história natimortalidade e/ou neomortalidade e baixo peso ao nascer. Foram verificadas nos cartões de pré-natal as anotações da idade gestacional, peso e pressão arterial em todas as consultas; fundo uterino e batimento cardíaco fetal após a 20ª semana e os resultados de exames complementares da hemoglobina, *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), anti-HIV, Elementos Anormais Sedimentados (EAS) e ultrasonografia obstétrica.

Na avaliação da satisfação das gestantes, se incluíram perguntas sobre o tempo de espera para ser atendida; maneira como foi tratada antes e durante a consulta; respeito a sua privacidade; explicações dos

profissionais de saúde sobre riscos da prematuridade; horário de funcionamento da unidade de saúde e o que ela diria do atendimento pré-natal. As respostas foram categorizadas em ótimo, bom, regular, ruim ou péssimo.

Para análise estatística, inicialmente foram estimados os pesos amostrais por tipo de unidade de saúde. As variáveis coletadas foram categorizadas. A associação entre história de prematuridade e riscos gestacionais, preenchimento do cartão de pré-natal e satisfação com o pré-natal do SUS foi avaliada através do teste qui-quadrado, considerando-se o nível de significância de 5%. Utilizou-se o *software* estatístico SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) em todas as análises de dados.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) (Parecer nº 142/06). Foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às participantes ou ao responsável por menores de idade.

Resultados

Foram convidadas 2331 gestantes, das quais 92 (3,9%) recusaram participar, 923 (39,6%) foram excluídas porque eram primigestas e 77 (3,3%) porque não sabiam informar história de prematuridade. A amostra final foi composta por 1239 gestantes, das quais 259 (20,9%) tinham história de prematuridade e 980 (79,1%) não. O grupo de baixo risco foi composto por 856 gestantes: 980 sem história de prematuridade menos 124 que não apresentaram hipertensão arterial, diabetes ou história de natimortalidade e/ou neomortalidade.

A maioria das participantes tinha entre 20 e 34 anos de idade, era da cor de pele parda, possuía até oito anos de estudo, vivia com companheiro e não tinha atividade remunerada. A proporção de mulheres de cor de pele preta, com atividade remunerada e com três ou mais gestações anteriores foi estatisticamente maior entre aquelas com história de prematuridade em relação às de baixo risco. Quase 70% das participantes foram classificadas na categoria de pré-natal adequado, enquanto que para 14% observou-se inadequação (Tabela 1).

Informações sobre o peso e a pressão arterial foram as mais registradas no cartão de pré-natal. Tiveram anotações intermediárias, entre 50 e 89%, o fundo uterino, batimento cardíaco fetal, a idade gestacional, VDRL, ultrassonografia no terceiro trimestre e EAS. Menos da metade dos cartões de

pré-natal tinha registro do anti-HIV (46,8%) e ultrassonografia no primeiro trimestre (42,7%). A maioria das participantes realizou entre uma e três ultrassonografias obstétricas e fez esse exame no 1º e 2º trimestres. Nenhuma das informações registradas no cartão da gestante e sobre o exame de ultrassonografia obstétrica foi estatisticamente diferentes entre as gestantes com e sem história de prematuridade (Tabela 2).

Enquanto mais de 80% das gestantes relataram boa ou ótima satisfação em relação à maneira como foram tratadas antes e durante as consultas e o respeito a sua privacidade, o tempo de espera de espera foi considerado bom ou ótimo por apenas 41,6% delas. A boa ou ótima satisfação em relação a explicações do profissional de saúde, horário de funcionamento e a avaliação geral do atendimento pré-natal variou de 61,9% a 73,4%. A pior satisfação com o tempo de espera para ser atendida e as explicações dos profissionais de saúde foram significativamente maiores entre as gestantes com história de prematuridade em comparação com as de baixo risco (Tabela 3).

A proporção de gestantes com hipertensão arterial, com história de natimortalidade e/ou neomortalidade e história de recém-nascido (RN) com baixo peso ao nascer foi maior entre as com história de prematuridade em comparação aquelas sem esse passado obstétrico. A frequência de hipertensão arterial foi 1,7 vezes maior (14,8% vs 8,8%, $p < 0,001$) entre aquelas com história de parto prematuro em comparação com as sem esse histórico; aquelas com história de baixo peso ao nascer foi 9,6 vezes maior (44,3% vs 4,6%, $p < 0,001$) e com história de natimortalidade e/ou neomortalidade foi 9,7 vezes maior (26,3% vs 2,7%, $p < 0,001$). Por outro lado, a diabetes foi mais comum entre as gestantes sem história de prematuridade em relação àquelas com essa história ($p = 0,01$), mas só havia informações disponíveis para 37,7% do total de gestantes (Tabela 4).

Tabela 1

Perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes no pré-natal do Sistema Único de Saúde, segundo a presença ou ausência de história de prematuridade. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2008.

Características das gestantes	História de prematuridade (N= 259)		Baixo risco (N = 856)		Total (N = 1115)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Idade da gestante (anos)							
≤ 19	19	7,3	80	9,4	99	8,9	0,42
20 a 34	205	79,2	679	79,4	884	79,4	
≥ 35	35	13,5	96	11,2	131	11,8	
Total	259	100,0	855	100,0	1114	100,0	
Cor da pele**							
Branca	61	24,2	212	25,4	273	25,1	0,07
Parda	120	47,6	446	53,3	566	52,0	
Preta	71	28,2	178	21,3	249	22,9	
Total	252	100,0	836	100,0	1088**	100,0	
Anos de estudo							
≤ 8	139	53,9	448	52,3	587	52,7	0,51
> 8	119	46,1	408	47,7	527	47,3	
Total	258	100,0	586	100,0	1114	100,0	
Situação conjugal							
Não vive com o companheiro	48	18,5	131	15,3	179	16,1	0,23
Vive com companheiro	211	81,5	724	84,7	935	83,9	
Total	259	100,0	855	100,0	1114	100,0	
Atividade remunerada							
Sim	112	43,2	290	33,9	402	36,1	0,02
Não	147	56,8	565	66,1	712	63,9	
Total	259	100,0	855	100,0	1114	100,0	
Número de gestações anteriores							
1 ou 2	143	55,2	650	75,9	793	71,1	<0,001
≥ 3	116	44,8	206	24,1	322	28,9	
Total	259	100,0	856	100,0	1115	100,0	
Estado nutricional pré-gestacional							
Baixo peso	37	17,8	93	14,6	130	15,4	0,51
Eutrófica	91	43,8	269	42,3	360	42,7	
Sobrepeso	48	23,1	181	28,5	229	27,1	
Obesa	32	15,3	93	14,6	125	14,8	
Total	208	100,0	636	100,0	844	100,0	
Idade gestacional no início do pré-natal							
1° trimestre	134	57,5	457	59,9	591	59,3	0,51
2° trimestre	96	41,2	284	37,2	380	38,2	
3° trimestre	3	1,3	22	2,9	25	2,5	
Total	233	100,0	763	100,0	996	100,0	
Índice de Kotelchuck							
Mais que adequado	18	7,7	53	6,9	71	7,1	0,96
Adequado	162	69,3	533	69,8	695	69,7	
Parcialmente adequado	23	9,8	71	9,3	94	9,4	
Inadequado	31	13,2	107	14,0	138	13,8	
Total	234	100,0	764	100,0	998	100,0	

* qui-quadrado; ** excluídas 27 (amarelas e indígenas).

Tabela 2

Resultados informados no cartão de pré-natal das gestantes do Sistema Único de Saúde segundo a presença ou ausência de história de prematuridade. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2008.

Características das gestantes	História de prematuridade (N= 259)		Baixo risco (N = 856)		Total (N = 1115)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Anotação da idade gestacional no cartão pré-natal							
Sim	182	70,8	558	66,1	740	67,2	0,19
Total	257	100,0	844	100,0	1101	100,0	
Peso anotado no cartão pré-natal em todas as consultas							
Sim	245	95,0	808	95,6	1053	95,5	0,66
Total	258	100,0	845	100,0	1103	100,0	
Pressão arterial anotada no cartão pré-natal em todas as consultas							
Sim	246	95,0	811	94,9	1057	94,9	0,89
Total	259	100,0	855	100,0	1114	100,0	
Fundo uterino anotado no cartão pré-natal em todas as consultas com IG>20 semanas							
Sim	168	87,5	575	85,6	743	86,0	0,59
Total	192	100,0	672	100,0	864	100,0	
Anotação do bcf no cartão pré-natal (IG>20 semanas)							
Sim	155	80,7	531	79,0	686	79,4	0,65
Total	192	100,0	672	100,0	864	100,0	
Anotação da hemoglobina no cartão de pré-natal							
Sim	142	75,5	436	74,7	578	74,9	0,75
Total	188	100,0	584	100,0	772	100,0	
Anotação de VDRL no cartão de pré-natal							
Sim	141	54,7	531	62,8	672	60,9	0,10
Total	258	100,0	846	100,0	1104	100,0	
Anotação de anti-HIV no cartão de pré-natal							
Sim	109	42,2	407	48,2	516	46,8	0,19
Total	258	100,0	846	100,0	1103	100,0	
Anotação de EAS no cartão de pré-natal							
Sim	63	54,3	263	58,1	326	57,3	0,61
Total	116	100,0	453	100,0	569	100,0	
Realização de ultrassonografia obstétrica							
Não fez nenhuma	5	3,0	20	3,4	25	3,3	
Fez entre 1 e 3	154	91,1	535	91,3	689	91,3	0,93
Fez mais de 3	10	5,9	31	5,3	41	5,4	
Total	169	100,0	586	100,0	755	100,0	

continua

* qui-quadrado; bcf=batimento cardíaco fetal; IG= idade gestacional; VDRL= *Venereal Disease Research Laboratory*; EAS= Elementos Anormais Sedimentados.

Tabela 2

conclusão

Resultados informados no cartão de pré-natal das gestantes do Sistema Único de Saúde segundo a presença ou ausência de história de prematuridade. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2008.

Características das gestantes	História de prematuridade (N= 259)		Baixo risco (N = 856)		Total (N = 1115)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Realização de ultrassonografia obstétrica							
1º trimestre							
Sim	64	42,1	218	42,9	282	42,7	0,85
Não	28	18,4	89	17,5	117	17,7	
Não se aplica	60	39,5	201	39,6	261	39,5	
Total	152	100,0	508	100,0	660	100,0	
2º trimestre							
Sim	116	82,3	395	84,0	511	83,7	0,68
Não	22	15,6	60	12,8	82	13,4	
Não se aplica	3	2,1	15	3,2	18	2,9	
Total	141	100,0	470	100,0	611	100,0	
3º trimestre							
Sim	29	56,9	136	62,1	165	61,1	0,56
Não	20	39,2	81	37,0	101	37,4	
Não se aplica	2	3,9	2	0,9	4	1,5	
Total	51	100,0	219	100,0	270	100,0	

* qui-quadrado; bcf=batimento cardíaco fetal; IG= idade gestacional; VDRL= *Venereal Disease Research Laboratory*; EAS= Elementos Anormais Sedimentados.

Tabela 3

Satisfação com o pré-natal do Sistema Único de Saúde, segundo a presença ou ausência de história de prematuridade. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2008.

Satisfação	História de prematuridade (N= 259)		Baixo risco (N = 856)		Total (N = 1115)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Percepção da gestante sobre o tempo de espera para atendimento							
Ótimo/ Bom	95	36,7	369	43,1	464	41,6	0,02
Regular	75	29,0	281	32,9	356	32,0	
Ruim / Péssimo	89	34,3	205	24,0	294	26,4	
Total	259	100,0	855	100,0	1114	100,0	
Percepção da gestante de como foi tratada antes da consulta							
Ótimo/ Bom	221	85,3	745	87,0	966	86,7	0,66
Regular	30	11,6	94	11,0	124	11,1	
Ruim / Péssimo	8	3,1	17	2,0	25	2,2	
Total	259	100,0	856	100,0	1115	100,0	

continua

* qui-quadrado.

Tabela 3

conclusão

Satisfação com o pré-natal do Sistema Único de Saúde, segundo a presença ou ausência de história de prematuridade. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2008.

Satisfação	História de prematuridade (N= 259)		Baixo risco (N = 856)		Total (N = 1115)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Percepção da gestante de como foi tratada durante a consulta							
Ótimo/ Bom	205	79,5	713	83,3	918	82,4	0,28
Regular	37	14,3	106	12,4	143	12,8	
Ruim / Péssimo	16	6,2	37	4,3	53	4,8	
Total	258	100,0	856	100,0	1114	100,0	
Respeito à privacidade							
Ótimo/ Bom	227	87,7	749	87,6	976	87,6	0,10
Regular	19	7,3	89	10,4	108	9,7	
Ruim / Péssimo	13	5,0	17	2,0	30	2,7	
Total	259	100,0	855	100,0	1114	100,0	
Explicações dos profissionais de saúde							
Ótimo/ Bom	142	54,8	548	64,0	690	61,9	0,01
Regular	68	26,3	219	25,6	287	25,7	
Ruim / Péssimo	49	18,9	89	10,4	138	12,4	
Total	259	100,0	856	100,0	1115	100,0	
Horário de funcionamento da unidade de saúde							
Ótimo/ Bom	172	66,7	586	69	758	68,5	0,20
Regular	40	15,5	155	18,3	195	17,6	
Ruim / Péssimo	46	17,8	108	12,7	154	13,9	
Total	258	100,0	849	100,0	1107	100,0	
Impressão sobre do atendimento pré-natal							
Ótimo/ Bom	184	71	632	74,1	816	73,4	0,62
Regular	54	20,9	168	19,7	222	20,0	
Ruim / Péssimo	21	8,1	53	6,2	74	6,6	
Total	259	100,0	853	100,0	1112	100,0	

* qui-quadrado.

Tabela 4

Risco gestacional no pré-natal do Sistema Único de Saúde, segundo a presença ou ausência de história de prematuridade. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2008.

Risco gestacional	História de prematuridade (N= 259)		Baixo risco (N = 856)		Total (N = 1115)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Idade < 19 anos							
Sim	19	7,3	88	9,0	107	8,6	
Não	240	92,7	892	91,0	1132	91,4	0,34
Total	259	100,0	980	100,0	1239	100,0	
Idade ≥ 35 anos							
Sim	33	12,7	118	12,0	151	12,2	
Não	226	87,3	862	88,0	1088	87,8	0,33
Total	259	100,0	980	100,0	1239	100,0	
Hipertensão arterial							
Sim	38	14,8	84	8,8	122	10,0	
N ão	219	85,2	874	91,2	1093	90,0	<0,001
Total	257	100,0	958	100,0	1215	100,0	
Diabetes							
Sim	2	2,2	14	3,7	16	3,4	
Não	90	97,8	360	96,3	450	96,6	0,01
Total	92	100,0	374	100,0	466	100,0	
Sífilis							
Sim	6	6,0	14	3,1	20	3,6	
Não	94	94,0	436	96,9	530	96,4	0,34
Total	100	100,0	450	100,0	550	100,0	
Infecção urinária							
Sim	56	51,4	213	44,7	269	45,9	
Não	53	48,6	264	55,3	317	54,1	0,32
Total	109	100,0	477	100,0	586	100,0	
Anemia							
Sim	54	42,2	202	36,8	256	37,8	
N ão	74	57,8	347	63,2	421	62,2	0,18
Total	128	100,0	549	100,0	677	100,0	
História de natimortalidade e/ou neomortalidade							
Sim	67	26,3	26	2,7	93	7,6	
Não	188	73,7	944	97,3	1132	92,4	<0,001
Total	255	100,0	970	100,0	1225	100,0	
História de baixo peso ao nascer							
Sim	113	44,3	43	4,6	156	13,2	
Não	142	55,7	882	95,4	1024	86,8	<0,001
Total	255	100,0	925	100,0	1180	100,0	
Estado nutricional pré-gestacional							
Baixo peso	37	17,8	98	13,5	135	14,5	
Eutrófica	91	43,7	286	39,6	377	40,5	
Sobrepeso	48	23,1	208	28,8	256	27,5	0,18
Obesa	32	15,4	131	18,1	163	17,5	
Total	208	100,0	723	100,0	931	100,0	

* qui-quadrado.

Discussão

Entre as gestantes com história de prematuridade, o mais frequente foi aquelas com atividade remunerada, comparadas às de baixo risco. Há muito tempo se questiona se as atividades laborais causam ou predispõem a prematuridade. Silva *et al.*¹⁹ não verificaram associação de trabalho materno na posição ortostática durante a gravidez e prematuridade. É possível que repouso no leito possa diminuir o risco de parto prematuro, mas não foi encontrada evidência que sustente essa associação.²⁰ Esta conclusão pode ser mascarada pela complexa multicausalidade da prematuridade e seus fatores inter-relacionados. Especialistas acreditam que esta prática não deva ser padronizada como parte do tratamento para prevenir prematuridade.²¹

As múltiparas predominaram no grupo de gestantes com história de prematuridade em relação às de baixo risco. A história de prematuridade tende a ser mais frequente quanto maior a possibilidade dela ocorrer, ou seja, quanto maior a paridade da paciente. Outro fator a ser considerado é a idade da gestante, pois as múltiparas proporcionalmente se concentraram mais no grupo com mais idade, 35 anos ou mais, e as com menos filhos entre as adolescentes. Andrade *et al.*²² observaram que gestantes com mais de 39 anos de idade tiveram maior taxa de prematuridade em comparação àquelas com idade entre 18 e 29 anos, assim como maior ocorrência de baixo peso ao nascer e óbito fetal.

Na comparação entre os grupos ocorreu uma tendência de predomínio de mulheres de cor de pele preta, em relação às brancas e pardas, naquelas com história de prematuridade em comparação com as de baixo risco. Leal *et al.*²³ verificaram que a qualidade da assistência pré-natal das gestantes de cor de pele preta foi pior, segundo índice de Kotelchuck, do que as de cor branca. Whitehead e Helms²⁴ observaram, entre gestantes de baixo risco, chance maior de prematuridade nas gestantes de cor de pele preta em comparação às brancas, mas apenas entre múltiparas.

As pacientes de risco devido ao histórico de prematuridade deveriam mas não receberam, atenção pré-natal diferenciada em relação às de baixo risco. Os registros nos cartões de pré-natal sobre a gravidez, exame físico e exames complementares não apresentaram diferenças entre esses dois grupos, assim como também não houve diferença na qualidade do pré-natal. Não apenas a presença, mas também a qualidade do pré-natal está diretamente relacionada ao risco de prematuridade. Vettore *et al.*⁵ identificaram associação entre número reduzido de consultas pré-natal com risco

aumentado para parto prematuro. Beeckman *et al.*²⁵ utilizaram na avaliação de pré-natal o *Content and Timing of care in Pregnancy*, que leva em consideração a idade gestacional no início do pré-natal, a realização e o momento dos exames de sangue, ultrassonografia e verificação de pressão arterial. Esses autores observaram um risco menor de parto prematuro para as gestantes que se encontravam nas categorias de realização de pré-natal suficiente e apropriado comparadas àquelas do grupo considerado inadequado. Assunção *et al.*²⁶ também verificaram um maior risco para parto prematuro nas gestantes com pré-natal inadequado. Nessa avaliação os parâmetros utilizados foram: idade gestacional do início do pré-natal, número de consultas, exame de urina e de sangue, ultrassonografia, informações do exame físico e orientações às gestantes.

Entre as pacientes com história de prematuridade, a maioria recebeu solicitação de ultrassonografia obstétrica na primeira consulta de pré-natal e em apenas um quarto delas foi realizado toque vaginal. A medição do comprimento do colo uterino se mostrou muito relevante na predição da prematuridade, porém essa avaliação não foi realizada em 25% das gestantes, o que denota uma necessidade da melhoria da qualidade assistencial. Entre as medidas a serem adotadas no pré-natal estão a avaliação do comprimento cervical e o teste da fibronectina fetal, que demonstraram serem fatores preditores para a prematuridade.^{27,28}

As gestantes, de uma forma geral, estavam satisfeitas com o atendimento do profissional de saúde. As gestantes com história de prematuridade estavam descontentes com os profissionais de saúde em relação às explicações sobre riscos envolvidos na prematuridade e com a forma de funcionamento do serviço de saúde, em comparação com as sem esse passado obstétrico. Isso parece demonstrar que elas eram mais ansiosas e tiveram uma percepção pior em relação a esses aspectos. Mulheres com antecedentes de aborto espontâneo recorrente, óbito fetal, prematuridade ou óbito neonatal precoce parecem ter mais sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação.^{6,29}

Houve uma forte tendência de a hipertensão arterial estar associada à história de prematuridade em comparação ao grupo sem esse passado obstétrico. A hipertensão arterial pode acarretar complicações maternas e/ou fetais que podem levar a interrupção prematura da gravidez. As síndromes hipertensivas da gravidez foram associadas a um aumento no risco de parto prematuro.^{6,30}

Recomenda-se, após os resultados apresentados neste artigo, que os serviços de pré-natal promovam educação continuada dos profissionais de saúde com

enfoque na comunicação com o paciente, no preenchimento e valorização do cartão pré-natal como instrumento para identificar as gestantes de risco. Em relação às unidades de saúde sugere-se adequar o número de atendimentos no pré-natal, a fim de possibilitar um melhor tempo para esclarecimentos dos riscos da prematuridade na gravidez. É importante também chamar a atenção das chefias das unidades de saúde para criar instrumentos a fim de diminuir o tempo de espera pelas consultas de pré-natal e, na medida do possível, flexibilizar o horário de funcionamento dessas unidades.

Os resultados deste estudo são válidos apenas para mulheres que fizeram acompanhamento pré-natal em unidades de saúde do SUS de baixo risco. Os desfechos encontrados devem ser melhores do que para a população geral, que engloba as gestantes sem acompanhamento pré-natal e dos setores privado e conveniado. A amostra deste trabalho foi

oriunda de gestantes atendidas em serviços de pré-natal de baixo risco e portanto, caso fossem incluídas também as de alto risco, é provável que a proporção de grávidas com história de prematuridade fosse maior. Em virtude disso, possíveis associações entre passado de parto pré-termo e comorbidades maternas, tais como hipertensão arterial, diabetes e infecções, poderiam ser detectadas.

A proporção de pré-natal inadequado foi observada em um número significativo de gestantes e a presença da história de prematuridade não influenciou para que essas gestantes tivessem um pré-natal de melhor qualidade.

As unidades de saúde apresentavam problemas, segundo a percepção das gestantes, em relação ao modo de funcionamento, assim como as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde sobre os riscos da prematuridade não corresponderam às suas expectativas.

Referências

1. Manual Técnico Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF; Ministério da Saúde; 2006. 163 p.
2. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich, A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42: 957-64.
3. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (Suppl. 1): S63-72.
4. Covarrubias LO, Cáceres CW, Vázquez FA, Dávila Velázquez J, Eguluz ME. Confounding effect of prematurity in the neonatal death associated with obstetric maternal morbidity. *Ginecol Obstet Mex*. 2009; 77: 277-81.
5. Vettore MV, Gama SG, Lamarca GA, Schilithz AO, Leal MC. Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44: 1021-31.
6. Orr ST, Reiter JP, James SA, Orr CA. Maternal health prior to pregnancy and preterm birth among urban, low income black women in Baltimore: the Baltimore Preterm Birth Study. *Ethn Dis*. 2012; 22: 85-9.
7. Sayres Jr WG. Preterm Labor. *Am Fam Physician*. 2010; 81: 477-84.
8. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008; 371: 75-84.
9. 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: 153-161.
10. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Brasília, DF; 2009.
11. Morgan-Ortiz F, Cinco-Sánchez A, Douriet-Marín FA, Báez-Barraza J, Muñoz-Acosta J, Osuna-Ramirez Sociodemographic and obstetric factors associated with preterm birth. *Ginecol Obstet Mex*. 2010; 78: 103-9.
12. Camargo RPS, Simões JA, Cecatti JG, Alves VMN, Faro S. Impacto do tratamento da vaginose bacteriana na prematuridade em gestantes brasileiras: uma coorte retrospectiva. *São Paulo Med J*. 2005; 123: 108-12.
13. Slager J, Lynne S. Treatment options and recommendations to reduce preterm births in women with short cervix. *J Midwifery Womens Health*. 2012; 57 (Suppl. 1): S12-8.
14. Wang Y, Tanbo T, Ellingsen L, Abyholm T, Henriksen T. Effect of pregestational maternal, obstetric and perinatal factors on neonatal outcome in extreme prematurity. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 284: 1381-7.
15. Zomignani AP, Zambelli HJL, Antonio MARG. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Rev Paul Pediatr*. 2009; 27: 198-203.
16. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Indicadores de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro por Área Programática (AP)- 1997 a 2008. [acesso em 21 mar 2013]. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=156055
17. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11 (Suppl. 1): 38-45.
18. 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.

19. 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.
20. Maloni JA. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biol Res Nurs*. 2010; 12: 106-24.
21. Schlüssel MM, Souza EB, Reichenheim ME, Kac G. Atividade física na gestação e desfechos da saúde materno-infantil: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (Suppl. 4): S531-44.
22. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004; 26: 697-702.
23. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39: 100-7.
24. Whitehead N, Helms K. Racial and ethnic differences in preterm delivery among low-risk women. *Ethn Dis*. 2010; 20: 261-6.
25. Beeckman K, Louckx F, Downe S, Putman K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. *Eur J Public Health*. 2013; 23: 366-71.
26. Assunção PL, Novaes HM, Alencar GP, Melo AS, Almeida MF. Factors associated with preterm birth in Campina Grande, Paraíba State, Brazil: a case-control study. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28: 1078-90.
27. Carvalho MHB, Bittar RE, Gonzales M, Brizot ML, Zugaib M. Avaliação do risco para parto prematuro espontâneo pelo comprimento do colo uterino no primeiro e segundo trimestre da gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24: 463-8.
28. Garcia-Cavazos R, Colin-Valenzuela A, Espino y Sosa S. Alpha-fetoprotein as an early predictor of adverse perinatal outcome. *Ginecol Obste Mex*. 2010; 78: 268-74.
29. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R, Passini Junior R. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *São Paulo Med J*. 2009; 127: 185-9.
30. Olusanya BO, Solanke OA. Perinatal outcomes associated with maternal hypertensive disorders of pregnancy in a developing country. *Hypertens Pregnancy*. 2012; 31: 120-30.

Recebido em 30 de março de 2012

Versão final apresentada em 21 de março 2013

Aprovado em 18 de abril de 2013