

## Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

Maria Alice Tsunechiro <sup>1</sup>  
Marlise de Oliveira Pimentel Lima <sup>2</sup>  
Isabel Cristina Bonadio <sup>3</sup>  
Marianne Dias Corrêa <sup>4</sup>  
Amanda Villalba Alves da Silva <sup>5</sup>  
Suzana Cristina Teixeira Donato <sup>6</sup>

<sup>1,3-6</sup> Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. CEP: 05.403-000. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: tamnami@usp.br

<sup>2</sup> Escola de Artes, Ciência e Humanidades. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

### Resumo

*Objetivos:* analisar o processo da assistência pré-natal em unidades básicas de saúde e comparar a adequação do pré-natal no terceiro trimestre com os desfechos maternos e perinatais.

*Métodos:* estudo transversal com 2.404 gestantes atendidas em 2011 de 12 unidades básicas de saúde da região sul do Município de São Paulo. Os dados foram obtidos de prontuários. A avaliação baseou-se nos indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). A adequação do pré-natal no terceiro trimestre foi considerada pelo atendimento a três critérios (registros de início precoce, mínimo de seis consultas e consulta puerperal), e os desfechos materno e perinatal comparados foram: tipo de parto, idade gestacional e peso ao nascer e amamentação. A análise foi descritiva para os indicadores do PHPN e comparativa para a adequação do pré-natal pelo teste do qui-quadrado.

*Resultados:* início do pré-natal precoce (82,9%), mínimo de seis consultas (73,0%) e consulta puerperal (77,9%). No somatório de todos os indicadores do PHPN, ocorreu uma queda expressiva nos registros (10,2%). O pré-natal foi adequado para 63,6%, com diferença significativa em relação à idade gestacional ( $p=0,037$ ) e peso ao nascer ( $p=0,001$ ).

*Conclusões:* Evidenciaram-se deficiências na assistência pré-natal. A diferença entre os grupos nos desfechos perinatais reforça a necessidade de um pré-natal, conforme os indicadores nacionais.

**Palavras-chave** Cuidado pré-natal, Avaliação em saúde, Indicadores de qualidade em assistência à saúde, Saúde da mulher, Atenção primária à saúde



## Introdução

No Brasil, a razão de mortalidade materna é de 64 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos, valor três vezes superior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 mulheres. A meta de redução para o Brasil, conforme os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, era para 35 óbitos em 2015. Embora tenha havido uma queda acentuada em relação à década de 1990, esta meta não foi alcançada.<sup>1</sup>

Com o propósito de melhorar este indicador, várias medidas foram tomadas pelo governo brasileiro, como: a ampliação do acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, a qualificação das ações nele desenvolvidas e a modificação do modelo de atenção ao parto.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) enfatizou a afirmação dos direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção.<sup>2</sup>

Em 2011, a Rede Cegonha (RC) foi instituída com o objetivo de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e o direito da criança a nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis até os 24 meses de vida, a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).<sup>3</sup>

No Município de São Paulo, para melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, em 2006, foi criada a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, incorporada à RC em 2013. O Programa propõe-se a garantir: cadastro e vinculação das gestantes nas unidades básicas próximas de suas residências; a inserção da gestante feita exclusivamente por meio da rede básica, regularizando a porta de entrada no sistema de saúde; vinculação da gestante ao hospital de referência de sua região; meios de transporte e passes para transporte gratuito para que a gestante acompanhada no pré-natal da rede municipal realize consultas, exames e conheça previamente o hospital onde fará o parto.<sup>4</sup>

Para monitorar a atenção ofertada, foi disponibilizado um sistema federal informatizado, o Sisprenatal, de uso obrigatório e que possibilita a avaliação da atenção pré-natal e no puerpério com base no acompanhamento de cada gestante.<sup>5</sup>

A avaliação da atenção pré-natal e no puerpério verifica-se por meio de indicadores de processo, de resultado e de impacto, previamente definidos, que devem ser objeto de contínuo monitoramento.<sup>2,5</sup>

Em âmbito nacional, foram realizados dois

estudos de avaliação da assistência pré-natal, um avaliando a implantação do PHPN e outro recente de base populacional (Nascer no Brasil), adotando alguns indicadores do PHPN.<sup>6,7</sup> Outros estudos foram realizados, refletindo a realidade local, utilizando dois ou mais indicadores do PHPN.<sup>8,9</sup> No entanto, são escassos os estudos que avaliem a qualidade da assistência pré-natal, considerando todos os indicadores de processo do PHPN, sobretudo, em regiões de maior vulnerabilidade.

Assim, constituíram objetivos deste estudo: analisar o processo da assistência pré-natal em 12 unidades de saúde da região sul do Município de São Paulo, conforme os indicadores de processo do PHPN, e comparar a adequação do pré-natal no terceiro trimestre com os desfechos maternos e perinatais.

## Métodos

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo sobre a assistência pré-natal ofertada nas unidades básicas de saúde (UBS) no distrito de Capão Redondo, zona sul do Município de São Paulo. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo - CAAE: nº 08572012.3.0000.5392.

Em 2011, o distrito de Capão Redondo abrangia uma população de cerca de 270.000 habitantes, apresentava taxa de mortalidade infantil de 12,4/mil nascidos vivos e 10,0% de nascidos vivos com baixo peso.<sup>10</sup> Para atender a essa população, o distrito contava com 12 UBS, organizadas em 75 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e administradas por parceiro civil sem fim lucrativo. Cada equipe de ESF era composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. O quadro de funcionários das UBS na ocasião da coleta de dados era composto por 12 gerentes (enfermeiros), 12 assistentes sociais e 12 assistentes técnico-administrativos para atender às gestantes (um para cada unidade). Estavam incompletas 10 equipes, distribuídas por cinco UBS, faltando o profissional médico (havia 65 médicos). Eram oito equipes do Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF) e 23 de saúde bucal, divididas nas 12 UBS.

A atenção pré-natal ofertada pela ESF englobava realização de consulta intercalada entre o médico e o enfermeiro, busca ativa pelo agente comunitário de saúde e seguia protocolo estabelecido pelo Município. Os equipamentos e insumos eram adequados, conforme preconizado pelo PHPN, e a

área física era apropriada para atendimento da gestante.

A população deste estudo compôs-se de 2.891 gestantes localizadas a partir de relatório gerado pelo banco de dados do Sis prenatal de 2011. Foram excluídas 487 (16,8%) gestantes, sendo sete por gravidez não confirmada, 218 por abortamento, 16 por não comparecimento à primeira consulta pré-natal e 246 que realizaram apenas uma consulta de PN, mas sem registro de idade gestacional e de demais dados, impossibilitando sua análise. Dessa forma, a amostra final foi composta por 2.404 gestantes distribuídas pelas 12 UBS. A coleta dos dados foi realizada entre dezembro de 2012 e maio de 2013.

Os dados foram obtidos do prontuário composto por ficha de pré-natal e folha de evolução utilizada na UBS por meio de um formulário específico elaborado para a coleta, por enfermeiras e graduandas de enfermagem. A forma de extração e registro dos dados foi padronizada por meio de um instrutivo, para diminuir viés de aferição e obter homogeneidade na coleta. Os dados foram armazenados no programa Excel 2010 (*Microsoft Corporation*), com digitação por dupla entrada, para avaliação da concordância e verificação de erros.

Os critérios utilizados na análise do processo da assistência PN e puerperal, conforme os indicadores de processo do PHPN foram: 1) início até 16 semanas; 2) número mínimo de seis consultas; 3) consulta puerperal; 4) início até 16 semanas e mínimo de seis consultas; 5) início até 16 semanas, mínimo de seis consultas e consulta puerperal; 6) início até 16 semanas, mínimo de seis consultas e realização de exames básicos – tipagem sanguínea (ABO/Rh) na primeira consulta, sífilis (VDRL) na primeira consulta e 30ª semana, e anti-HIV na primeira consulta, hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht) na primeira consulta, glicemia na primeira consulta e 30ª semana, exame de urina (EAS – Elementos Anormais e Sedimentos na urina) na primeira consulta e 30ª semana; 7) início até 16 semanas, mínimo de seis consultas, realização de exames básicos e consulta puerperal; 8) início até 16 semanas, mínimo de seis consultas, realização de exames básicos, consulta puerperal e dose imunizante da vacina antitetânica; 9) dose imunizante da vacina antitetânica; 10) pelo menos, uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro.<sup>2</sup>

Também foi observado o atendimento aos indicadores do PHPN ampliado (inclusão dos procedimentos clínico-obstétricos) esperados para cada trimestre de gestação, sendo todos os critérios

considerados para classificar o pré-natal em completo e incompleto por trimestre.

Para o primeiro trimestre: uma consulta de pré-natal (PN), cálculo da idade gestacional, peso, avaliação de risco gestacional, medida de pressão arterial, prescrição de ácido fólico e imunização antitetânica.

Para o segundo trimestre: início até 16 semanas, mínimo de três consultas de PN, cálculo da idade gestacional, peso, avaliação de risco gestacional, medida de pressão arterial, medida de altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, prescrição de ácido fólico e de sulfato ferroso, primeiros exames básicos e imunização antitetânica.

Para o terceiro: início até 16 semanas, mínimo de seis consultas no PN, realização de consulta puerperal, cálculo da idade gestacional, peso, avaliação de risco gestacional, medida de pressão arterial, medida de altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, prescrição de ácido fólico e de sulfato ferroso, verificação de edema, orientação e incentivo ao aleitamento materno, realização de primeiros e segundos exames básicos e imunização antitetânica.

Todas as variáveis foram categorizadas em realizadas ou não, verificadas pelo registro no prontuário, conforme descrito a seguir, sem serem analisados os aspectos qualitativos do processo de atenção PN.

Os procedimentos clínicos e obstétricos foram considerados realizados quando havia registro em todas as consultas. Para o primeiro registro da altura uterina e dos batimentos cardíofetais, foram consideradas as idades gestacionais a partir das 13ª e 14ª semanas, respectivamente. Para avaliação do registro da apresentação fetal, foi considerada a idade gestacional a partir de 28 semanas.

Os exames laboratoriais básicos e de imagem foram considerados realizados quando havia a transcrição do resultado no prontuário.

A imunização antitetânica foi considerada realizada quando havia o registro da mulher ser imune ou já ter recebido nesta gestação dose imunizante.

Os desfechos maternos e perinatais analisados foram tipo de parto (normal/fórcepe e cesariana), idade gestacional ao nascimento ( $\geq 37$  semanas e  $< 37$  semanas), peso ao nascer ( $\geq 2500$ g e  $< 2500$ g) e amamentação (sim e não).

A adequação do grupo do terceiro trimestre para realizar a comparação com os desfechos foi estabelecida pelo atendimento de três indicadores de processo do PHPN (início até 16 semanas, mínimo de seis consultas e realização de consulta puerperal).

A análise descritiva das variáveis foi realizada e os dados foram agrupados em frequências absolutas

e relativas, medidas de tendência central e de dispersão. Para comparar o grupo de adequação do PN do terceiro trimestre com relação aos desfechos materno e perinatal, utilizou-se o teste qui-quadrado pelo programa *Statistical Package for Social Science* 13.0, e o nível de significância adotado foi 5%.

## Resultados

A idade média foi 25,6 (6,5) anos, com variação entre 11 e 45 anos e 20,3% (488) eram adolescentes. A maioria (60,4%) referenciou-se como pele não branca, sendo 59,1% (1.420) pardas e pretas; 1.662 (69,1%) com 8 ou mais anos de estudo correspondendo, no mínimo, ao ensino fundamental completo; 2.092 (87,0%) eram casadas ou em união estável e 1.186 (49,3%) exerciam uma atividade remunerada. A renda familiar média foi R\$ 1.366,57 (R\$799,84), porém, houve ausência desse registro em 47,1% dos prontuários analisados. A proporção de primigestas foi 39,2% (943) e dentre as que já haviam parido, a taxa de cesariana foi 35,2%.

Os principais resultados relativos ao processo da assistência pré-natal estão apresentados nos dados da Tabela 1. A média de idade gestacional do início

do pré-natal foi 11,4 (6,3) semanas e 73,7% iniciaram o PN no primeiro trimestre. A média do número de consultas foi 7,6 (3,3).

À medida que há um somatório das ações recomendadas pelo PHPN, há uma queda importante na proporção do registro, especialmente, dos exames básicos.

Para classificar o PN completo ou incompleto por trimestres, a amostra foi separada pela idade gestacional de finalização/interrupção do pré-natal, sendo 89 (3,7%) mulheres que interromperam o PN com até 13 semanas, 212 (8,8%) entre 14 e 27 semanas e 2.103 (87,5%) finalizaram entre 28 e 42 semanas.

O PN no primeiro trimestre foi completo para 21 (23,6%) mulheres, que realizaram uma consulta de pré-natal (PN), cálculo da idade gestacional, peso, avaliação de risco gestacional, medida de pressão arterial, prescrição de ácido fólico e imunização antitetânica. Portanto, a maioria das mulheres (76,4%) assistidas apenas no primeiro trimestre não teve o registro de todos os procedimentos esperados para essa etapa.

Os dados referentes aos segundo e terceiro trimestres são apresentados na Tabela 2.

**Tabela 1**

Avaliação do processo da assistência pré-natal e puerperal, conforme indicadores do PHPN ampliados, São Paulo, Brasil, 2013.

Assistência pré-natal e puerperal	N	%
Início até 16 semanas de gestação	1.993	82,9
Número mínimo de seis consultas de pré-natal	1.756	73,0
Pelo menos, uma consulta no 1º trimestre*, duas no 2º† e três no 3º‡	1.160	48,3
Consulta puerperal	1.872	77,9
Início até 16 semanas de gestação e mínimo de seis consultas de pré-natal	1.579	65,7
Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal e consulta puerperal	1.348	56,1
Dose imunizante da vacina antitetânica	1.648	68,6
Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos	358	14,9
Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal, todos os exames básicos e a consulta puerperal	316	13,1
Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal, todos os exames básicos, a consulta puerperal e a dose imunizante da vacina antitetânica	246	10,2

\*Até 13 semanas; †14 a 27 semanas; ‡ ≥ 28 semanas.

Tabela 2

Classificação da assistência pré-natal e puerperal, conforme indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) ampliados nos segundo e terceiro trimestres gestacional, São Paulo, Brasil, 2013.

Variáveis	2º Trimestre (n=212)				3º Trimestre (n=2103)			
	Completo		Incompleto		Completo		Incompleto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Início do PN até 16 semanas	174	82,1	38	17,9	1730	82,3	373	17,7
Número de consultas por trimestre	141	66,5	71	33,5	1740	82,7	363	17,3
Consulta puerperal	-	-	-	-	1767	84,0	336	16,0
Imunidade contra tétano	120	56,6	92	43,4	1500	71,3	603	28,7
Primeiro exames básicos	125	59,0	87	41,0	1634	77,7	469	22,3
Tipagem sanguínea/ Fator Rh	168	79,2	44	20,8	1960	93,2	143	6,8
VDRL*	175	82,5	37	17,5	1915	91,1	188	8,9
HIV†	160	75,5	52	24,5	1887	89,7	216	10,3
Hemoglobina / Hematócrito	184	86,8	28	13,2	1940	92,2	163	7,8
EAS‡	175	82,5	37	17,5	1940	92,2	163	7,8
Glicemia	175	82,5	37	17,5	1940	92,2	163	7,8
Segundo exames básicos	-	-	-	-	493	23,4	1610	76,6
VDRL 30	-	-	-	-	1330	63,2	773	36,8
EAS 30	-	-	-	-	662	31,5	1441	68,5
Glicemia 30	-	-	-	-	1422	67,6	681	32,4
Ultrassonografia	148	69,8	64	30,2	2016	95,9	87	4,1
Cálculo da Idade gestacional	201	94,8	11	5,2	2033	96,7	70	3,3
Peso	193	91,0	19	9,0	1970	93,7	133	6,3
Medida de pressão arterial	196	92,5	16	7,5	1969	93,6	134	6,4
Avaliação de risco gestacional	160	75,5	52	24,5	1424	67,7	679	32,3
Índice de Massa Corpórea	31	14,6	181	85,4	202	9,6	1901	90,4
Gráfico nutricional	6	2,8	206	97,2	49	2,3	2054	97,7
Medida de altura uterina	-	77,4	48	22,6	1748	83,1	355	16,9
Gráfico de altura uterina	8	3,8	202	96,2	53	2,5	2050	97,5
Ausculata fetal	164	77,4	48	22,6	1781	84,7	322	15,3
Registro da apresentação fetal	-	-	-	-	1566	74,5	537	25,5
Verificação de edema	-	-	-	-	1528	72,7	575	27,3
Prescrição de ácido Fólico	144	67,9	68	32,1	1541	73,3	562	26,7
Prescrição de sulfato ferroso	133	62,7	79	37,3	1595	75,8	508	24,2
Orientação sobre amamentação	204	96,2	8	3,8	2057	97,8	46	2,2
Grupos educativos	24	11,3	188	88,7	354	16,8	1749	83,2
PHPN ampliado por trimestre§,	26	12,3	186	87,7	88	4,2	2015	95,8

\*VDRL: Venereal Disease Research Laboratory;

†HIV: vírus da imunodeficiência humana;

‡EAS: Elementos anormais e sedimentos na urina;

§2º trimestre: início até 16 semanas, mínimo de três consultas de PN, cálculo da idade gestacional, peso, avaliação de risco gestacional, medida de pressão arterial, medida de altura uterina, ausculata dos batimentos cardíofetais, prescrição de ácido fólico e de sulfato ferroso, primeiros exames básicos e imunização antitetânica.

||3º trimestre: início até 16 semanas, mínimo de seis consultas no PN, realização de consulta puerperal, cálculo da idade gestacional, peso, avaliação de risco gestacional, medida de pressão arterial, medida de altura uterina, ausculata dos batimentos cardíofetais, prescrição de ácido fólico e de sulfato ferroso, verificação de edema, orientação e incentivo ao aleitamento materno, as duas baterias de exames básicos e imunização antitetânica.

Tabela 3

Desfechos maternos e perinatais, conforme a adequação ao pré-natal no 3º trimestre, São Paulo, Brasil, 2013.

Desfecho	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de parto							0,292
Normal e fórcepe	801	60,5	335	63,2	1136	61,3	
Cesariana	523	39,5	195	36,8	718	38,7	
Idade gestacional ao nascer (semanas)							0,036
> 37	1104	93,5	419	90,3	1523	92,6	
< 37	77	6,5	45	9,7	122	7,4	
Peso ao nascer (g)							0,001
> 2.500	1215	93,0	455	88,0	1670	91,6	
< 2.500	92	7,0	62	12,0	154	8,4	
Amamentação							1,000
Sim	1279	97,7	465	97,9	1744	97,8	
Não	30	2,3	10	2,1	40	2,2	

\* Teste qui-quadrado.

A classificação dos trimestres gestacionais pelo PHPN ampliado mostrou uma queda acentuada do registro dos procedimentos esperados para cada trimestre, conforme estes se sucediam, de 23,6% para 12,3% e culminando com 4,2%.

Das 2.103 mulheres que finalizaram o PN no terceiro trimestre, 1.337 (63,6%) foram consideradas como tendo PN adequado, conforme os três indicadores do PHPN, ou seja, idade gestacional inicial até 16 semanas, mínimo de seis consultas e consulta puerperal e 766 (36,4%) como PN inadequado. O grupo de PN adequado obteve melhores desfechos em relação à idade gestacional e peso ao nascer (Tabela 3).

### Discussão

A amostra de gestantes atendidas nas unidades de saúde revelou similaridades com estudo de base populacional (Nascer no Brasil), mulheres jovens, maioria de cor parda e/ou preta, escolaridade equivalente ao ensino fundamental completo, com parceiro e cerca de 40,0% de primigestas.<sup>7</sup> Neste estudo, o contexto do local de pesquisa refere-se às mulheres que foram atendidas no PN em serviço público com ESF de uma região do Município de São Paulo, o que não configura a realidade de todo o Município ou do Estado.

Além disso, o uso de dados secundários de prontuários pode ser considerado um fator limitante do estudo, visto que a falta de registro de informações necessariamente não significa que as ações não

foram realizadas. Este fato é recorrente em estudos realizados com base em registros.<sup>11,12</sup> Apesar dessa limitação, os prontuários vêm sendo utilizados como importante fonte de dados para investigações científicas. Nos códigos de deontologia dos profissionais de saúde, é dever ético previsto o registro em prontuário de todos os procedimentos realizados junto ao paciente. A Resolução de Diretoria Colegiada nº 63 de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que dispõe sobre as boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde também prevê em seu art. 24 a responsabilidade do registro em prontuário dos atendimentos prestados pelo profissional de saúde.<sup>13</sup> Além disso, esses registros são considerados documentos de prova em processos judiciais e auditorias dos serviços de saúde.

Na análise geral dos resultados, observou-se que, isoladamente, algumas ações apresentaram alta frequência, mas quando são somadas as frequências caem acentuadamente.

A realização da primeira consulta PN até o 4º mês de gestação e o número mínimo de seis consultas são ações essenciais do PHPN. Neste estudo, a captação e aderência das gestantes ao PN, de modo geral, é satisfatória, visto que a média de início do pré-natal foi precoce, bem como a média do número de consultas alcançou número superior ao preconizado, com resultados semelhantes a estudo realizado em João Pessoa (PB) que obteve média de 11,27 (3,07) semanas de idade gestacional e média de consultas de 7,64 (1,59).<sup>14</sup>

Mas, a proporção de gestantes que iniciou preco-

cemente o pré-natal foi inferior a alguns estudos que variaram entre 83,6%<sup>14</sup> e 93,0%<sup>9</sup> e superior a outros (74,4%;<sup>15</sup> 75,2%;<sup>3</sup> 75,8%<sup>7</sup>).

O número de seis ou mais consultas durante o pré-natal foi inferior ao de vários estudos recentes que variaram de 79,2%<sup>15</sup> e 97,0%.<sup>9,16-18</sup> Entretanto, superior a estudo realizado na Paraíba (58,33%).<sup>11</sup>

A combinação início precoce do PN e realização de seis consultas foi semelhante aos encontrados em dois estudos (63,1%;<sup>8</sup> 69,0%<sup>16</sup>) e superior a outro (42,1%).<sup>12</sup>

A consulta puerperal está entre os critérios de qualidade do PN pelo PHPN. Todavia, poucos estudos analisam o retorno puerperal, ocasião para avaliar a recuperação da mulher no pós-parto, instituir o uso de métodos de planejamento familiar e acompanhar a amamentação. A assistência à mulher na gestação só deve ser considerada como concluída após a consulta puerperal.<sup>6</sup> Além disso, a ida à unidade de saúde para a consulta puerperal também é utilizada para a consulta da criança, fator importante na melhoria dos indicadores de saúde materna e perinatal.

A pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança (PNDS-2006) mostrou que, em apenas, 39,0% dos nascimentos a mulher realizou a consulta pós-parto, evidenciando que essa importante etapa da assistência vem sendo negligenciada no País.<sup>19</sup> Outros estudos vêm mostrando percentuais mais elevados (48,0%,<sup>19</sup> 58,2% e 62,2%<sup>9</sup>), porém, inferiores ao do presente estudo (77,9%).

A proporção de registros de exames encontrados no presente estudo foi superior ou semelhante ao de outros estudos, com declínio entre os de primeira consulta e os de repetição na 30ª semana.<sup>9,15-17,20</sup> Este resultado é preocupante, pois os exames fornecem informações sobre o estado de saúde da gestante; são importantes no rastreamento de doenças que podem ter consequências negativas à gestante e ao conceito, por exemplo, as infecções sexualmente transmissíveis, como sífilis, hepatite B e HIV/AIDS, além de anemia, diabetes gestacional, incompatibilidade sanguínea materno-fetal, bacteriúria assintomática na gestação e toxoplasmose. A repetição de alguns exames está indicada para controle de remissão da doença ou verificação de sua ocorrência mais adiante na gestação.

A cobertura do teste para a infecção pelo HIV (89,7%) foi superior a estudo de base nacional que verificou cobertura de 81% entre as gestantes avaliadas, porém, ainda com possibilidades de melhoria.<sup>21</sup>

No Brasil, em 2013, foram notificados 21.382 casos de sífilis na gestação, perfazendo a taxa de

7,4/1.000 nascidos vivos (NV) e 13.705 novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, apontando a taxa de 4,7/1.000 NV.<sup>22</sup> Esse agravado é um claro marcador da qualidade da atenção pré-natal, considerando-se que o diagnóstico e tratamento podem ser efetivamente realizados durante a gestação em serviços de atenção básica. Visto que, no terceiro trimestre, mais de um terço das gestantes não foi testada para sífilis, pode-se questionar a qualidade da assistência pré-natal oferecida.

A realização do exame de ultrassonografia tem cobertura praticamente universal, embora não seja um exame obrigatório nem critério de avaliação da qualidade de um cuidado pré-natal. Este dado se repete em vários estudos nacionais, evidenciando uma inversão de valores, pois exames e procedimentos obrigatórios do pré-natal não têm apresentado a mesma cobertura.<sup>7,9,18</sup>

Observa-se também que os custos associados a esse procedimento são elevados. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS/2017 prevê um custo unitário para a ultrassonografia obstétrica de R\$ 24,20, e os exames como Elementos e sedimentos anormais na Urina têm custo de R\$3,70, dosagem de glicemia R\$1,85, um hemograma completo R\$ 4,11, teste não treponêmico para detecção da sífilis R\$2,83.<sup>23</sup> Portanto, o custo de uma única ultrassonografia obstétrica corresponde praticamente ao dobro da soma de alguns dos exames obrigatórios do pré-natal.

A vacinação antitetânica é considerada uma medida eficaz na prevenção do tétano neonatal.<sup>5</sup> Estudo de revisão revelou baixa cobertura no Brasil pelo Sispre natal (45,78%) e maior proporção de cobertura vacinal em pesquisas de diferentes municípios brasileiros (75,81%).<sup>24</sup> Estudo realizado no Espírito Santo mostrou 58,7% de vacinação antitetânica.<sup>16</sup> No presente estudo, em pouco mais de dois terços (68,6%) dos prontuários, havia o registro de que a gestante estava imune ou vacinada contra o tétano. Esforços são necessários para a efetivação da cobertura da imunização antitetânica, não só para erradicar o tétano neonatal no País, mas também como uma medida preventiva contra o tétano na mulher adulta. Não se deve desperdiçar a oportunidade para atualizar o esquema vacinal, visto que, na gestação, a mulher procura o serviço de saúde para o controle pré-natal.

A análise dos procedimentos clínico-obstétricos registrados mostrou que em nenhum deles a proporção atingiu a totalidade, sendo os resultados semelhantes a outros estudos.<sup>8-9,15</sup> As ações relativas ao cálculo da idade gestacional, à aferição da pressão

arterial e peso, orientação sobre amamentação foram as que apresentaram frequência superior a 90% evidenciado que tais procedimentos estão incorporados à rotina do serviço. Ressalta-se que a realização e registro dos procedimentos são imprescindíveis para avaliação da pertinência e adequação de cada um deles ao longo da gestação e para a correlação entre eles a cada consulta.

Por sua vez, o preenchimento dos gráficos nutricional e de altura uterina, conforme a idade gestacional foi extremamente falho. Este fato pode sugerir dificuldade de adesão dos profissionais responsáveis pela consulta, no caso médico e enfermeiro, à realização do registro nos gráficos por falta de valorização ou de tempo limitado destinado para a consulta de pré-natal. Destaca-se que esses instrumentos, se corretamente preenchidos, permitem a avaliação precisa e direcionam a tomada de conduta, sobretudo, nos desvios de normalidade.

A avaliação do risco gestacional em toda consulta situa-se entre as condições básicas para uma assistência pré-natal efetiva, o que não ocorreu para, aproximadamente, um terço das gestantes, tanto no grupo de PN completo como no incompleto. Valor superior foi observado em estudo recente (92,0%).<sup>16</sup>

Considerando-se o início precoce, mínimo de seis consultas e a consulta puerperal, a adequação do pré-natal atingiu pouco mais da metade das mulheres (56,1%). E, ao se ampliar a análise com a inclusão de todos os exames básicos preconizados no PHPN e imunização antitetânica, esse número caiu drasticamente para 10,2%. No Brasil, a avaliação dos primeiros anos de PHPN mostrou que ao se adicionar toda a rotina de exames laboratoriais, incluindo a realização do anti-HIV, a adequação era inferior a 5% em 2002.<sup>6</sup> Dessa forma, os resultados encontrados no presente estudo evidenciam uma evolução, corroborada por outros estudos similares, porém muito aquém do esperado para um intervalo de 10 anos.<sup>7,15,16,24</sup>

Estudo realizado em Aracaju, avaliando a adequação do PN pelos seguintes indicadores do PHPN: seis ou mais consultas, início no primeiro trimestre, procedimentos clínico-obstétricos (pesagem, verificação da PA, medida da altura uterina, palpação das mamas, exame ginecológico), pelo menos, dois exames de sangue realizados (hemoglobina, hematócrito, glicemia de jejum, EAS, HIV (uma sorologia) e VDRL, uso de sulfato ferroso e esquema vacinal antitetânico completo, mostraram que o cuidado PN foi inadequado para 89,1% das mulheres, independente do tipo de assistência PN (público, privado ou misto) e renda familiar.<sup>25</sup> No presente estudo, a inadequação do PN atingiu valor

ainda maior de 95,8%, quando foram adicionados à análise do PN todos os procedimentos clínico-obstétricos ao longo dos três trimestres gestacionais. Ou seja, apenas 88 mulheres tiveram todos os procedimentos e exames realizados, conforme os critérios do PHPN ampliado.

Portanto, a avaliação da qualidade de atenção pré-natal oferecida pelas unidades analisadas mostrou falhas importantes que precisam ser sanadas com o fim de garantir a todas as gestantes um pré-natal com os indicadores mínimos de qualidade estabelecidos nacionalmente.

A comparação no terceiro trimestre evidenciou diferença significativa entre os grupos de PN adequado e inadequado nos desfechos perinatais relativos à idade gestacional e peso ao nascer, o que confirma a importância de adequação do pré-natal aos indicadores mínimos recomendados.<sup>26</sup>

O nascimento de crianças prematuras e de baixo peso ao nascer são fatores importantes que contribuem para a morbidade e mortalidade infantil com repercussões no desenvolvimento infantil e ao longo da vida, além de se constituírem um alto custo para o Sistema Único de Saúde.<sup>27</sup> No Brasil, a proporção de nascidos com baixo peso para o ano de 2011 foi 8,53%.<sup>28</sup> A proporção total de nascidos com baixo peso no estudo (8,4%) foi equivalente ao dado nacional, mas, quando se analisou apenas a do grupo de PN inadequado, houve um aumento de cerca de 50,0% (12%). Logo os dados permitem inferir que um pré-natal inadequado aumenta as possibilidades de um nascimento prematuro e de baixo peso ao nascer, representando um desafio a ser superado pelos profissionais de saúde.

Ao considerar que a proposta do presente estudo consistiu na avaliação normativa da assistência pré-natal, ou seja, a realização dos procedimentos no PN, os achados deste estudo são preocupantes, sobretudo, por se tratar de unidades de saúde organizadas com equipes de Estratégia Saúde da Família, visto que a premissa desta modalidade de serviço público de saúde seria de condição facilitadora para a adesão das mulheres ao cuidado pré-natal. Esperavam-se maiores proporções de cumprimento dos parâmetros do PHPN, pelo menos, pelas gestantes que iniciaram o pré-natal até 16 semanas da gestação. Estudos mostram que os serviços que contam com ESF apresentam melhores níveis de adequação do pré-natal.<sup>9,16</sup>

Nesse sentido, entende-se que a avaliação do PN pelo serviço deve ser um processo contínuo no período gestacional de cada mulher. Para que isso ocorra, sugere-se que os gestores estabeleçam pontos de checagem que sirvam de sinalizadores da



assistência pré-natal, observando o atendimento dos indicadores do PHPN e da Rede Cegonha ao final de cada trimestre gestacional, o que permitiria uma busca ativa mais direcionada a fim de sanar as falhas encontradas naquele momento, revertendo essa situação antes do parto, o que daria ao PN maior qualidade e efetividade e propiciaria desfechos materno-infantis mais favoráveis.

Em conclusão, os dados indicam que a assistência PN analisada mostrou resultados satisfatórios isoladamente em relação aos indicadores do PHPN, como: início precoce, número de consultas pré-natal, realização de exames e a consulta puerperal. No entanto, quando os indicadores são verificados em conjunto há uma queda acentuada da adequação do PN.

A realização dos procedimentos clínicos e obstétricos também se mostrou deficiente, embora alguns tenham alcançado proporções elevadas. Além

disso, evidenciaram-se deficiências na assistência, como falhas no registro de procedimentos, exames e imunização antitetânica, que comprometem a qualidade e a avaliação do PN oferecido.

Houve diferença entre os grupos de adequação de PN em relação à prematuridade e baixo peso ao nascer, reforçando a importância de se contemplar as normas básicas recomendadas pelo PHPN para a realização de uma assistência qualificada e humanizada.

## Agradecimentos

Agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento do Projeto de Pesquisa (Processo nº 485.264/2011-0), do qual foram extraídos os dados deste estudo.

## Referências

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. – Brasília (DF): Ipea: MP, SPI; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Diário Oficial da União, Brasília (DF); 8 de junho de 2000, seção 1, p.4-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF); 2011.
4. São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Decreto nº 46.966, de 02 de fevereiro de 2006. Regulamenta a Lei n. 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 3 de fevereiro de 2006, Seção 1, p.1.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012.
6. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (5): 1281-9.
7. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal Mdo C. Prenatal care in Brazil. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (Supl.): S85-S100.
8. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Normative prenatal evaluation at a philanthropic maternity hospital in São Paulo. Rev Esc Enferm. USP. 2011; 45 (6): 1293-1300.
9. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. Rev Latino-Am Enferm. 2013; 21 (2): 546-53.
10. Observatório Cidadão Rede Nossa São Paulo. [acesso em 20 nov 2014]. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/regioes.php?regiao=12&distrito=19>.
11. Santos SMP, Santos LV, Rodrigues JO, Lira LCS, Souza LB, Silva UB. Accessibility to women's healthcare service during pregnancy and postpartum. Cogitare Enferm. [periódico online]. Jan/mar 2016 [acesso em 15 fev 2016]; 21 (1): 01-19. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/42930/27514>
12. Polgliani RBS, Santos Neto ET, Zandonade E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36 (6): 269-75.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 28 nov 2011, seção 1, p.44-46.
14. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do Município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2013; 13 (1): 29-37.
15. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC.

- Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (3): 425-37.
16. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36 (2): 56-64.
  17. Cesar JA, Sutil AT, Gabriela BS, Cunha CF, Mendonza-Sassi RAM. Assistência pré-natal nos serviços públicos de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (11): 2106-14.
  18. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. 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. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013; 13 (2): 89-100.
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança PNDS 2006 – relatório final. Brasília, DF; 2008.
  20. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 789-800.
  21. Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza Júnior PR, Leal MC. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the “Birth in Brazil” study, a national hospital-based study. *BMC Infect Dis*. 2015; 15: 100.
  22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2015. Ano IV n.1 Brasília (DF): 2013.
  23. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (6): 1053-64.
  24. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos e Órtese, Próteses e Materiais Especiais do SUS. [acesso em 10 mai 2018]. Brasília (DF). Disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/procedimento/exibir/0202031110/05/2018>
  25. Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Assessment of the adequacy of prenatal care according to family income in Aracaju, Sergipe State, Brazil, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25 (2): 271-80.
  26. Ferraz TR, Neves ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32 (1): 86-92.
  27. Menezes LO, Pinheiro RT, Quevedo LA, Oliveira SS, Silva RA, Pinheiro KAT, et al. The impact of low birth weight related to gestational depression on federal funding of public health: a study in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (10): 1939-48.
  28. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Indicadores e dados básicos Brasil 2012 Indicadores de fatores de risco e proteção Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer. [acesso em 20 jan. 2016] Brasília (DF). Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/g16.def>

---

Recebido em 7 de Dezembro de 2017

Versão final apresentada em 31 de Maio de 2018

Aprovado em 21 de Setembro de 2018