

## ADEQUABILIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE-RS

Cimone Noal HASS<sup>a</sup>, Luciana Barcellos TEIXEIRA<sup>b</sup>,  
Mariur Gomes BEGHETTO<sup>c</sup>

### RESUMO

O estudo objetivou avaliar a adequabilidade da assistência pré-natal de baixo risco, conforme a recomendação do Ministério da Saúde, quanto ao número mínimo de consultas, e verificar possíveis fatores associados. Avaliou-se a atenção pré-natal de uma coorte histórica de 95 gestantes. Mais de 50% das mulheres fizeram 6 ou mais consultas de pré-natal. O início do pré-natal ocorreu no primeiro trimestre de gestação para 52% das mulheres; 84,2% das mulheres realizaram todos os exames de pré-natal e apenas 16,8% realizaram consulta no puerpério. A assistência pré-natal foi considerada adequada para 2,1% da amostra. Maior número de consultas pré-natal foi observado entre as mulheres com companheiro e com maior número de filhos. Os registros demonstraram baixa adequação à totalidade dos critérios mínimos estabelecidos e poucos fatores parecem explicar esse cenário.

**Descritores:** Cuidado pré-natal. Gestantes. Saúde da mulher. Enfermagem em saúde comunitária. Atenção primária à saúde. Serviços de saúde.

### RESUMEN

*El objetivo del estudio fue evaluar la adecuación de la atención prenatal de bajo riesgo, según lo recomendado por el Ministerio de Salud, y el número mínimo de consultas, e identificar los posibles factores asociados. Se evaluó la atención de prenatal de una cohorte histórica de 95 embarazadas. Más del 50% de las mujeres hicieron 6 o más consultas de prenatal. El inicio del prenatal se realizó en el primer trimestre de gestación para el 52% de las mujeres; el 84,2% de las mujeres realizó todos los exámenes de prenatal y sólo el 16,8% realizó consulta en el puerperio. La asistencia prenatal fue considerada adecuada para el 2,1% de la muestra. Más números de consultas prenatales fueron observados entre las mujeres con compañero y con mayor número de hijos. Los registros demostraron baja adecuación a la totalidad de los criterios mínimos establecidos y pocos factores parecen explicar ese escenario.*

**Descriptorios:** Atención prenatal. Mujeres embarazadas. Salud de la mujer. Enfermería en salud comunitaria. Atención primaria de salud. Servicios de salud.

**Título:** Adecuación de cuidado prenatal en una estrategia de salud familiar de Porto Alegre-RS.

### ABSTRACT

*The study aimed to evaluate the adequacy of low-risk prenatal care, as recommended by the Ministry of Health, concerning the minimum number of consultations, and identify possible associated factors. Prenatal care was evaluated in a historical cohort study of 95 pregnant women. Over 50% of the women underwent six or more prenatal consultations. The beginning of the prenatal care began in the first trimester of the gestation for 52% of the women, 84.2% of the women did all their prenatal medical tests, and only 16.8% had postpartum consultations. Prenatal assistance was considered adequate for 2.1% of the sample. A higher number of prenatal consultation was observed among women who had a partner and who had other children. The records reveal a low adequacy level with all minimum criteria established and few factors seem to explain this scenario.*

**Descriptors:** Prenatal care. Pregnant women. Women's health. Community health nursing. Primary health care. Health services.

**Title:** Adequacy of prenatal care in a family health strategy program from Porto Alegre-RS.

a Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

b Professora Adjunta da Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva da UFRGS. Doutora em Epidemiologia pela UFRGS.

c Professora Adjunta da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Doutora em Epidemiologia pela UFRGS.

## INTRODUÇÃO

Na história da Saúde Pública, a atenção materno-infantil tem sido considerada uma área prioritária, principalmente no que diz respeito aos cuidados à mulher durante a gestação<sup>(1)</sup>. Na década de 80 a assistência pré-natal era vista como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que pudessem resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto. Já em 2006<sup>(2)</sup>, visando maior qualidade e humanização desta atenção, o Ministério estabeleceu que o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável, com garantia do bem-estar materno e neonatal.

O número de consultas pré-natal realizadas durante a gravidez é crescente ano a ano<sup>(3)</sup>. Enquanto em 2003 foram realizadas 8,6 milhões de consultas de pré-natal, em 2009 foram 19,4 milhões, representando um aumento de 125%, atribuível, principalmente, a ampliação do acesso ao pré-natal. Ainda assim, o acesso a um número mínimo de consultas de pré-natal está longe de alcançar a totalidade das gestantes e a taxa de mortalidade materna permanece elevada.

Em 2007, a Razão de Mortalidade Materna, no Brasil, (que considera informações do Sistema de Informação de Mortalidade e de Nascidos Vivos) foi de 77,0/100.000 nascidos vivos<sup>(4)</sup>. As complicações da gestação, parto e puerpério constituem a décima causa de mortes em mulheres no Brasil, sendo que com acompanhamento pré-natal e atenção ao parto adequados consegue-se evitar a maior parte dessas mortes<sup>(5)</sup>. Em Porto Alegre, considerando as causas de morte na população feminina, a mortalidade materna ocupa o oitavo lugar<sup>(6)</sup>. Para a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre<sup>(6)</sup>, a saúde da mulher é uma prioridade, com vistas a estabelecimento de políticas públicas de saúde cujas ações impactam diretamente na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.

O Ministério da Saúde, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)<sup>(7)</sup>, confirmou o enfermeiro como o profissional da equipe de saúde habilitado para o atendimento direto às gestantes em pré-natal de baixo risco, endossando a Lei do Exercício Profissional da

Enfermagem<sup>(8)</sup> - Decreto nº 94.406/87 e estabeleceu diretrizes para adequada atenção pré-natal: (a) início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre; (b) meta de, no mínimo, 6 consultas de pré-natal; (c) consultas distribuídas durante a gravidez, sendo no mínimo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre; (d) solicitação de exames complementares obrigatórios: hemograma, tipagem sanguínea, determinação do fator Rh materno e testagem de anticorpos contra o vírus da imunodeficiência humana (anti-HIV) (na primeira consulta), exame qualitativo de urina (EQU), exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e glicemia de jejum (primeira consulta e após a 30ª semana de gravidez), (e) realização de atividades educativas durante o pré-natal; (f) classificação do risco gestacional; (g) vacinação antitetânica.

As recomendações quanto ao número de consultas, para uma assistência pré-natal adequada, variam internacionalmente. Nos Estados Unidos, a recomendação atual é de uma consulta por mês entre a 4ª e 28ª semana de gestação, duas consultas mensais entre a 28ª e 36ª semana e consulta semanal a partir da 36ª semana até o nascimento<sup>(9)</sup>.

Auditorias, em nível local, permitem avaliar a cobertura e determinar a atenção prestada à saúde da mulher, durante o ciclo gravídico-puerperal. Neste sentido, este estudo objetiva estabelecer a proporção de acompanhamentos de pré-natal de baixo risco que atendam à recomendação do Ministério da Saúde quanto ao número mínimo de consultas e verificar possíveis fatores associados à adequação a essa recomendação, no Programa Pré-Natal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jardim Cascata, Porto Alegre-RS. Além disso, esse estudo visa descrever características das mulheres atendidas no programa, determinar o número de consultas pré-natal realizadas, determinar os exames diagnósticos realizados durante o pré-natal, identificar número de usuárias encaminhadas para pré-natal de alto risco e avaliar o número de consultas de puerpério.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma coorte histórica, na qual foram incluídas todas as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que realizaram acompanhamento pré-natal na Estratégia de Saúde da Família Jardim

Cascata, entre abril de 2008 e maio de 2010. A ESF Jardim Cascata é uma das 72 ESF de Porto Alegre-RS, onde 4.455 pessoas cadastradas são atendidas por duas equipes<sup>(10)</sup>. A coleta de dados foi realizada de modo retrospectivo, por meio da revisão de todos os registros de acompanhamento perinatal da ESF.

Embasando-nos nas diretrizes do PHPN<sup>(7)</sup>, para fins deste estudo, as autoras consideraram a assistência pré-natal como “adequada” quando a mulher: (1) realizou 6 ou mais consultas; (2) aderiu ao pré-natal no primeiro trimestre da gestação; (3) realizou, pelo menos uma vez na gestação, os testes laboratoriais de rotina: tipagem sanguínea e determinação do Fator Rh (ABO-Rh), hemograma (dosagem de hemoglobina e hematócrito), EQU, VDRL e glicemia de jejum e (4) realizou consulta de puerpério. Quando um ou mais desses critérios não foram atendidos, o pré-natal, como um todo, as autoras consideraram o Pré-natal como “não adequado”.

A distância entre a Unidade de Saúde Jardim Cascata e a residência de cada gestante foi estimada, em metros, por meio do *software Google Maps*.

Os dados foram descritos respeitando-se as características das variáveis e sua distribuição. As mulheres foram divididas em dois grupos: com e sem pré-natal adequado. Para os dados contínuos, as comparações foram realizadas adotando-se teste t para amostras independentes ou teste U de Mann-Whitney. Para as variáveis categóricas, o teste de homogeneidade de proporções foi baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher. Em todas as análises foi considerado o nível de significância de 5%.

Para os desfechos “6 ou mais consultas”, “adesão ao pré-natal no 1º trimestre” e “realização das consultas de puerpério”, após análise univariada, foi procedida regressão logística multivariável. Os dados foram analisados por meio do software estatístico *Predictive Analytics Software Statistics 18*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 026/2010) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (nº 539).

## RESULTADOS

Entre abril de 2008 e maio de 2010, foram identificados 104 registros de cadastro de gestantes. Três configuraram-se como cadastro duplicado. Das

101 mulheres incluídas, 6 mudaram de endereço, saindo da área de abrangência da ESF Jardim Cascata, durante o pré-natal, impossibilitando a obtenção da totalidade dos dados, e portanto foram excluídas do estudo; desta forma, a amostra foi constituída por 95 mulheres que concluíram o pré-natal na ESF.

Verificou-se registro incompleto das seguintes variáveis da Ficha de Pré-natal: “histórico de abortos” (85,3%), “cor da pele” (53,7%), “ocupação” (18,9%), “apoio familiar” (14,7%), “gestação planejada” (14,7%), “situação conjugal” (7,4%) e “número de filhos” (3,2%). Todas essas informações foram completadas durante a elaboração do banco de dados.

A média de idade das mulheres foi de 27,8 ± 5,1 (mínimo=13; máximo=37) anos, predominantemente entre 21 e 29 anos (63,2%). Cerca de 50% das gestantes é da cor branca, com até 2 filhos (90,6%) e com companheiro fixo (90,5%). Foram realizadas 5,4±3,4 consultas de pré-natal, sendo que 53,7% das mulheres fizeram 6 ou mais consultas. Aproximadamente 52% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 84,2% realizaram os exames, 19,1% tiveram a gestação considerada de alto risco e somente 2,1% preencheram a totalidade dos critérios baseados no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde, tendo seu pré-natal considerado como “adequado”.

Quando comparadas às características das mulheres que realizaram 6 ou mais consultas àquelas que realizaram até 5 consultas de pré-natal, verificou-se maior proporção de realização nos testes laboratoriais naquelas que fizeram 6 ou mais consultas. Não foram identificadas outras diferenças estatisticamente significativas na comparação das demais variáveis (Tabela 1).

Maior proporção de realização de exames laboratoriais e de gestação de risco foi identificada no grupo de mulheres que aderiu ao pré-natal no primeiro trimestre do que naquelas que aderiram nos demais trimestres (Tabela 2).

Quando se comparou as características das gestantes que realizaram e que não realizaram consulta de puerpério, identificou-se associação entre gestação de alto risco e realização de consulta de puerpério (40% vs 15,2%; p= 0,04) (Tabela 3).

A regressão logística multivariada demonstrou associação entre a presença de companheiro (OR: 5,7; IC<sub>95%</sub>: 1,1 – 30,7; p= 0,04), ajustada para o número de filhos (OR: 1,5; IC<sub>95%</sub>: 0,99 – 2,2; p= 0,06) e a realização de 6 ou mais consultas de pré-natal.

**Tabela 1** - Comparação univariada entre as mulheres que realizaram 6 ou mais consultas e aquelas que realizaram até 5 consultas de pré-natal na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre, RS, abril de 2008 e maio de 2010.

Variável	> 6 consultas (n=51)	< 5 consultas (n=44)	p*
<b>Idade (em anos)</b>	24,4±5,1	23,0±5,1	0,20
<b>Número de filhos</b>	1 (0-2)	1 (0-1)	0,13†
<b>Distância posto (metros)</b>	340 (232-497)	337 (172-445)	0,59†
<b>Cor da pele</b>			
branca	23 (45,1)	25 (56,8)	0,27
preta	16 (31,4)	14 (31,8)	
parda	12 (23,5)	5 (11,4)	
<b>Ocupação</b>			
trabalha	30 (58,8)	25 (56,8)	0,07
estuda	3 (5,9)	9 (20,5)	
não trabalha	18 (35,3)	10 (22,7)	
<b>Situação conjugal</b>			
com companheiro	49 (96,1)	37 (84,1)	0,08
<b>Gestação Planejada</b>	8 (15,7)	11 (25,0)	0,256
<b>Apoio Familiar</b>	47 (92,2)	40 (90,9)	1,00‡
<b>Aborto prévio</b>	10 (20,4)	12 (31,6)	0,23
<b>Tipagem Sanguínea - Fator Rh</b>	49 (96,1)	33 (75,0)	<0,01
<b>VDRL</b>	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
<b>Urina</b>	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
<b>Glicose</b>	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
<b>Hemograma</b>	49 (96,1)	32 (72,7)	<0,01
<b>Exames completos</b>	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
<b>Anti-HIV</b>	49 (96,1)	31 (70,5)	<0,01
<b>Vacina Antitetânica</b>	31 (68,8)	20 (45,5)	0,14
<b>Citopatológico</b>	40 (78,4)	27 (61,4)	0,07
<b>Gestação Alto Risco</b>	8 (16)	10 (22,7)	0,41

Dados expressos em números: média ± desvio padrão, mediana (intervalo interquartil), ou número absoluto (proporção), conforme características das variáveis.

\*Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

†Teste de Mann Whitney. ‡Teste Exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, verificamos falta de registros de dados referentes ao Programa de Pré-Natal nos formulários específicos deste Programa, em livro de registros próprio da Unidade de Saúde, assim como nos prontuários de família. Com isso, poucos acompanhamentos de Pré-natal puderam ser considerados

adequados, segundo os critérios do Ministério da Saúde. Baixa adesão ao pré-natal no primeiro trimestre, frequência a um número de consultas igual ou inferior a 6 durante o pré-natal e testes laboratoriais incompletos contribuíram para esse quadro. Mulheres com companheiros fixos compareceram a mais consultas no pré-natal e uma mesma tendência foi observada naquelas mulheres com maior número de filhos.

**Tabela 2** - Comparação univariada entre as mulheres que aderiram ao pré-natal no primeiro trimestre e nos demais trimestres, na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre, RS, abril de 2008 e maio de 2010.

Variável	Pré-Natal 1º trimestre (n=49)	Pré-natal demais trimestres (n=46)	p*
<b>Idade (em anos)</b>	23,9±5,1	23,6±5,3	0,85
<b>Número de filhos</b>	1 (0-1)	1 (0-2)	0,90†
<b>Distância posto (metros)</b>	340 (232-462)	322 (170-430,5)	0,42†
<b>Cor da pele</b>			
branca	22 (44,9)	26 (56,5)	0,21
preta	15 (30,6)	15 (32,6)	
parda	12 (24,5)	5 (10,9)	
<b>Ocupação</b>			
trabalha	31 (63,3)	24 (52,2)	0,53
estuda	5 (10,2)	7 (15,2)	
não trabalha	13 (26,5)	15 (32,6)	
<b>Situação conjugal</b>			
com companheiro	46 (93,9)	40 (87)	0,31‡
<b>Gestação Planejada</b>	12 (24,5)	7 (15,2)	0,26
<b>Apoio Familiar</b>	47 (95,9)	40 (87)	0,15‡
<b>Aborto prévio</b>	10 (21,3)	12 (30)	0,35
<b>Tipagem Sanguínea - Fator Rh</b>	46 (93,9)	36 (78,3)	0,03
<b>VDRL</b>	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
<b>Urina</b>	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
<b>Glicose</b>	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
<b>Hemograma</b>	45 (91,8)	36 (78,3)	0,06
<b>Exames completos</b>	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
<b>Anti-HIV</b>	45 (91,8)	35 (76,1)	0,03
<b>Vacina Antitetânica</b>	30 (61,2)	21 (45,7)	0,13
<b>Citopatológico</b>	38 (77,6)	29 (63)	0,12
<b>Gestação Alto Risco</b>	15 (31,3)	3 (6,5)	0,002

Dados expressos em números: média ± desvio padrão, mediana (intervalo interquartil), ou número absoluto (proporção), conforme características das variáveis.

\*Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

†Teste de Mann Whitney. ‡Teste Exato de Fisher.

É expressiva a proporção de sub-registros encontrados no Programa Pré-Natal oferecido àquela comunidade. A importância dos registros de saúde na prática clínica, ao influenciar os processos de cuidados, faz com que a auditoria possa refletir a qualidade da atenção prestada.

As características clínicas e demográficas das gestantes estudadas mostraram-se semelhantes

a estudos realizados em Caxias do Sul-RS<sup>(11)</sup> e no Paraná<sup>(12)</sup>, mostrando que a maioria das gestantes é jovem e tem companheiro fixo. No entanto, o percentual de adolescentes grávidas foi menor no Jardim Cascata (10,5%) que em Caxias do Sul (26%) e no Paraná (23%). No presente estudo, a média de consultas foi de 5,4, de forma semelhante a estudo realizado em Pelotas-RS (5,3 consultas)<sup>(13)</sup>, todavia

**Tabela 3** - Comparação univariada entre mulheres que realizaram a consulta de puerpério e as que não realizaram consulta de puerpério, na ESF Jardim Cascata, Porto Alegre, RS, abril de 2008 e maio de 2010.

Variável	Com consulta de Puerpério (n=16)	Sem consulta de Puerpério (n=79)	p*
Idade (em anos)	24,6±4,0	23,6±5,3	0,49
Número de filhos	1 (0-2)	1 (0-2)	0,77†
Distância posto (metros)	355 (175,5-487,8)	340 (230-450)	0,79†
Cor da pele			
- branca	8 (50)	40 (50,6)	0,77
- preta	6 (37,5)	24 (30,4)	
- parda	2 (12)	15 (19)	
Ocupação			
- trabalha	12 (75)	43 (54,4)	0,31
- estuda	1 (6,3)	11 (13,9)	
- não trabalha	3 (18,8)	25 (31,6)	
Situação conjugal			
- com companheiro	15 (93,8)	71 (89,9)	1,00‡
Gestação Planejada	4 (25)	15 (19)	0,73‡
Apoio Familiar	16 (100)	71 (89,9)	0,34‡
Aborto prévio	3 (18,8)	19 (26,8)	0,75‡
Tipagem Sanguínea - Fator Rh	15 (93,8)	67 (84,8)	0,69‡
VDRL	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45‡
Urina	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45‡
Glicose	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45‡
Hemograma	15 (93,8)	66 (83,5)	0,45‡
Exames completos	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45‡
Anti-HIV	15 (93,8)	65 (82,3)	0,45‡
Vacina Antitetânica	9 (56,3)	42 (53,2)	0,82‡
Citopatológico	12 (75)	55 (69,6)	0,77‡
Gestação Alto Risco	6 (40)	12 (15,2)	0,04‡

Dados expressos em números: média ± desvio padrão, mediana (intervalo interquartil), ou número absoluto (proporção), conforme características das variáveis.

\*Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

†Teste de Mann Whitney; ‡Teste Exato de Fisher.

**Tabela 4** - Análise multivariável entre mulheres que realizaram 6 ou mais consultas e demais variáveis das gestantes cadastradas na ESF Jardim Cascata, em Porto Alegre, RS, no período de abril de 2008 a maio de 2010.

Variável	OR (IC <sub>95%</sub> )	p
Com companheiro	5,7 (1,1 - 30,7)	0,04
Número de filhos	1,5 (0,99 - 2,2)	0,06

inferior a estudos de São Paulo (6,5 consultas)<sup>(14)</sup> e em Caxias do Sul-RS (6,2 consultas)<sup>(11)</sup>.

Auditoria realizada em 653 prontuários de gestantes em Instituição em São Paulo apontou 38,4% dos pré-natais como adequados, considerando-se o início do pré-natal e o número de consultas. No entanto, quando se incluíam a estes critérios a execução dos exames laboratoriais descritos na rotina do PHPN (sendo que para os exames VDRL, urina e glicemia de jejum, o estudo em questão, considerou repeti-los na trigésima semana de gestação), nenhuma gestante teve seu acompanhamento pré-natal classificado como adequado<sup>(14)</sup>.

Em nosso estudo, considerando o número de consultas, início do pré-natal, exames laboratoriais (uma vez durante a gestação) e a realização da consulta de puerpério, encontramos um percentual de 2,1% de pré-natal adequado. Os resultados encontrados mostram-se semelhantes a do estudo realizado em São Paulo. Outro estudo, realizado em Juiz de Fora-MG<sup>(14)</sup>, corrobora estes resultados. Os autores verificaram uma cobertura de pré-natal de 99%, com média de 6,4 consultas. No entanto, apenas 27,6% dos pré-natais foram considerados adequados em relação ao início do acompanhamento no primeiro trimestre e ter realizado 6 ou mais consultas. Quando foram incluídos na avaliação os exames laboratoriais básicos, apenas 1,9% permaneceu classificado como adequado<sup>(15)</sup>. Tal realidade também é encontrada por Silveira, Dias e Santos<sup>(13)</sup> que identificaram 37% de pré-natais adequados. Quando os mesmos autores adicionaram aos seus critérios a realização de exames laboratoriais e de alguns procedimentos na consulta constataram que apenas 5% dos pré-natais eram adequados. Resultado mais favorável, principalmente se levarmos em consideração os vários critérios avaliados, no entanto ainda não satisfatório, foi encontrado em Caxias do Sul-RS<sup>(11)</sup>. Os autores verificaram que 35,2% das gestantes tiveram o pré-natal classificado como adequado, adotando como critério de classificação o número de consultas, início do pré-natal no primeiro trimestre, distribuição das consultas de pré-natal, exames de rotina, exame obstétrico, atividades educativas, orientação de amamentação, vacinação antitetânica e coleta de citopatológico, conforme PHPN.

Observa-se que, à medida que são agregados critérios assistenciais, os percentuais de adequação do pré-natal diminuem, sugerindo que a realização do conjunto de atividades propostas no PHPN ainda

configura-se como um grande desafio<sup>(16)</sup>. O PHPN<sup>(7)</sup> prevê algumas ações que dependem exclusivamente de atuação na ESF como, identificar as gestantes precocemente para que iniciem o pré-natal no 1º trimestre, buscar as que faltam às consultas para que tenham 6 ou mais consultas, bem como aquelas que faltam na consulta de puerpério, desenvolver ações educativas com as gestantes e assim melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal. No entanto, agendamento de testes laboratoriais depende de laboratórios externos, contratados para atender a Atenção Básica, um Sistema de Saúde que tivesse uma funcionalidade em rede poderia melhorar esse aspecto, já que esse critério fez diminuir o percentual de adequação de vários estudos citados.

Apesar da maioria das gestantes (51,6%) ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, seu início precoce ainda continua sendo um desafio para a ESF. Quanto mais cedo for o início, melhor será a qualidade, e a adesão ao pré-natal refletirá em um número maior de consultas<sup>(5)</sup>.

As evidências indicam que, no Brasil, a assistência ao pré-natal de baixo risco, apesar de possuir boa cobertura, precisa ser revista, uma vez que há baixo cumprimento das normas do programa oficial, principalmente no que se relaciona à captação tardia para a primeira consulta e o não cumprimento do número estipulado de consultas e dos exames complementares<sup>(11,15)</sup>.

Das gestantes estudadas, 19% tiveram a gestação classificada em alto risco, sendo que a gestação de alto risco foi associada à adesão ao pré-natal no 1º trimestre. Estudo realizado em Recife, em 2007, verificou que apenas 38% das mulheres iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, mesmo sendo gestações de alto risco<sup>(17)</sup>.

No presente estudo, apenas 16,8% das mulheres avaliadas realizaram consulta de puerpério e este procedimento foi mais realizado entre as mulheres que tiveram sua gestação considerada como de alto risco. Este é um resultado que preocupa, tendo em vista que o Ministério da Saúde<sup>(5)</sup> recomenda que seja realizado visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê e, nos primeiros três dias após a alta, caso o bebê seja considerado de risco. Pelo serviço em questão tratar-se de Estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar caracteriza-se como a principal atividade do agente comunitário de saúde (ACS). O estabelecimento de rotina de trabalho, alinhadas às diretrizes do PHPN e às funções dos

ACS poderiam contribuir para o incremento tanto do número de consulta de puerpério, como da adequação dos demais critérios desta diretriz.

Dentre as características avaliadas, não foi possível encontrar fatores que se associassem à realização de um pré-natal adequado. Porém, a presença de companheiro e número de filhos pareceu influenciar as mulheres incluídas neste estudo para que realizassem 6 ou mais consultas de pré-natal. Estudo realizado com gestantes soropositivas para o HIV encontrou como fatores de adesão ao pré-natal o apoio familiar, discurso de valorização do cuidado à saúde, desejo de laqueadura tubária, acolhimento pela equipe da saúde e experiências positivas da assistência<sup>(18)</sup>. Por outro lado, estudo realizado no município de Embu-SP, no ano de 1996, aponta a menor renda (inferior a um salário mínimo) e a idade menor de 20 anos (possivelmente sem companheiro), como fatores que contribuíram para que as gestantes não aderissem ao pré-natal no primeiro trimestre e a não realização das 6 consultas<sup>(19)</sup>. Esses fatores nos levam a inferir que na ESF, é possível buscar, acolher e fazer com que essas mulheres tenham maior adesão ao pré-natal.

## CONCLUSÃO

Na ESF avaliada foram identificados dados faltantes nos formulários envolvidos na assistência pré-natal. Ainda que para alguns dos critérios se tenha identificado razoável adequabilidade do pré-natal, de forma geral, essa adequabilidade foi baixa, se considerarmos a totalidade dos critérios mínimos estabelecidos pelo PHNP. A análise multivariável evidenciou que poucos dos fatores avaliados parecem explicar esse cenário.

## REFERÊNCIAS

- 1 Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):387-92.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família terá reforço de US\$ 166,9 milhões [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2012 Ago 22]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10524](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10524).
- 4 Ministério da Saúde (BR). DataSUS. Indicadores e Dados Básicos Brasil-2009: indicadores de mortalidade [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2012 Ago 20]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/C03b.htm>.
- 5 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
- 6 Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre). Diretrizes da assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre: PMPA; 2006.
- 7 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Decreto 94.406, de 08 de agosto de 1987: dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1987 [citado 2012 Ago 10]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1735/decreto-n-94406-87-regulamentacao-da-lei-n-7498-86>.
- 9 Department of Health and Human Services (US), Office of Women's Health. Prenatal care fact sheet [Internet]. Washington: Department of Health and Human Services (US), Office of Women's Health; 2009 [cited 2013 Jun 01]. Available from: <http://womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/prenatal-care.cfm#f>.
- 10 Porto Alegre. Estratégia de Saúde da Família Jardim Cascata [Internet]. Porto Alegre: PMPA; 2011 [citado 2012 Ago 12]. Disponível em: [http://www.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=852](http://www.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=852).
- 11 Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(5):293-9.
- 12 Ravelli APX. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2008;29(1):54-9.

- 13 Silveira DS, Dias JSC, Santos IS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Pública. 2001;17(1):131-9.
- 14 Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005;5(Suppl. 1):s23-s32.
- 15 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(10):717-24.
- 16 Bezerra MP. Percepção da gestante sobre a Integridade da Atenção Pré-Natal [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade de Fortaleza; 2008.
- 17 Carvalho VCP, Araujo TVB. 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. Rev Bras Saude Mater Infant. 2007;7(3):309-17.
- 18 Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. Cad Saúde Pública. 2010;26(9):1788-96.
- 19 Puccini RF, Pedroso GC, Silva EM, 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(1):35-45.

---

**Endereço do autor / Dirección del autor /  
Author's address**

Mariur Gomes Beghetto  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul  
Rua São Manoel, 963, Rio Branco  
90620-110, Porto Alegre, RS  
E-mail: mbeghetto@hcupa.ufrgs.br

Recebido em: 26.09.2012  
Aprovado em: 14.08.2013