

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006060015>

INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM GESTANTES: FATORES ASSOCIADOS A PARTIR DO PROCESSO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Érica de Brito Pitilin¹, Sandra Marisa Peloso²

¹ Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: erica.pitilin@uffs.edu.br

² Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: smpelloso@uem.br

RESUMO

Objetivo: analisar as internações por condições sensíveis à atenção primária em gestantes e os fatores associados a partir do processo da atenção pré-natal em um município pólo do Centro-oeste paranaense (Brasil).

Método: trata-se de um inquérito de morbidade hospitalar realizado com amostra de 86 gestantes internadas em hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde.

Resultados: o percentual de internações foi de 70,97% (n=59), com destaque para as internações específicas do período gravídico (51,17%), das quais as internações por infecções no trato geniturinário foram as mais frequentes. Associaram-se ao risco de internar por condição sensível: registro incompleto do cartão da gestante, início tardio da assistência pré-natal (a partir do 2º trimestre), número insuficiente de consultas e conduta clínica inadequada durante a consulta.

Conclusão: os resultados sugerem que um acompanhamento mínimo dessas gestantes diminuiria o risco de internações desnecessárias pressupondo que a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal na região apresenta-se insuficiente.

DESCRITORES: Gestantes. Hospitalização. Cuidado pré-natal. Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde.

PRIMARY CARE SENSITIVE ADMISSIONS IN PREGNANT WOMEN: ASSOCIATED FACTORS BASED ON THE PRENATAL CARE PROCESS

ABSTRACT

Objective: to analyze admissions for primary care sensitive conditions among pregnant women, and the associated factors, based on the process of prenatal care, in a city of the center-west of the Brazilian State of Paraná (Brazil).

Method: this is an inquiry into hospital morbidity undertaken with a sample of 86 pregnant women admitted to hospitals serving the Unified Health System.

Results: the percentage of admissions was 70.97% (n=59), with emphasis placed on admissions specifically during the period of pregnancy (51.17%), among which, admissions due to infections in the genitourinary tract were the most frequent. The following were associated with the risk of admission due to a sensitive condition: incomplete records in the woman's 'pregnancy card' (*cartão da gestante*), delayed initiation of prenatal care (after the second trimester), insufficient number of consultations and insufficient care during the consultation.

Conclusion: the results suggest that a minimum level of care for these pregnant women would reduce the risk of unnecessary admission, evidencing that the quality of care provided during the prenatal period in this region is inadequate.

DESCRIPTORS: Pregnant women. Hospitalization. Prenatal care. Primary health care. Health evaluation.

INTERNACIONES SENSIBLES A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN GESTANTES: FACTORES ASOCIADOS A PARTIR DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRE-NATAL

RESUMEN

Objetivo: analizar las internaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en gestantes y los factores asociados a partir del proceso de atención pre-natal en una municipalidad polo del Centro-oeste paranaense (Brasil).

Método: encuesta de morbilidad hospitalaria realizado con una muestra de 86 gestantes internadas en hospitales con convenio al Sistema Único de Salud.

Resultados: el porcentual de internaciones fue de 70,97% (n=59), con destaque para las internaciones específicas del periodo gravídico (51,17%) de las cuales las internaciones por infecciones en el tracto genitourinario fueron las más frecuentes. Se asociaron al riesgo de internar por condición sensible: registro incompleto de la tarjeta de gestante, inicio tardío de la asistencia pre-natal (a partir del 2º trimestre), número insuficiente de consultas y conducta clínica inadecuada durante la consulta.

Conclusión: los resultados sugieren que un acompañamiento mínimo de estas gestantes disminuiría el riesgo de internaciones innecesarias presuponiendo que la calidad de la asistencia prestada durante la atención pre-natal en la región es insuficiente.

DESCRIPTORES: Mujeres embarazadas. Hospitalización. Atención prenatal. Atención primaria de salud. Evaluación en salud.

INTRODUÇÃO

Um dos indicadores mais utilizados como instrumento indireto da avaliação da capacidade resolutive da atenção primária à saúde (APS) é a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), entendidas como um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção básica diminuiria os riscos de internações evitáveis, representando um indicador de saúde com a finalidade de contribuir para a compreensão dos determinantes no processo saúde-doença.¹

A avaliação indireta dos cuidados primários por meio da utilização de indicadores hospitalares foi inicialmente estudada nos Estados Unidos e atualmente é um tema que permeia discussões em diferentes países no cenário mundial, em especial aqueles que adotam este nível de atenção como prioridade da organização dos seus sistemas de saúde por avaliar o impacto das reformas introduzidas nos últimos anos.²⁻³

A atual política de assistência à saúde no país tem priorizado o investimento e a reorganização da APS adotando como modelo preferencial a Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir de então, estudos vêm sendo desenvolvidos a fim de se avaliar, mesmo que indiretamente, a qualidade da atenção ofertada na atenção básica utilizando dados de internações potencialmente evitáveis com os serviços da APS, demonstrando que a melhor cobertura desse nível de atenção associa-se a redução de ICSAP.⁴⁻⁵

No Brasil, as ICSAP foram as responsáveis por 34% das internações pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), custeando para o sistema R\$ 1,03 bilhões de gastos em internações hospitalares, sendo que 51,9% dessas internações ocorreram em mulhe-

res.⁶ Alguns estudos evidenciaram maiores proporções de internações por CSAP em mulheres superiores a 28% em relação aos homens.⁷⁻⁸ Além disso, ao verificar os grupos de causas e os fatores associados às internações sensíveis específicas de mulheres, ser gestante apresentou risco maior de internar por uma CSAP em relação aos demais grupos.⁹ No entanto, são poucos os trabalhos publicados em relação ao tema na produção científica nacional e internacional até o momento, que evidenciam quais os grupos de causas de internamentos estão relacionados às gestantes avaliando-se indiretamente a qualidade da assistência pré-natal.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a avaliação da política de saúde das gestantes no nível primário nos municípios brasileiros mostrou a existência de dificuldades técnicas e administrativas na maioria deles, resultando em questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada à gestante e o impacto dos indicadores de resultados de saúde nesse grupo.¹⁰ Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de aprofundar a análise sobre a avaliação desses serviços por meio dos determinantes do perfil das internações hospitalares sensíveis à atenção primária de gestantes, o que pode fornecer subsídios para incrementar a capacidade de resolução da APS ao identificar fatores passíveis de melhorias nessa área e contribuir para que profissionais, principalmente da enfermagem, insiram novas condutas e rotinas no atendimento à mulher no período gravídico.

Mesmo com o aumento de 350% na cobertura da assistência pré-natal pela ESF no país, as avaliações referentes à qualidade do processo da assistência à gestante ainda são preocupantes, uma vez que um pequeno porcentual de mulheres recebe assistência adequada durante a gestação, contribuindo

do com a ocorrência de agravos evitáveis e internações desnecessárias.¹¹⁻¹³ Assim, este estudo parte do pressuposto que um acompanhamento mínimo dessas gestantes diminuiria o risco dessas internações. Diante do exposto, analisou-se a proporção das internações por condições sensíveis à atenção primária em gestantes e os fatores que determinam ou influenciam a ocorrência dessas internações, a partir do processo da atenção pré-natal em um município pólo do Centro-oeste paranaense.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal prospectivo baseado em um inquérito de morbidade hospitalar realizado entre os meses de março a junho de 2014, no município de Guarapuava, Paraná, pólo da 5ª Regional de Saúde, com uma população estimada de 167.328 habitantes.¹⁴ O município conta com dois hospitais gerais de média e alta complexidade (o primeiro de natureza predominantemente privada (hospital 1) e o outro se caracteriza por entidade beneficente sem fins lucrativos (hospital 2)). As maternidades de ambos os hospitais são referência para atendimento de gestação de alto risco. As equipes de ESF do município abrangem uma cobertura equivalente a 52,9% (n=98) da população.

O total das internações em gestantes registradas nas duas instituições nos setores da maternidade no ano anterior a coleta foi de 363 internamentos, excluindo-se os partos. Para a determinação do cálculo amostral foi considerada a proporção global de ICSAP estimada em 50% para cada instituição, com erro aceitável de 5%, intervalo de confiança de 95% e acréscimo de 20% de margem de erro para conferir maior estabilidade estatística. A amostra resultou em 22 gestantes para o hospital 1 e 64 para o hospital 2, resultando em uma amostra final de 86 gestantes.

Estiveram elegíveis para a entrevista as gestantes internadas pelo SUS nas duas instituições que fizeram/estavam fazendo o acompanhamento pré-natal na rede pública de saúde. A idade mínima foi de 14 anos, pois as internações abaixo dessa faixa etária ocorriam no setor da pediatria. Não houve limite de idade superior para a inclusão no estudo. As internações transferidas para outras unidades foram excluídas.

Primeiramente, as gestantes foram entrevistadas durante a internação hospitalar. Cada hospital foi visitado de segunda à sexta-feira. No dia da visita, todas as gestantes internadas eram entrevistadas e, a cada nova visita, eram excluídas as que já haviam participado restando apenas os

casos novos. Posteriormente, a investigação sobre a condição nosológica que motivou a internação foi realizada por meio da busca no prontuário eletrônico da paciente. Foi considerado apenas o diagnóstico principal registrado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado com questões que abordaram informações sociodemográficas e econômicas, relacionadas ao uso dos serviços de saúde, a percepção sobre a qualidade da assistência recebida ambulatoriamente e a avaliação do processo da assistência pré-natal. Além disso, a caderneta da gestante também foi avaliada. Foram definidas como variáveis independentes em relação ao desfecho do estudo as características sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, condições de moradia, renda), além de variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde como internação prévia (nos últimos 12 meses), controle regular de saúde (dado pela busca regular e periódica aos serviços de saúde nos últimos 12 meses), local de referência para o controle regular de saúde, profissional que indicou a internação e percepção sobre a qualidade da assistência à saúde recebida ambulatoriamente.

Ainda, as variáveis investigadas registradas no cartão da gestante foram: a) número de consultas do pré-natal (obtido pela contagem dos registros das datas das consultas e considerado o mínimo de 06 como adequado); b) idade gestacional (IG) em semanas; c) início do pré-natal no primeiro trimestre (até 13ª semana); d) mínimo de seis consultas realizadas ajustadas de acordo com a IG (sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre (14ª a 27ª semana) e três no terceiro trimestre (a partir da 28ª semana)); e) procedimentos realizados durante a consulta clínica (considerado adequado a aferição da pressão arterial (PA), peso, medida da altura do fundo uterino (AFU) e registro dos batimentos cardíacos (BCF) com pelo menos um registro detectado nas três primeiras consultas); f) esquema vacinal completo (considerado a presença dos registros das vacinas contra o tétano, hepatite B e influenza); g) coleta do exame citopatológico durante a gestação; h) exames laboratoriais (considerado completo a realização dos exames de tipagem sanguínea, toxoplasmose, HIV/Aids, sífilis, hepatite B, hemograma, parcial de urina, urocultura e glicemia de jejum, em pelo menos dois momentos durante a gestação e ajustados conforme a IG). O registro geral no cartão da gestante foi considerado completo diante da presença de todos os campos preenchidos. Todos

esses aspectos foram aferidos de modo dicotômico (por exemplo, sim ou não, adequado ou inadequado, completo ou incompleto).

Para a definição das afecções cujas internações são sensíveis ao cuidado primário foi utilizada a lista publicada pelo MS empregada como instrumento de avaliação da atenção primária e para verificação do desempenho dos sistemas de saúde.¹⁵ Como referencial teórico para análise e interpretação dos dados adotou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM),¹⁰ especificamente relativa à linha do cuidado na gestante, e o Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.¹⁶

Para a análise dos dados foi utilizado o *software* SPSS versão 20.0. Em um primeiro momento, para estudar a associação entre as variáveis independentes e a ocorrência ou não do desfecho, foi realizado análise bivariada das variáveis em cada nível de determinação utilizando os testes qui-quadrado de Pearson, quando as variáveis apresentavam distribuição normal e exato de Fisher para os dados não paramétricos. Para a associação entre as variáveis foi utilizado Odds Ratio.

A regressão logística foi utilizada para avaliação conjunta das variáveis associadas às condições sensíveis de internação. As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas na análise bivariada foram selecionadas para análise multi-

variada, utilizando o método backward stepwise (likelihood ratio) não condicional. Para todos os testes estatísticos inferenciais foi utilizado nível de significância $p < 0,05$. A qualidade do ajuste foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá sob protocolo n. 304.032/06/05/2013 e CAAE 11729513.6.0000.0104.

RESULTADOS

O percentual de internações sensíveis ao cuidado primário em gestantes foi de 70,97% (n=59) das internações ocorridas no âmbito do SUS. As internações específicas do período gravídico apresentaram a maior frequência (51,17%). Quanto às características sociodemográficas da população estudada, 61,63% (n=53) eram casadas, 51,16% (n=44) tinham baixa escolaridade e 75,57% (n=62) apresentavam renda de até dois salários mínimos. A média de idade foi de 26,01 anos (δ 8,07). A tabela 1 mostra as características das gestantes internadas segundo as variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde. Apesar das gestantes realizarem o pré-natal na ESF, 63,95% (n=55) foram internadas por médicos das unidades de referência, de ambulatórios ou dos próprios hospitais em que as gestantes foram internadas.

Tabela 1 - Características das gestantes internadas na maternidade segundo variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde na estratégia de saúde da família. Guarapuava, PR, Brasil, 2014

| Variáveis | 86 internações | |
|--|----------------|-------|
| | n | % |
| Realiza controle regular de saúde | | |
| Sim | 57 | 66,28 |
| Não | 29 | 33,72 |
| Reside na área da Estratégia Saúde da Família | | |
| Sim | 79 | 91,86 |
| Não | 07 | 8,14 |
| Possui vínculo com a Estratégia Saúde da Família | | |
| Sim | 45 | 52,32 |
| Não | 41 | 47,68 |
| Indicação da internação | | |
| Médicos da Estratégia Saúde da Família | 31 | 36,05 |
| Outros médicos | 55 | 63,95 |
| Duração da internação (dias) | | |
| 1 - 4 | 33 | 38,37 |
| 5 - 9 | 46 | 53,49 |

| Variáveis | 86 internações | |
|--|----------------|-------|
| | n | % |
| 10 - 14 | 07 | 8,14 |
| Internação prévia (últimos 12 meses) | | |
| Sim | 16 | 18,60 |
| Não | 70 | 81,40 |
| Internação por condições sensíveis à atenção primária | | |
| Sim | 59 | 70,97 |
| Não | 27 | 31,36 |
| Condições sensíveis à atenção primária específica do período gravídico | | |
| Sim | 44 | 51,17 |
| Não | 42 | 48,83 |
| Percepção sobre a Estratégia Saúde da Família | | |
| Ótima | 06 | 6,98 |
| Boa | 09 | 45,34 |
| Regular | 35 | 40,70 |
| Ruim | 03 | 3,49 |
| Péssima | 03 | 3,49 |

As causas das internações em gestantes estão distribuídas de acordo com o trimestre gestacional e foram classificadas em ICSAP e condição não sensível (Tabela 2). As principais causas de ICSAP foram as infecções do trato geniturinário ITU no

2º e no 3º trimestre. Por outro lado, as internações não sensíveis prevalentes foram a ameaça de aborto no 1º trimestre e hipertensão materna não específica no 2º e 3º trimestre.

Tabela 2 - Principais causas de internações em amostra de gestantes hospitalizadas distribuídas entre condições sensíveis e não sensíveis conforme o trimestre gestacional. Guarapuava, PR, Brasil, 2014

| Causas | Trimestre | | | | | | Total | |
|---|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Primeiro | | Segundo | | Terceiro | | n | % |
| Sensíveis à atenção primária | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Infecções do Trato Geniturinário gravidez | - | - | 37 | 43,0* | 12 | 13,9 | 49 | 56,9 |
| Pneumonia | 1 | 1,1 | 3 | 5,8 | - | - | 4 | 7,0 |
| Anemia deficiência ferro | - | - | 2 | 2,3 | 3 | 3,4 | 5 | 5,8 |
| Diabetes sem complicação específica | - | - | 1 | 1,1 | - | - | 1 | 1,1 |
| Subtotal | 1 | 1,1 | 43 | 52,3 | 15 | 17,4 | 59 | 70,9 |
| Não sensíveis à atenção primária | | | | | | | | |
| Hipertensão materna não específica | - | - | 5 | 5,8 | 5 | 5,8 | 10 | 11,6 |
| Trabalho parto prematuro | - | - | 2 | 2,3 | 3 | 3,4 | 5 | 5,8 |
| Ameaça de aborto | 5 | 5,8 | - | - | - | - | 5 | 5,8 |
| Pré-eclâmpsia grave | - | - | - | - | 3 | 3,4 | 3 | 3,4 |
| Pielonefrite | - | - | 1 | 1,1 | - | - | 1 | 1,1 |
| Hiperemese gravídica | 2 | 2,3 | - | - | - | - | 2 | 2,3 |
| Edema gestacional | - | - | - | - | 1 | 1,1 | 1 | 1,1 |
| Subtotal | 7 | 8,1 | 08 | 9,3 | 12 | 13,9 | 27 | 31,3 |
| Total | 8 | 9,2 | 51 | 61,6 | 27 | 27,8 | 86 | 100 |

* diferença significativa entre o grupo etário da amostra para $p < 0,05$ (teste exato de Fisher com correção de Yates).

Na tabela 3 estão os resultados das análises bivariadas entre as variáveis estudadas e o desfecho do estudo, categorizado como condição sensível ou não à atenção primária. Nesta primeira análise as variáveis que se mostraram associadas foram: regis-

tro incompleto no cartão do pré-natal, início tardio da assistência pré-natal (a partir do 2º trimestre), número insuficiente de consultas, consulta clínica inadequada e percepção negativa da ESF.

Tabela 3 - Análise bivariada da associação entre as características estudadas e hospitalizações por condições sensíveis ao cuidado primário em gestantes. Guarapuava, PR, Brasil, 2014

| Variável | Condição sensível (n=59) | | Condição não sensível (n=27) | | OR bruto (IC 95%) | p-valor |
|--|--------------------------|-------|------------------------------|-------|--------------------|----------------|
| | n | % | n | % | | |
| Esquema vacinal | | | | | | 0,74246 |
| Incompleto | 24 | 40,67 | 12 | 44,44 | 1,20 (0,47 - 2,93) | |
| Completo | 35 | 59,32 | 15 | 55,55 | | |
| Registro cartão pré-natal | | | | | | 0,03687 |
| Incompleto | 44 | 57,62 | 14 | 51,85 | 3,40 (1,94 - 4,14) | |
| Completo | 15 | 42,37 | 13 | 48,14 | | |
| Início pré-natal 1º trimestre | | | | | | 0,03963 |
| Não | 26 | 44,06 | 10 | 37,03 | 2,70 (1,90 - 3,29) | |
| Sim | 33 | 55,93 | 17 | 62,96 | | |
| Exame citopatológico | | | | | | 0,68496 |
| Não | 30 | 50,84 | 15 | 55,55 | 1,20 (0,48 - 3,01) | |
| Sim | 29 | 49,15 | 12 | 44,44 | | |
| Exames laboratoriais | | | | | | 0,98441 |
| Inadequado | 13 | 22,03 | 6 | 22,22 | 1,02 (0,34 - 3,03) | |
| Adequado | 46 | 77,96 | 21 | 77,77 | | |
| Número de consultas | | | | | | 0,02928 |
| Insuficiente | 48 | 81,35 | 16 | 59,25 | 3,30 (1,90 - 6,12) | |
| Suficiente | 11 | 18,64 | 11 | 40,74 | | |
| Consulta clínica | | | | | | 0,02159 |
| Inadequada | 21 | 35,59 | 15 | 55,55 | 3,30 (1,90 - 5,67) | |
| Adequada | 38 | 64,40 | 12 | 44,44 | | |
| Percepção da Estratégia Saúde da Família | | | | | | 0,00025 |
| Negativa | 36 | 61,01 | 05 | 18,51 | 1,10 (1,41 - 2,05) | |
| Positiva | 23 | 38,98 | 22 | 81,48 | | |

Está na tabela 4 o resultado da análise de regressão logística múltipla para controle dos efeitos das variáveis potencialmente confundidoras. As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas com as condições sensíveis ao cuidado

primário em gestantes no modelo ajustado final foram: registro incompleto do cartão pré-natal, início tardio da assistência pré-natal, número insuficiente de consultas e consulta clínica inadequada.

Tabela 4 - Regressão logística dos fatores associados à internação por condição sensível em gestantes. Guarapuava, PR, Brasil, 2014

| Variável | OR Ajustado | IC 95% | p-valor |
|---|-------------|---------------|---------|
| Registro incompleto do cartão pré-natal | 2,31 | (1,39 - 3,52) | 0,00089 |
| Início tardio da assistência pré-natal | 2,07 | (1,97 - 3,79) | 0,00092 |
| Número insuficiente de consultas | 2,16 | (1,48 - 3,22) | 0,00077 |
| Consulta clínica inadequada | 2,40 | (1,51 - 4,68) | 0,00089 |

DISCUSSÃO

As internações na população de gestantes por CSAP mostraram elevado percentual de internações por condições que poderiam ser evitadas ou reduzidas diante de uma atenção primária oportuna e adequada. A principal causa dessas internações ocorreram por ITU com significância estatística para o 2º trimestre, assim como evidenciado em outros estudos.¹⁷⁻¹⁸ Apesar de frequente na gestação, a prevalência de internamentos hospitalares para tratamento da ITU durante a gravidez demonstra um indicador da ineficácia da assistência pré-natal.¹¹ Um acompanhamento precoce e qualificado permite identificar gestantes com maior fator de risco para a ITU podendo assim evitá-las, uma vez que sua prevalência está associada com piores prognósticos maternos e perinatais.¹⁹

Nesse estudo, uma consulta clínica inadequada apresentou 2,40 vezes a chance de internar por uma condição sensível em relação as demais variáveis. A qualidade do processo da assistência pré-natal verificada por meio dos registros dos procedimentos realizados durante a consulta como abordagem clínica, exame físico, verificação da pressão arterial, palpação obstétrica, ausculta do BCF, avaliação do estado nutricional entre outros, mostrou estar aquém das necessidades das gestantes revelando um pior prognóstico e a ocorrência de internações desnecessárias, à luz de outros estudos realizados nos Estados do Espírito Santo e no Rio de Janeiro.²⁰⁻²¹

Ainda, acrescenta-se que a baixa cobertura da assistência pré-natal, expressada pelo número reduzido nos registros das consultas, também revelou uma falha na qualidade da assistência prestada, resultados próximos encontrados em outros estudos.^{9,16} Em países de média e baixa renda o acompanhamento inadequado da atenção pré-natal é fator de risco significante para o aumento da mortalidade perinatal.²⁰ Destaca-se que a não realização do número mínimo de consultas ajustadas de acordo com a IG esteve associada com o risco de 2,16 vezes de se internar por uma CSAP.

A redução do número de consultas pode ser reflexo do início tardio do acompanhamento pré-natal, o que sugere tanto uma ausência de mecanismos compensatórios para garantir o acesso ao atendimento dessas gestantes, quanto um maior risco de se internar por condições potencialmente evitáveis. Apenas 58,13% das gestantes entrevistadas iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em consonância com outros estudos que também identificaram baixa captação precoce na assistência.^{13,22} A baixa proporção de gestantes que iniciaram precocemente o pré-natal neste estudo pode ser explicada pela baixa cobertura de ESF mostrando que ainda o acesso à assistência nesse nível de atenção na região encontra-se deficitário.

O registro incompleto no cartão pré-natal também esteve associado com maiores chances de internações por CSAP específicas do período gravídico. A ausência de preenchimento dos campos presentes no cartão pré-natal é um fator preocupante por expressar um dos pontos da qualidade da assistência prestada à gestante, uma vez que esse instrumento de registro tem o papel de permitir o fluxo de informações entre os serviços de saúde e o acompanhamento da evolução da gravidez, do parto e do puerpério.¹⁶ Além disso, o registro adequado dos dados no cartão da gestante é valorizado pelas diretrizes nacionais como fonte de informações do pré-natal da mulher, podendo desvendar apenas uma parte das necessidades das gestantes quanto ao atendimento.¹⁷ Os campos em branco nos cartões sugerem a ausência da passagem da gestante pelo serviço ou a passagem no serviço sem o devido registro.

Ressalta-se que neste estudo houve uma menor proporção de registros quanto ao resultado dos exames laboratoriais, principalmente para o exame de urina, semelhante à ocorrência dos estudos realizados no Rio de Janeiro e em Porto Alegre.²³⁻²⁴ É possível que esteja ocorrendo a carência no registro dos resultados dos exames no cartão pré-natal da gestante ou até mesmo uma demora na realização dos mesmos. A avaliação das informações no cartão da gestante em uma revisão sistemática com metanálise

de 19 ensaios clínicos randomizados e cerca de 17.000 participantes mostrou que variáveis dependentes de exames diagnósticos foram as que apresentaram maiores percentuais de dados faltantes.²⁰

Apesar da ampliação na cobertura da atenção pré-natal no Brasil e a importância das equipes de ESF nessa extensão, é evidente a persistência de problemas associados à assistência adequada oferecida à gestante. Embora a ESF apresente vantagens em potencial na assistência pré-natal em relação aos demais modelos de saúde, não se pode pensar que apenas a passagem burocrática da gestante pelo serviço promove a qualidade da atenção, considerando que 79,97% das internações foram por condições sensíveis. A verdadeira construção do modelo de saúde pautado na ESF requer mudanças nas práticas profissionais devendo ser realizadas de forma comprometida com seus preceitos e proposições estratégicas.²⁵ Evidencia-se a necessidade de refletir sobre a implicação do processo formativo dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, considerando o pressuposto de que o cuidado se desenvolve e/ou se adquire durante a formação e perpassa, posteriormente, ao espaço profissional.²⁶

Esses resultados demonstram o desafio da assistência pré-natal e apontam para a necessidade de permanentes avaliações dos serviços de saúde a fim de se reduzir a persistência de agravos considerados evitáveis. A resolutividade do programa relaciona-se com a capacidade de cumprir o que lhe compete devendo estar organizado de forma a atender às necessidades de toda a população de gestantes utilizando-se de meios e recursos adequados disponíveis.²⁷ Ademais, o cuidado durante a gestação necessita ser permeado pela humanização da assistência e pelo respeito às mulheres como sujeitos durante todo o processo.

Ressalta-se que as internações analisadas foram apenas as ocorridas no âmbito do SUS, o que significa uma visão parcial da realidade. Contudo, este estudo pode subsidiar reflexões e discussões entre profissionais e gestores para a melhoria da qualidade da atenção oferecida às gestantes. Sugere-se que as próximas pesquisas utilizem outros indicadores de qualidade da atenção básica fundamentada num marco conceitual que estabeleça quais fatores são influenciados por esse modelo de atenção à saúde.

CONCLUSÃO

Neste estudo, grande parte das internações ocorridas em gestantes foram consideradas sensível à APS, o que sugere falhas no atendimento primário

que deveria ser oportuno e resolutivo no contexto da saúde reprodutiva da mulher, corroborando com a hipótese inicial do estudo. Se por um lado a organização da rede dos serviços de saúde relacionada à baixa cobertura populacional pela ESF pode ter contribuído para elevadas internações por CSAP, por outro, o processo da assistência pré-natal também contribuiu para a ocorrência do evento como falha no preenchimento completo do cartão da gestante, início tardio da assistência (a partir do 2º trimestre), número insuficiente de consultas e conduta clínica inadequada, pressupondo que um acompanhamento mínimo dessas gestantes diminuiria o risco de internações evitáveis.

Além disso, por meio dos objetivos desse estudo, foi possível identificar que outros aspectos do processo da assistência pré-natal como imunização, exame citopatológico do colo do útero e solicitação de exames laboratoriais também mostraram proporções abaixo do preconizado pelas diretrizes e recomendações nacionais. Vale ressaltar que as internações por hipertensão materna foram a segunda causa mais frequente totalizando 11,62% dos internamentos. O diagnóstico em questão não é classificado como uma CSAP, porém seu controle e acompanhamento é de extrema importância para a vitalidade fetal e para a redução dos índices de mortalidade materna.

Apesar dos achados evidentes nesse estudo quanto à necessidade de promover ações específicas na atenção às gestantes, não foi possível a obtenção do desfecho em eventuais gestantes menores de 14 anos. Ressalta-se que as informações relevantes na construção da pesquisa foram extraídas a partir dos registros no cartão da gestante, o que na prática esse número pode evidenciar outra realidade. Ademais, a confiabilidade diagnóstica nos registros de AIH pode configurar outra limitação do estudo, já que o sistema de informação hospitalar tem como objetivo principal o repasse financeiro de acordo com o procedimento realizado, podendo haver uma tendência a registrar com mais facilidade procedimentos mais caros e desse modo, a ocorrência de se ocultar uma CSAP registrando-a como não sensível. Por fim, o conhecimento científico adquirido por meio deste estudo poderá permear a introdução de medidas diferenciadas para a prática.

REFERÊNCIAS

1. Skinner HG, Coffey R, Jones J, Heslin KC, Moy E. The effects of multiple chronic conditions on hospitalization costs and utilization for ambulatory care sensitive conditions in the United States: a nationally representative cross-sectional study. BMC Health Services Research [Internet]. 2016 [cited 2016

- May 05]; 16(77). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26926525>
2. Loenen TV, Faber MJ, Westert GP, VandenBerg MJ. The impact of primary care organization on avoidable hospital admissions for diabetes in 23 countries. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2016 [cited 2016 May 05]; 34(1). Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/02813432.2015.1132883>
 3. Ansari Z, Rowe S, Ansari H, Sindall C. Small area analysis of ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. *Popul Health Manag* [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 12]; 16(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23405877>
 4. Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 03]; 46(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000001>
 5. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 03]; 27(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21666271>
 6. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 03]; 46(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000011>
 7. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Junior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 13]; 34(4). Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001000003
 8. Souza LL, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 03]; 45(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400017>
 9. Pitilin EB, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, Pelloso SM. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 12]; 20(2). Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0441.pdf>
 10. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas e Estratégias, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): MS; 2011.
 11. Hackenhaar AA, Albernaz EP. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 12]; 35(5). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n5/02.pdf>
 12. Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família no município do Rio de Janeiro. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 13]; 17(10). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000028>
 13. 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* [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 12]; 27(10). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>
 14. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. IPARDES. 2013. Perfil dos municípios. Curitiba (PR): Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social.
 15. Brasil. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Dispõe sobre a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e da outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 18 abr 2008. Seção I.
 16. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: MS; 2012.
 17. Amiri M, Lavasani Z, Norouzirad R, Najibpour R, Mohamadpour M, Nikpoor AR, et al. Prevalence of urinary tract infection among pregnant women and its complications in their newborns during the birth in the hospitals of Dezful City, Iran, 2012 - 2013. *Iran Red Crescent Med J*. [Internet]. 2015 [cited 2016 May 05]; 17(8). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=26430526&dopt=abstractplus
 18. Haider G, Zehra N, Munir AA, Haider A. Risk factors of urinary tract infection in pregnancy. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 2010; [cited 2015 May 13]; 60(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20225781>
 19. Labi AK, Yawson AE, Ganyaglo GY, Newman MJ. Prevalence and associated risk factors of asymptomatic bacteriuria in ante-natal clients in a large teaching hospital in Ghana. *Ghana Med J* [Internet]. 2015; [cited 2016 May 05]; 49(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676592/pdf/GMJ4903-0154.pdf>
 20. Kikuchi K, Ansah EK, Okawa S, Enuameh Y, Yasuoka J, Nanishi K. et al. Effective linkages of continuum of care for improving neonatal, perinatal, and maternal mortality: a systematic review and meta analysis. *Plos One* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 05]; 10(9).

- Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0139288>
21. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010; [cited 2015 Mar 23]; 32 (11). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001100008>
 22. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 14]; 10 (14). Available from: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000934.pdf>.
 23. 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* [Internet]. 2012 [cited 2015 Apr 12]; 28(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>
 24. Gomes RMT, César JA. Perfil epidemiológicos de gestantes e qualidade pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 15]; 8 (27). Available from: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/241>.
 25. Souza MG, Mandu ENT, Elias AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 17]; 22(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300025>
 26. Alberti GF, Schimith MD, Budó MLD, Neves GL, Rosso LF. Atributo do primeiro contato na atenção básica e práticas de cuidado: contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 13]; 25(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004400014>
 27. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 14]; 21(2). Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf.