



ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ANALYSIS OF THE QUALITY OF THE PRENATAL CARE IN THE FRAMEWORK OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL CONTEXTO DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Cristiano Leonardo de Oliveira Dias¹, Renê Ferreira da Silva Junior², Sônia Maria de Oliveira Barros³

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade do pré-natal prestada pelos enfermeiros e médicos da Estratégia de Saúde da Família. **Método:** estudo observacional, descritivo, transversal com abordagem quantitativa. A fonte dos dados foi o cartão pré-natal. Os dados foram coletados por meio de um formulário respaldado no Índice de Kessner modificado, foi elaborada uma planilha do programa Excel com base nas variáveis, posteriormente transferida para o programa Statistical Package for Social Science 18.0, os resultados foram apresentados por meio de tabelas. **Resultados:** a avaliação do pré-natal realizado por enfermeiros e médicos apresentou-se, segundo o Índice Kessner, 67,6% e 68,5% de adequação, respectivamente. Constatou-se a influência desta assistência sobre o peso do recém-nascido e sobre o Índice de Apgar. **Conclusão:** na maioria das vezes, há qualidade superior na assistência pré-natal prestada por enfermeiros e médicos em comparação com outros serviços. Há homogeneidade entre a assistência prestada por ambos profissionais. **Descritores:** Assistência Pré-Natal; Cuidados de Enfermagem; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to analyze the quality of prenatal care provided by nurses and physicians from the Family Health Strategy. **Method:** observational, descriptive, transversal study with quantitative approach. The data source was the prenatal card. Data were collected using a form extracted from the modified Kessner Index. An Excel spreadsheet based on the variables was elaborated, later transferred to the Statistical Package for Social Science 18.0 program, the results were presented by means of tables. **Results:** the prenatal evaluation performed by nurses and physicians presented, according to the Kessner Index, 67.6% and 68.5% of adequacy, respectively. The influence of this care on the weight of the newborn and on the Apgar Index was verified. **Conclusion:** most of the time, there is superior quality in prenatal care provided by nurses and physicians compared to other services. There is homogeneity between the assistance provided by both professionals. **Descriptors:** Prenatal Care; Nursing Care; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: analizar la calidad de la atención prenatal por los médicos y enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio observacional, transversal, descriptivo, con un enfoque cuantitativo. La fuente de datos fue la tarjeta prenatal. Los datos fueron recolectados a través de una forma obtenida del índice de Kessner modificado, hubo elaboración de una hoja de cálculo en el programa Excel basada en las variables, después transferido al Statistical Package for Social Science 18.0, los resultados se presentan en las tablas. Se presentó la evaluación de la atención prenatal realizado por enfermeros y médicos, según el índice de Kessner, el 67,6% y el 68,5% de la adecuación, respectivamente. **Resultados:** se encontró la influencia de esta asistencia en el peso del recién nacido y la puntuación de Apgar. **Conclusión:** la mayoría de las veces, la atención prenatal por los enfermeras y los médicos es de primera calidad en comparación con otros servicios. La asistencia proporcionada por los dos profesionales es homogénea. **Descriptores:** Atención Prenatal; Atención de Enfermería; Estrategia de Salud Familiar.

¹Enfermeiro, Mestre em Ciências da Saúde, Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo/Unifesp. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: cristianoleonardodia@yahoo.com.br; ²Enfermeiro, Mestrando em Ensino em Saúde, Pós-graduação em Ensino em Saúde, Universidade Federal dos Vales do Mucuri e Jequitinhonha/UFVJM. Diamantina (MG), Brasil. E-mail: renejunior_deny@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutora em Enfermagem Materna e Infantil, Professora Titular, Universidade Federal de São Paulo/Unifesp. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: sbaross@unifesp.br

INTRODUÇÃO

A importância da avaliação dos serviços de saúde é notória, assim como a discussão das políticas de saúde e a praticabilidade dos serviços.¹ Nesse contexto, a avaliação da assistência pré-natal ocupa importante espaço na atenção à saúde da população. As ações programáticas inerentes ao pré-natal permitem o acompanhamento durante o ciclo gravídico, o que torna possível identificar situações de risco para o binômio mãe-feto e permitem agir de forma precoce para que se façam intervenções necessárias.²

A assistência pré-natal norteada pela qualidade tem como um dos seus objetivos primordiais minimizar a ocorrência de desfechos negativos, como crescimento uterino retardado, prematuridade, baixo peso ao nascer, que impactam diretamente na mortalidade infantil, indicador da condição de vida e saúde de uma população.^{3-4-5,2,25}

Assim como a infantil, a mortalidade materna é um indicador para avaliar as condições de saúde de uma população, tendo em vista que, dependendo das condições em que morrem as mulheres e crianças, pode-se avaliar o desenvolvimento de uma determinada sociedade.^{3,5}

No contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), são atribuídos à equipe interdisciplinar a receptividade e o acolhimento aos usuários da atenção primária, especialmente à mulher grávida. A atenção direcionada à gravidez inclui a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e tratamento dos problemas ocorridos durante o ciclo gravídico-puerperal, tanto na mulher quanto no recém-nascido.⁶⁻⁷ Norteada por estes pressupostos, a ESF objetiva orientar e esclarecer sobre pré-natal, parto e cuidados com o recém-nascido, visando a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, visto que as causas são evitáveis e dependentes da qualidade da assistência prestada durante a gestação.⁸⁻⁹

Poucos são os estudos que avaliam o desempenho da ESF na atenção pré-natal, se comparados ao modelo tradicional. Alguns resultados indicam que a estratégia atua com serviço de melhor qualidade, em particular, na assistência à saúde da gestante.¹⁰⁻²

Diante da necessidade de indicadores que possam avaliar o desempenho dos programas de atenção pré-natal, o Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências da América do Norte desenvolveu, em 1973, um indicador composto, conhecido como Índice de Kessner, que contempla o mês do início do pré-natal e o número total de consultas.¹³⁻⁴ Esse indicador

vem sofrendo alterações, para adequação, destacando-se o trabalho de Kotelchuck, que partindo do índice anterior, ponderou o número de consultas pré-natais pela idade gestacional e criou categorias de adequação da atenção pré-natal.¹⁵ Neste trabalho, utiliza-se o Índice de Kessner adaptado por Takeda.¹⁶

O objetivo do presente estudo foi analisar a qualidade do pré-natal prestada pelos enfermeiros e médicos da Estratégia de Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo observacional, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, utilizando-se as informações registradas nos cartões de pré-natal e a relação desta assistência com o peso do recém-nascido e o Índice de Apgar em consonância com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

A coleta de dados ocorreu no Serviço de Obstetrícia do Hospital Universitário Clemente Faria (HUCF), hospital-escola da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, localizado no município de Montes Claros (MG), Brasil, por ocasião da resolução da gravidez, no período de janeiro de 2011 a junho de 2011.

A população do estudo foi constituída por 200 gestantes (cartões das gestantes) atendidas no serviço de obstetrícia do referido hospital, por ocasião da resolução da gravidez. O critério de inclusão para análise considerou as gestantes atendidas no serviço de obstetrícia do HUCF que tenham realizado a assistência pré-natal exclusivamente na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros (MG), cujo pré-natal tenha sido classificado como de risco habitual, segundo classificação do Ministério da Saúde. As gestantes que realizaram o pré-natal em Centros de Saúde ou consultórios particulares e cujo pré-natal tenha sido classificado como de alto risco segundo classificação do Ministério da Saúde foram excluídas da coleta e análise dos dados.

Elaborou-se um formulário baseado no Índice de Kessner modificado, contemplando as variáveis do índice e associando às variáveis extraídas do PHPN. A coleta de dados foi efetuada em forma de *check-list* a partir das informações registradas no cartão da gestante, uma vez que este é o último meio de comunicação entre as gestantes atendidas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e profissionais da maternidade. A partir dele, foi elaborada uma planilha do

programa *Excel* com base nas variáveis, posteriormente transferida para o programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) 18.0*.

A escolha das variáveis baseou-se no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde, sendo selecionadas: idade gestacional na primeira consulta, número de consultas pré-natais, exames laboratoriais realizados - como grupo sanguíneo e fator Rh, hemoglobina e hematócrito na primeira consulta, o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratories*), solicitado na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação; urina tipo I (sumário de urina/urina rotina), um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação. Em relação ao teste para detecção do HIV, foi avaliada a solicitação do exame na primeira consulta e a do terceiro trimestre da gestação.

O estado vacinal da gestante foi investigado com os seguintes critérios: aplicação de vacina antitetânica até dose imunizante (segunda) do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. Foram consideradas outras variáveis de acordo com a rotina do Município de Montes Claros (MG), Brasil, como: sorologia para rubéola e toxoplasmose, sorologia para HBsAg (hepatite B), realização da colpocitologia oncótica.

Os procedimentos técnicos realizados durante a assistência ao pré-natal pelos prenatalistas enfermeiros e médicos foram outras variáveis utilizadas no estudo: a aferição da pressão arterial (PA), altura uterina (AU), movimento fetal (MF); pesagem da gestante e cálculo do índice de massa corporal (IMC), ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF). Consideraram-se estes procedimentos como realizados, levando-se em conta o número de vezes que foram registrados.

Em relação ao recém-nascido, tomaram-se as seguintes variáveis para estabelecer relação entre a qualidade da assistência prestada e sua repercussão sobre estas variáveis: peso ao nascer e Índice de Apgar.

A amostra selecionada de cartão de gestantes foi dividida em dois grupos: Grupo um, composto por cartões de gestantes que receberam assistência do pré-natal por enfermeiros; e Grupo dois, composto por cartões de gestantes cuja assistência do pré-natal foi prestada por médicos.

A adequação do acompanhamento do pré-natal foi avaliada de três formas: Combinando-se o número de consultas com a época do início do pré-natal de acordo com o Índice de Kessner modificado: *adequado* = seis ou mais consultas e início do pré-natal antes do 4º (quarto) mês de gestação¹⁷; *inadequado* = início do pré-natal após 4º (quarto) mês de gestação, ou menos de três consultas; *intermediário* = demais situações.

Acrescentando-se ao Índice Kessner modificado o número de vezes em que exames complementares foram registrados: hemograma (hemoglobina/hematócrito), tipagem sanguínea e determinação do fator Rh materno, exame de urina tipo I, VDRL, glicemia jejum, os três últimos repetidos na 30ª semana de gestação, testagem anti-HIV (na primeira consulta), sorologia para rubéola e toxoplasmose. A adequação ficou assim definida: além dos critérios anteriores, um mínimo de um registro de cada um dos exames, salientando-se que os exames de urina tipo I, VDRL, glicemia jejum são repetidos na 30ª semana de gestação; também será observado o registro de condutas mediando resultados dos exames; *inadequado* = início do pré-natal após 4º (quarto) mês de gestação, ou menos de três semanas, ou nenhum exame registrado; *intermediário* = demais situações.

E adicionando-se ao anterior o número de vezes em que os procedimentos da consulta pré-natal foram registrados: aferição da pressão arterial (PA), altura uterina (AU), movimento fetal (MF), pesagem da gestante e ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF) foram registrados; para estes últimos critérios serão estabelecidos pontos de corte a fim de se configurarem inadequação, situação intermediária e adequação. Ressalte-se que tais procedimentos estão diretamente relacionados com o ideal de no mínimo seis consultas de pré-natal, que batimento cardíaco fetal é possível com 17 semanas, em média, e com 19 semanas em quase todas as gestações em mulheres não obesas utilizando-se o Pinard.

Para descrever os procedimentos realizados nas consultas, a idade gestacional em que se iniciou o pré-natal, o número de consultas subsequentes, o peso e o Índice de Apgar do recém-nascido, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, tais como distribuição de frequência, média, mediana e desvio-padrão.

Para verificar a existência de homogeneidade entre a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pelos enfermeiros e pelos médicos na Estratégia de

Saúde da Família, foi realizado o teste do Qui-quadrado, pelo qual foram observadas e comparadas as frequências dos três tipos de cartões de gestantes nos dois grupos formados.

As proporções com que cada um dos procedimentos e exames laboratoriais foi realizado nos dois grupos serão comparadas através do teste Qui-quadrado.

Para identificar associação entre a qualidade da assistência ao pré-natal prestada na Estratégia de Saúde da Família e o peso e Índice de Apgar do recém-nascido, serão utilizados a análise de variância (ANOVA) e o teste de Kruskal-Wallis.

Pela comparação do Índice de Kessner entre os pré-natais acompanhados por enfermeiros e médicos, o interesse foi avaliar se a classificação dos diferentes Índices de Kessner era semelhante para o grupo de profissionais médicos e os profissionais de enfermagem, ou seja, buscou-se verificar se as adequações eram estatisticamente significantes e semelhantes entre os dois grupos. Em tais comparações, foi utilizado o teste Qui-Quadrado. Para todos os testes foi utilizado um nível de significância de 5%, ou seja, foi considerado haver diferença entre os grupos quando p-valor foi menor do que 0,05.

Na comparação dos resultados obtidos pelas três avaliações do Índice de Kessner separadamente prenatalistas enfermeiros e médicos, o interesse foi avaliar se os resultados obtidos pelas três avaliações do Índice de Kessner eram semelhantes entre si. Desta forma, buscou-se verificar se as classificações encontradas eram estatisticamente significantes e semelhantes entre índices. Esta análise foi realizada separadamente para profissionais médicos e para os profissionais de enfermagem.

Para tais comparações, foi utilizado o teste não paramétrico de Friedman. Em todos os testes foi utilizado um nível de significância de 5%, ou seja, foi considerado haver diferença entre os grupos quando p-valor foi menor do que 0,05.

Ressalta-se que todos os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução nº 466/2012¹⁸ do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata das diretrizes e normas que regulamentam a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, foram totalmente respeitados durante a realização desse estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes (Parecer consubstanciado nº 1075).

RESULTADOS

Na adequação do pré-natal, considerando os três índices adotados, observa-se que 67,6% e 68,5% dos pré-natais acompanhados por médicos e enfermeiros, respectivamente, são classificados como adequados, sem o critério de inadequação para ambos os grupos. Quando se aplica o teste Qui-quadrado com nível de significância de 5%, não se constata diferença estatisticamente significativa entre os índices avaliados para cada grupo, pois o teste não apresenta p-valor menor que 0,05, conforme mostrado na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta resultados obtidos pela avaliação do Índice de Kessner modificado, separadamente para cada prenatalistas. Desta forma, o pré-natal realizado pelo médico apresentou-se adequado em 67,6% para o Índice Kessner, 66,7% para o mesmo índice, adicionados exames laboratoriais e procedimentos realizados durante o pré-natal; para os outros critérios, os valores apresentam-se semelhantes, nos quais não se constatou diferença estatisticamente significativa entre os critérios de adequação estabelecidos de acordo com p-valor menor que 0,05. O mesmo acontece com os resultados apresentados para os critérios de adequação do pré-natal assistido pelo enfermeiro, com 67,4 % classificado como adequado para o Índice Kessner, adicionados os exames laboratoriais e procedimentos realizados durante o pré-natal; e 68,5% classificado como adequado para o Índice Kessner com mesmo resultado de significância estatística adotada.

A análise de variância utilizada para estabelecer a associação entre a qualidade da assistência ao pré-natal prestada por enfermeiros e médicos na Estratégia de Saúde da Família no Município de Montes Claros, com o peso e Índice de Apgar do recém-nascido, constatou peso superior ao considerado baixo peso para recém-nascidos de pré-natal de risco habitual, ou seja, peso inferior a 2500g com média de 3081, 6g e desvio - DP = 467,0g para recém-nascidos de gestantes acompanhadas por médicos, para os recém-nascidos de gestantes acompanhadas por enfermeiros média de 3169,3g e desvio padrão - DP = 462,8g. O Índice de Apgar no primeiro minuto de vida e quinto minuto de vida do recém-nascido apontou valor considerado normal para os grupos avaliados, mas esta associação não alcançou a significância estatística estabelecia ($p < 0,05$) para ambas variáveis analisadas, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 1. Classificação do Pré-Natal realizado por enfermeiros e médicos aplicando o Índice Kessner modificado por Takeda, realizados na Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros (MG), Brasil, 2011.

		Profissional que registra os dados no cartão de pré-natal				p-valor*
		Médico		Enfermeiro		
		n	%	n	%	
Índice Kessner	Adequado	75	67,6%	61	68,5%	0,884
	Intermediário	36	32,4%	28	31,5%	
Índice Kessner mais exames** laboratoriais	Adequado	74	66,7%	60	67,4%	0,715
	Intermediário	36	32,4%	27	30,3%	
	Inadequado	1	0,9%	2	2,2%	
Índice Kessner mais procedimentos*** realizados no pré-natal	Adequado	74	66,7%	60	67,4%	0,979
	Intermediário	36	32,4%	28	31,5%	
	Inadequado	1	0,9%	1	1,1%	

*Valor de p estatisticamente significante: p<0,05 **Exames laboratoriais de rotina segundo os indicadores do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde ***Procedimentos de rotina realizados durante o pré-natal no município de Montes Claros (MG).

Tabela 2. Classificação do Pré-Natal realizado por enfermeiros e médicos aplicando o Índice Kessner modificado por Takeda, por grupos específicos na Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros (MG), Brasil, 2011.

		Médico						p-valor*
		Índice Kessner		Índice Kessner mais exames** laboratoriais		Índice Kessner mais procedimentos*** realizados no pré-natal		
		n	%	n	%	n	%	
Adequado		75	67,6%	74	66,7%	74	66,7%	0,368
Intermediário		36	32,4%	36	32,4%	36	32,4%	
Inadequado		0	0%	1	9%	1	0,9%	
		Enfermeiro						P-valor
		Índice Kessner		Índice Kessner mais exames** laboratoriais		Índice Kessner mais procedimentos*** realizados no pré-natal		
		N	%	N	%	N	%	
Adequado		61	68,5%	60	67,4%	60	67,4%	0,223
Intermediário		28	31,5%	27	30,3%	28	31,5%	
Inadequado		0	0%	2	2,2%	1	1,1%	

* Valor de p estatisticamente significante: p<0,05, **Exames laboratoriais de rotina segundo os indicadores do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde, ***Procedimentos de rotina realizados durante o pré-natal no município de Montes Claros (MG).

Tabela 3. Relação do Peso e Índice de Apgar recém-nascido de acordo com o pré-natal realizado por enfermeiros e por médicos na Estratégia de Saúde da Família. Montes Claros (MG), Brasil, 2011.

		Profissional que registram os dados no cartão pré-natal		p-valor*
		Médico	Enfermeiro	
Peso do bebê	n	111	89	0,187
	Média	3081,6	3169,3	
	Mediana	3135	3115	
	Desvio padrão	467,0	462,8	
	Mínimo	1465	2110	
	Máximo	4200	4425	
APGAR primeiro minuto	n	111	89	0,167
	Média	7,6	7,8	
	Mediana	8	8	
	Desvio padrão	1,5	0,9	
	Mínimo	1	3	
	Máximo	10	9	
APGAR quinto minuto	n	111	89	0,392
	Média	8,9	9,0	
	Mediana	9	9	
	Desvio padrão	1,2	0,6	
	Mínimo	0	8	
	Máximo	10	10	

*Valor de p estatisticamente significante: p<0,05.

DISCUSSÃO

Quanto à adequação do pré-natal realizado por enfermeiros e médicos, tendo em vista identificar a semelhança entre os grupos estudados estatisticamente significantes, constatou-se que não houve diferenças de adequação do pré-natal entre os grupos estudados. Ressalte-se que, dentre os resultados obtidos pela avaliação dos três Índices de Kessner (Kessner Modificado), a inadequação não está presente nos dois grupos, considerando-se apenas o Índice Kessner; ficou evidente que a classificação foi semelhante não importando o índice.

Em estudo apresentado para avaliar atenção do pré-natal em instituição filantrópica da cidade de São Paulo¹³ no qual também se utilizou o Índice Kessner modificado (número de consultas, idade de início do pré-natal, exames laboratoriais e procedimentos técnicos), seguindo a rotina preconizada pelo PHPN, constatou-se uma inadequação na qualidade do pré-natal de 24,7%, 28,3% e 30,6% levando-se em conta os três índices respectivamente e o fato de que nenhum pré-natal foi adequado quando considerou a adição dos exames laboratoriais ao Índice Kessner.

A partir dessa experiência, pode-se comparar os dados apresentados pelo presente estudo, em que nenhum pré-natal foi considerado inadequado levando-se em conta o Índice Kessner, e apresentou resultados semelhantes entre os grupos estudados quando se consideraram outros índices.

Estudo realizado no Amparo Maternal em São Paulo¹¹ por meio de auditoria que investigou 653 gestantes atendidas, revelou que 38,4% das gestantes tinham o pré-natal classificado como adequado em relação ao índice Kessner, resultado inferior aos valores encontrados no estudo que avalia a qualidade da assistência pré-natal prestada por enfermeiros e médicos na Estratégia de Saúde da Família no município de Montes Claros, onde o pré-natal foi considerado adequado nos pré-natais assistidos por enfermeiros e médicos.

Se adicionados a esse índice os exames laboratoriais, a classificação apresenta-se, novamente, como adequado, intermediário e inadequado na Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros, sendo que o critério de adequação apresenta maior proporção e o critério de inadequação apresenta voleres pouco significativos, quando comparados aos dados do Amparo Maternal em São Paulo, a instituição citada anteriormente, que não apresenta o critério de adequação a nenhuma

gestante quando adicionados os exames preconizados pelo PHPN, confirmando que a qualidade da assistência prestada pelos prenatalistas no município de Montes Claros encontra-se superior ao de outras localidades, conforme dados presentes em outros estudos.

Em estudo de corte transversal de 702 gestações¹⁹, cuja resolução da gravidez ocorreu no Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul com base nos critérios do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PNHPN, 2000), 35,2% das gestantes incluídas no estudo tiveram seu pré-natal classificado como adequado e 57,6% não haviam sido submetidas a todos os exames recomendados; isso evidencia um déficit na qualidade do pré-natal se comparado aos apurados no estudo que avalia a qualidade do pré-natal no município de Montes Claros, quando se considera o Índice Kessner adicionado dos exames laboratoriais.

Não se pode afirmar que o pré-natal realizado por enfermeiros e médicos influencia no peso ou no Índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto de vida, pois os valores não desmonstram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos estudados. Em estudo realizado que estabelece os fatores associados ao nascimento do recém-nascido de baixo peso em uma população de baixa renda²⁰, sendo possível associar a idade avançada materna, prematuridade, número de consultas de pré-natal, hipertensão arterial, hábito de fumar, ausência do pré-natal com o nascimento de recém-nascido de baixo peso.

O presente estudo teve como critério de exclusão as gestantes classificadas com o pré-natal de alto risco, o que impossibilitou a análise de variáveis que poderiam influenciar o peso e o Índice de Apgar do recém-nascido; este não é um objetivo aqui.

A avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada por enfermeiros e médicos na Estratégia de Saúde da Família no município de Montes Claros evidenciou que os recém-nascidos apresentam um desfecho satisfatório em relação à variável peso para recém-nascidos cujos pré-natais foram acompanhados por médicos e enfermeiros, o que evidencia ainda que a adequação do pré-natal não apresenta efeito inequívoco sobre o recém-nascido.²

Constatou-se que o Índice de Apgar apresentou médias semelhantes para os grupos de gestantes acompanhados no pré-natal Estratégia de Saúde da Família no município de Montes Claros, não havendo aí diferença estatisticamente significativa entre

os grupos ($p < 0,05$). O estudo realizado na ESF de Montes Claros apenas comparou o Índice de Apgar dos pré-natais realizados por ambos os prenatalistas; não utilizou com variável de referência o tipo de parto normal e o tipo de parto cesáreo como variável de exposição para que fosse possível estabelecer associação entre o tipo parto e baixa vitalidade do recém-nascido.

O Índice de Apgar é amplamente utilizado para verificar a vitalidade do recém-nascido nos primeiros minutos de vida. O escore é quantificado de 0 a 10 de acordo com a avaliação e cinco sinais objetivos: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele; esses itens são avaliados no primeiro e quinto minutos de vida. Após avaliação do recém-nascido, estabelece-se que um índice de Apgar de 0 a 6 como baixo e de 7 a 10 normal.²¹⁻²²

Em São Paulo²¹ se propôs analisar a vitalidade do recém-nascido por tipo de parto para os nascidos vivos daquele estado em 2003, sendo avaliados 245.005 partos vaginais e 250.740 partos cesáreos, com controle de variáveis como peso ao nascer, duração da consulta, número de consultas pré-natal, idade, estado civil e anos de estudo da mãe; o estudo apresentou taxa de nascidos vivos com Índice de Apgar inferior a 7, registrou 7,9 por mil nascidos vivos no estado de São Paulo, 8,4 por partes vaginais e 7,4 para partos cesáreos.

Ainda no estudo citado, após análises estatísticas, este poderia considerar o tipo de parto cesáreo como fator de proteção para baixa vitalidade do recém-nascido; mas quando se realizou regressão logística múltipla sendo controlados os fatores de ordem obstétrica, demográficas e sociais, a variável tipo de parto deixou de ser estatisticamente significativa.

Usar como critério de avaliação da qualidade da assistência pré-natal apenas o número de consultas e a idade gestacional em que teve início o pré-natal não permite avaliar o serviço de maneira mais ampla, mas ao adicionar o registro de exames coletados ao Índice de Kessner e outros critérios de avaliação, como a adição dos procedimentos técnicos (aferição da pressão arterial, batimentos cardíofetais, peso da gestante, índice de massa corporal, altura uterina) envolvidos no acompanhamento das gestantes, torna-se possível ampliar a avaliação do serviço prestado às gestantes, como foi descrito neste estudo.

CONCLUSÃO

Pôde-se observar como limitação do estudo a falta de registros de alguns dados no cartão de pré-natal que podem influenciar o resultado do estudo. O tipo de avaliação realizada nesta pesquisa, sobretudo, utilizando o índice de adequação, constitui um processo metodológico factível e eficaz, o que pode ser feito como rotina por fornecer subsídios concretos para avaliar e melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal.

Foi possível verificar a existência de uma homogeneidade entre assistência realizada por enfermeiros e médicos, na qual se constata que as gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realizaram número de consultas superiores ao preconizado pelo Ministério da Saúde, tendo acesso aos exames laboratoriais preconizados pelo PHPN; além disso, os procedimentos técnicos estão presentes durante a assistência prestada. Em relação ao peso e Índice de Apgar, a assistência pré-natal na ESF no município de Montes Claros (MG) apresentou desfecho satisfatório, o que evidencia que a adequação do pré-natal não apresenta efeito inequívoco sobre o recém-nascido.

Salienta-se que, ao avaliar o serviço de assistência ao pré-natal, o estudo não teve como objetivo avaliar a estrutura, mas, sim, o processo e o resultado como propõe Donabedian.²³ Dessa forma, não se pode negar a necessidade de avaliar a inter-relação e interdependência entre todos os componentes como estrutura, processo e resultado, por meio de estudos específicos. Por fim, estudo realizado no Estado de São Paulo com profissionais de enfermagem evidenciou que naquele Estado a assistência ao pré-natal era eminentemente centrada no cuidado médico, com a presença de poucos profissionais da enfermagem especialistas, sendo apontado que a experiência foi adquirida apenas na prática em decorrência do contato com outros profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Costa GD, Cotta RMM, Siqueira-Batista R. Avaliação do cuidado da gestante no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 Sept [cited 2012 Jan 04];14(1):1347-57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007
2. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia de Saúde da Família e

unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2012 Jan 04];27(4):787-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018

3. Brasil. Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

4. Lansky S, Franca E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev Saúde Públ [Internet]. 2002 [cited 2012 Jan 04];6(36):759-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13534.pdf>

5. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2007 [cited 2012 Jan 04];7(2):191-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292007000200010&script=sci_arttext

6. Duarte SJH, Oliveira ASM, Assistência Pré-Natal no Programa de Saúde da Família. Esc Anna Nery [Internet]. 2006 [cited 2012 Jan 04];10(1):121-25 [cited 2012 Jan 04]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452006000100016&script=sci_arttext

7. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município de São Paulo. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 Jan 05];61(3):349-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300012&script=sci_arttext

8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

9. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2012 Jan 05];20(5):1281-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022

10. Costa JSD, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2000 [cited 2012 Jan 05];34(4):329-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000400003&script=sci_arttext

11. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sasi RA. Qualidade e equidade na assistência à

gestante: um estudo de base populacional no sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2012 Jan 10];25(1):2507-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009001100020&script=sci_abstract&tlng=pt

12. Ribiero JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2012 Jan 10];20(1):534-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200022

13. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Mater Infant [Internet]. 2005 [cited 2012 Jan 10];5(supl.1):523-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600003

14. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2012 Jan 11];20(5):1160-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500009&script=sci_arttext

15. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [cited 2012 Jan 11];22(1):173-79. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000100018&script=sci_arttext

16. Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [dissertação] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

17. Brasil. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112.

18. Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2013 Dec 12 [cited 2012 Feb 02]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

19. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Esber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2002 [cited 2012 Feb 02];24(5):293-99. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032002000500002&script=sci_abstract&tlng=pt

20. Araújo BF, Tanaka ACA. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [cited 2012 Feb 03];23(12):2869-77. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001200008&script=sci_arttext

21. Kilsztajn S, Lopes ES, Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [cited 2012 Feb 03];23(8): 1886-92. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000800015&script=sci_arttext

22. Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho LHC, Almeida FML, Mattar R, et al. Gestação na Adolescência precoce e tardia - há diferença nos riscos obstétricos? Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2006 [cited 2012 Feb 02];28(8):446-52 Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032006000800002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2

23. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA [Internet]. 1988 Sept [cited 2012 Feb 02];260(12):1743-8. Available from:

http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care_How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf

24. Nogueira LDP, Mamede FV, Souza L. Profile of nursing professionals that act in prenatal care: a descriptive study. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec];10(2):762-70. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7836/pdf_9702

25. Rodrigues RB, Costa DARS, Silva RAR, Davim RMB, Torquato JA, Oliveira LFM. Neonatal mortality: an epidemiological study in a public maternity. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec];7(10):5968-75. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2914/pdf_3641

Submissão: 28/12/2016

Aceito: 05/04/2017

Publicado: 01/06/2017

Correspondência

Renê Ferreira da Silva Junior

Rua Santos Leite, 5, Ap. 201

Bairro Santo Expedito

CEP: 39400-482 – Montes Claros (MG), Brasil