

Avaliação da assistência pré-natal segundo indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

Carla Gisele Vaichulonis ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6721-1820>

Rodrigo Ribeiro e Silva ²

 <https://orcid.org/0000-0001-9112-6511>

Andreza Iolanda Apati Pinto ³

 <https://orcid.org/0000-0002-1455-0017>

Indianara Rodrigues Cruz ⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-7982-4093>

Ana Clara Mazzetti ⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-2590-7146>

Luciane Haritsch ⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-2973-8311>

Karine Vlastuin dos Santos ⁷

 <https://orcid.org/0000-0002-8109-2167>

Guilherme Schroeder Stepic ⁸

 <https://orcid.org/0000-0003-0768-3134>

Larissa Cano de Oliveira ⁹

 <https://orcid.org/0000-0002-8785-4089>

Melquizedek Félix da Silva ¹⁰

 <https://orcid.org/0000-0002-9460-9794>

Jean Carl Silva ¹¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3094-8180>

^{1,10} Departamento de Ensino e Pesquisa. Maternidade Darcy Vargas. Rua Miguel Couto, 44. Joinville, SC, Brasil. CEP: 89.202-190. E-mail: carlinhanurse@yahoo.com.br
^{2-9,11} Universidade da Região de Joinville. Joinville, SC, Brasil.

Resumo

Objetivos: avaliar a assistência pré-natal prestada a gestantes de baixo risco usuárias do Sistema Único de Saúde da cidade de Joinville – SC.

Métodos: trata-se de um estudo observacional transversal realizado de março de 2018 a fevereiro de 2019, mediante entrevista e análise do Cartão da Gestante de puérperas maiores de 18 anos, procedentes de Joinville, que realizaram o pré-natal no SUS, sendo excluídas puérperas desistentes. Avaliou-se a assistência pré-natal mediante critérios preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

Resultados: foram entrevistadas 683 puérperas. Os critérios com maiores índices de adequação foram acessibilidade (99,6%), início precoce do pré-natal (92,7%) e realização de 6 ou mais consultas (87,1%) e os critérios que apresentaram as menores taxas de adequação foram o conjunto de orientações (17,7%) e os exames do terceiro e primeiro trimestre (42,5% e 63,5% respectivamente).

Conclusão: conclui-se que a assistência pré-natal realizada pelo SUS da cidade de Joinville, não obstante da acessibilidade praticamente universal, do início precoce e da prevalência de puérperas com mais de 6 consultas, demonstrou declínio acentuado na análise dos indicadores preconizados.

Palavras-chave Avaliação em saúde, Saúde materno-infantil, Cuidado pré-natal



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000200006>

Introdução

A assistência pré-natal (PN) é um dos pilares do cuidado à saúde materno-infantil, cuja relevância para a redução da morbimortalidade dessa população já se encontra estabelecida.¹⁻³ A ausência ou inadequação da assistência durante o período PN pode trazer graves consequências para a saúde da mãe e do feto.¹⁻⁵

Estudos realizados em 2015 e 2012 na cidade de Joinville, que analisaram respectivamente 4.206 prontuários de puérperas e 921 bebês internados em uma Unidade Neonatal, concluíram que gestantes que realizaram 6 ou menos consultas PN tiveram mais complicações na gestação e os fetos apresentaram baixo peso ao nascer, maior risco de prematuridade e óbito neonatal.^{4,5} Corroborando com este resultado, outros estudos realizados em 2011 e 2013 nas cidades de São Paulo e Teresina, que analisaram 2.404 gestantes e 208 puérperas, respectivamente, enfatizaram claramente a relação entre a assistência PN e o bem-estar do neonato.^{1,6}

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula-se que, em 2015, 303 mil mulheres morreram de causas evitáveis inerentes à gravidez, 2,7 milhões de bebês morreram no período neonatal e 2,6 milhões de fetos eram natimortos.⁷ No Brasil, entre 1990 e 2015, houve um decréscimo na razão de mortalidade materna de 141 para 60 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, representando uma redução de 58%. A respeito da taxa de mortalidade neonatal entre 2000 e 2015, houve um decréscimo de 16,7% para 9,4%.^{8,9}

Estas quedas exponenciais ocorreram em virtude de avanços significativos nas políticas públicas de saúde desde a década de 1990, dentre eles a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a evolução das coberturas vacinais, a implementação do Sistema Nacional de Informações, e implantação de programas de saúde expressivos como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF).¹⁰

Em 2016, líderes mundiais reuniram-se na Cúpula das Nações Unidas com a finalidade de analisar e implementar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, no qual a OMS idealiza, dentre outros, o acesso a cuidados de saúde adequados a todas mulheres e recém-nascidos durante a gravidez, parto e puerpério, visando à redução da mortalidade evitável materna e neonatal, bem como o acesso universal aos serviços de saúde.¹¹

Os atuais programas vigentes do MS como o Programa de Humanização no Pré-natal e

Nascimento (PHPN), Rede Cegonha (RC) e Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco implementados em 2000, 2011 e 2012, respectivamente, preconizam a integralidade da assistência prestada à saúde da mulher e neonato, dispondo dos objetivos de reduzir as taxas de morbimortalidade, garantir a acessibilidade aos serviços de saúde, o acolhimento pela equipe e qualidade da atenção PN, assistência ao parto e puerpério.^{3,12,13}

Segundo o PHPN, uma assistência PN ideal corresponde ao cumprimento das seguintes recomendações: início da assistência PN até o 4º mês de gestação; número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo; aplicação de vacina antitetânica dose imunizante ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional e garantia de acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco e realização de exames laboratoriais no primeiro e terceiro trimestre.¹²

Tendo em vista a escassez de estudos avaliativos sobre a qualidade dos serviços de saúde, espera-se que este estudo forneça subsídios para a avaliação e melhoria da assistência de PN no município de Joinville.

Métodos

Trata-se de um estudo tipo corte transversal randomizado realizado entre março de 2018 a fevereiro de 2019 com foco na avaliação da assistência PN em Joinville – SC; os sujeitos do estudo foram puérperas de baixo risco que tiveram seus bebês na Maternidade Darcy Vargas da cidade de Joinville – SC.

A amostra aleatória estratificada foi determinada pelo programa Randomized Research através da seleção de 10 dias por mês no período de 12 meses. Nos dias selecionados, aplicaram-se entrevistas a todas as puérperas que possuíam os critérios de inclusão deste estudo: possuir 18 anos ou mais, realização da assistência PN de baixo risco integralmente na rede pública de saúde da cidade de Joinville, possuir em mãos o Cartão de Gestante, falar e compreender o idioma português e aceitar participar voluntariamente da pesquisa, mediante leitura e assentimento do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), sendo informado o livre arbítrio de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Constituiu critério de exclusão a desistência em participar da pesquisa no decorrer da entrevista.

Foi assegurada a confidencialidade e sigilo das

informações quanto ao conteúdo e identificação das puérperas, bem como o anonimato por ocasião da publicação conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. A coleta foi realizada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional *Hans Dieter Schmidt* sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº 82366218.1.0000.5363 e Parecer Consubstanciado nº 2.480.567 de 31 de janeiro de 2018.

As fontes de dados do estudo compreenderam: entrevista direcionada à puérperas e análise dos dados transcritos no Cartão de Gestante.

As variáveis coletadas mediante a entrevista para a caracterização sociodemográfica da população estudada foram: idade, escolaridade, raça referida, renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda, situação conjugal, atividade remunerada e história obstétrica prévia e atual. Coletou-se informações acerca da participação em atividades educativas e/ou orientações recebidas acerca da gestação, parto e puerpério, sendo estas: quais os tipos de parto (parto cesárea e parto normal) e qual o melhor para a mulher e recém-nascido; reconhecimento dos sinais anormais da gestação; importância do aleitamento materno para a mulher e para o neonato; métodos contraceptivos após o parto; consulta de revisão ginecológica após 40 dias do parto; importância da consulta do recém-nascido na primeira semana de vida.

Para a avaliação do processo assistencial, as variáveis incluídas coletadas do Cartão de Gestante foram: idade gestacional (IG) da primeira consulta, expressa em semanas; número de consultas total realizadas no PN; anotação de dose imunizante ou reforço da vacina antitetânica; exames ABO Rh, Hb/Ht, VDRL, Anti-HIV, Urina e Glicemia de jejum. A avaliação da qualidade da assistência PN ocorreu mediante a análise dos critérios individuais sugeridos pelo PHPN e dos indicadores de Processo do PHPN, a partir dos dados disponíveis no Cartão de Gestante e entrevistas realizadas, sendo estes:

Critérios avaliados segundo PHPN:

1. Início do PN até o quarto mês de gestação;
2. Mínimo de 6 consultas de PN;
3. Dose imunizante ou reforço de vacina antitetânica;
4. Gestantes que participaram de atividades educativas ou receberam orientações no decorrer das consultas PN;
5. Exames 1º trimestre: ABO/Rh; Hb/Ht; anti-HIV; VDRL; Urina tipo 1 e Glicemia de jejum;
6. Exames 3º trimestre: VDRL; Urina tipo 1 e Glicemia de jejum;

Indicadores de Processo segundo PHPN:

1. Percentual de gestantes que realizaram a 1ª consulta até o quarto mês de gestação;
2. Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de PN;
3. Percentual de gestantes que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;
4. Percentual de gestantes que receberam orientações e participaram de atividades educativas;
5. Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de PN e todos os exames previstos pelo PHPN;
6. Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de PN, todos os exames básicos e a dose imunizante da vacina antitetânica.

Concomitantemente à coleta foi realizada a digitalização dos dados em um banco eletrônico com dupla entrada, para verificação de concordância e possíveis erros de digitação. Foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, para análise estatística dos dados. Todas as variáveis foram analisadas descritivamente, assim, as variáveis contínuas (numéricas) foram estudadas por meio do cálculo de médias e desvios-padrão. Para as variáveis qualitativas calcularam-se frequências absolutas e relativas.

Resultados

Participaram do estudo 683 puérperas cuja média de idade era de 26,1 anos \pm 5,6 anos com maior prevalência entre 20 a 29 anos de idade 61,7% (n=422) a raça branca foi a mais referida 63,6% (n=434) e a escolaridade prevalente foi de 8 a 11 anos de estudo 77,7% (n=530). Mais da metade da população estudada exercia atividade remunerada 54,6% (n=54,6%), estavam em uma relação conjugal estável 66,5% (n=454), possuíam família constituída entre 4 e 6 pessoas 58,2% (n=397) e não planejaram a gestação 63% (n=430). Estes dados foram agrupados na Tabela 1.

Na Figura 1, observa-se que os critérios com melhores índices de adequação foram a cobertura da assistência pré-natal com 99,6% (n=683), o início da assistência PN até o quarto mês com 92,7% (n=633) e a realização de 6 ou mais consultas pré-natal com 87,1% (n=595) de adequação. Os critérios com os menores índices de adequação foram os exames do primeiro trimestre com 63,5% (n= 433), os exames do terceiro trimestre com 57,5% (n=393) e o recebimento do conjunto de 6 orientações no decorrer da assistência PN relatado por 17,7% (n=120) das entrevistadas.

Tabela 1

Características maternas da população estudada. Joinville, 2019.

Variáveis	N=643	%
Idade (anos)		
$\bar{X} \pm DP$	26,1 \pm 5,6	
18 – 19	73	10,7
20 – 24	234	34,2
25 – 29	188	27,5
30 – 34	125	18,3
≥ 35	63	9,3
Escolaridade (anos)		
Analfabeta	1	0,1
≤ 7	57	8,3
8 – 11	530	77,7
≥ 12	95	13,9
Cor da pele		
branca	434	63,6
parda/negra	226	33,1
Outras (amarela, indígena)	23	3,3
Renda familiar (SM)		
Sem renda/Não informado	44	6,5
≤ 1 SM	34	5,0
1,1 - 1,9 SM	181	26,5
2 - 4,9 SM	368	53,9
≥ 5 SM	56	8,1
Profissão		
Remunerada	373	54,6
Não remunerada	310	45,4
N° pessoas vivem renda		
$\bar{X} \pm DP$	4,4 \pm 1,3	
≤ 3	253	37,0
4 – 6	397	58,2
7 – 9	33	4,8
Situação conjugal estável	454	66,5
História reprodutiva prévia		
Cesariana prévia	256	37,5
1° gestação ≤ 18 anos	232	34
Aborto	108	15,8
Infertilidade	59	8,6
Óbito fetal ou perinatal	28	4,1
História reprodutiva atual		
Gestação não planejada	430	63
ITU	166	24,3
DHEG sem tratamento	63	9,2
DMG sem tratamento	24	3,5

SM =Salário Mínimo; ITU = Infecção do Trato Urinário; DHEG= Doença Hipertensiva Específica da Gestação; DMG = Diabetes Melitus Gestacional.

A Figura 2 evidencia os índices referentes às Orientações realizadas no decorrer do PN, a qual comprova que os indicadores mais relatados foram sinais anormais da gestação 81,5% (n=557), aleitamento materno 64,9% (n=443) e consulta do bebê 58,3% (n=398). Os critérios menos referidos foram

consulta de revisão ginecológica 50,7% (n=346), tipos de parto 49,7% (n=339) e contracepção pós-parto 36,6% (n=250). Somente 22,1% (n=151) das entrevistadas referiram terem participado de Grupo de Gestantes na Unidade de Saúde do PN.

Figura 1

Critérios para realização do pré-natal idealizado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Joinville, 2019.

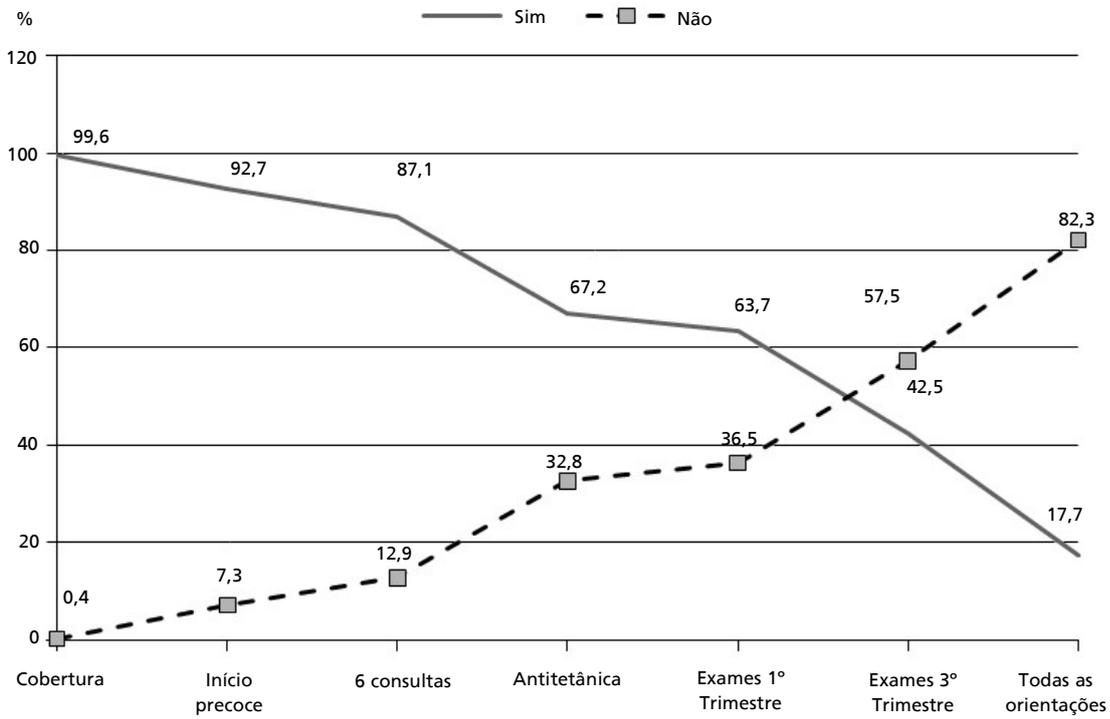


Figura 2

Orientações recebidas no pré-natal, referidas pelas entrevistadas. Joinville, 2019.

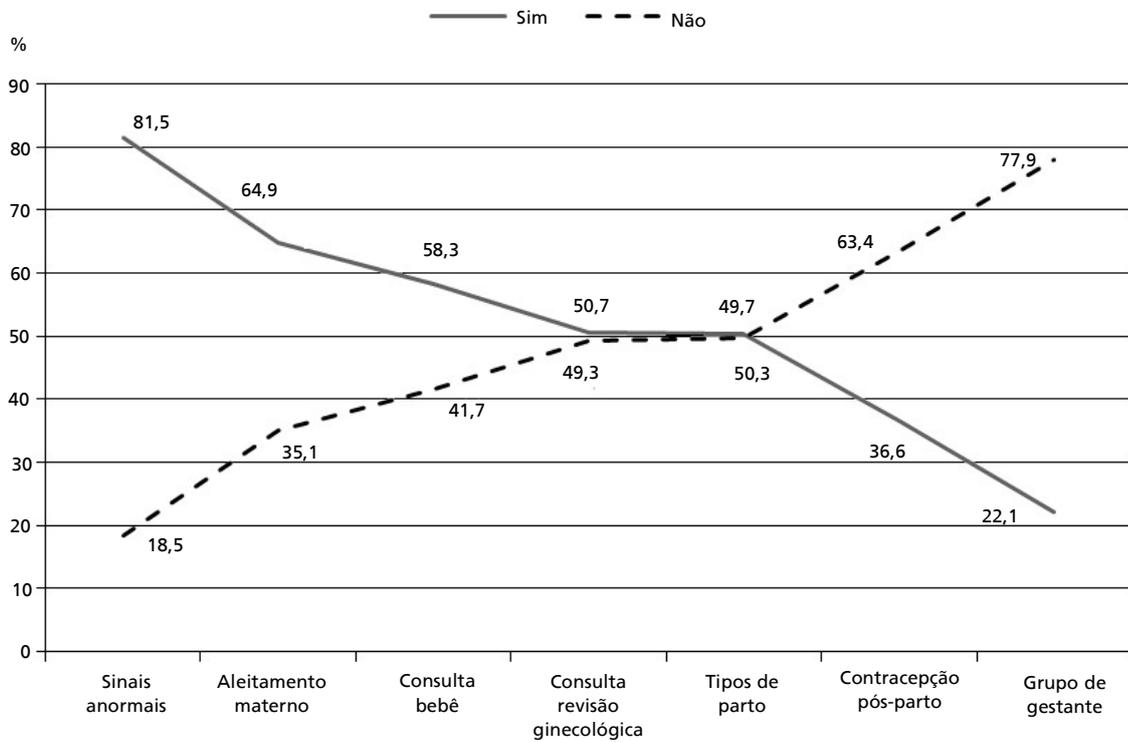
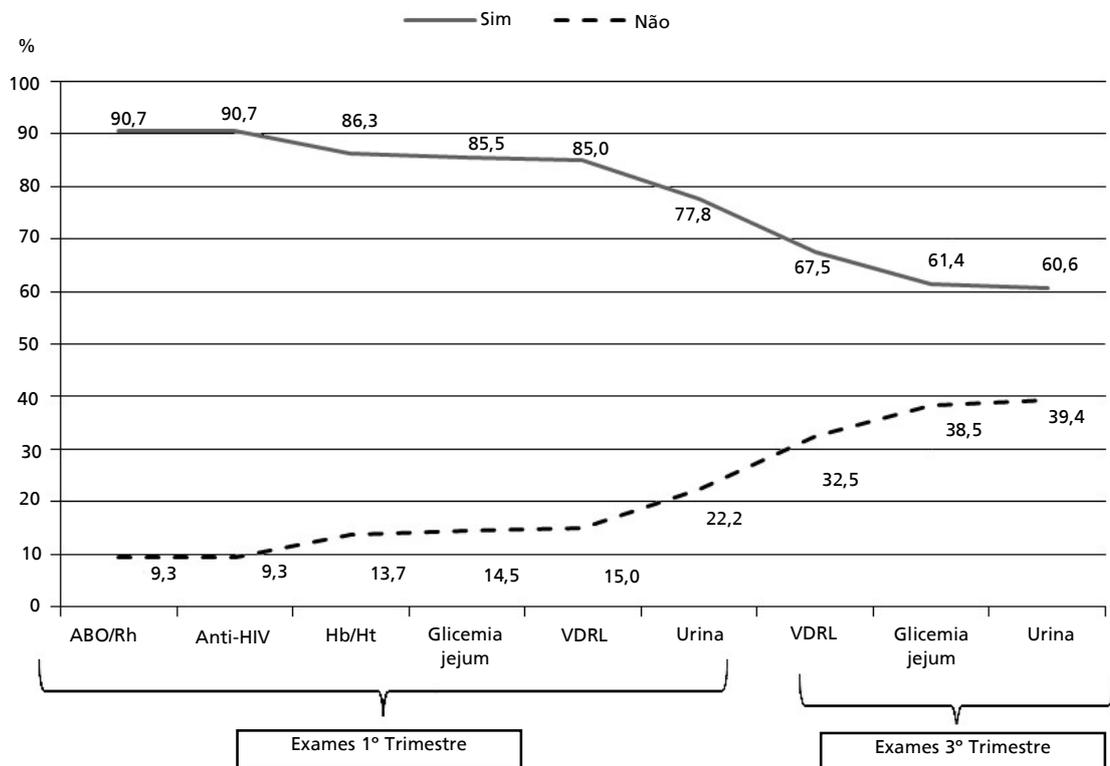


Figura 3

Exames realizados no pré-natal segundo dados do Cartão de Gestante. Joinville, 2019.



A análise da Figura 3 refere-se ao critério dos exames preconizados pelo PHPN, coletados dos Cartões de Gestantes das entrevistadas. Os exames ABO/Rh e anti-HIV foram realizados por 90,7% (n=620) das gestantes, seguido do exame Hb/Ht, com percentual de 86,3% (n=589), ambos feitos durante o primeiro trimestre de gestação. Os exames com menores índices de prevalência foram aqueles realizados no terceiro trimestre, denominados VDRL, Glicemia de jejum e Urina Tipo 1 com percentuais de 67,5% (n=461), 61,4% (n=419) e 60,6% (n=413), respectivamente.

A análise dos indicadores de Processo da Assistência PN, preconizados pelo PHPN evidenciados na Figura 4, demonstra que os indicadores com maior prevalência na adequação são: início do pré-natal até o quarto mês de gestação, realização de 6 consultas ou mais durante o pré-natal e vacinação antitetânica, com os percentuais respectivos de 92,7% (n=633), 87,1% (n=595) e 67,2% (n=459). Ao unir dois ou mais indicadores, nota-se a queda exponencial da adequação. O percentual de púerperas que realizaram no mínimo seis consultas de PN e todos os exames previstos pelo PHPN foi de 29,6%

(n=202). Adicionando o item de recebimento de vacina antitetânica a estes indicadores, este percentual cai para 22,7% (n=155). O menor percentual corresponde ao recebimento do conjunto de 6 orientações, referido por 17,7% (n=120) das entrevistadas, somente.

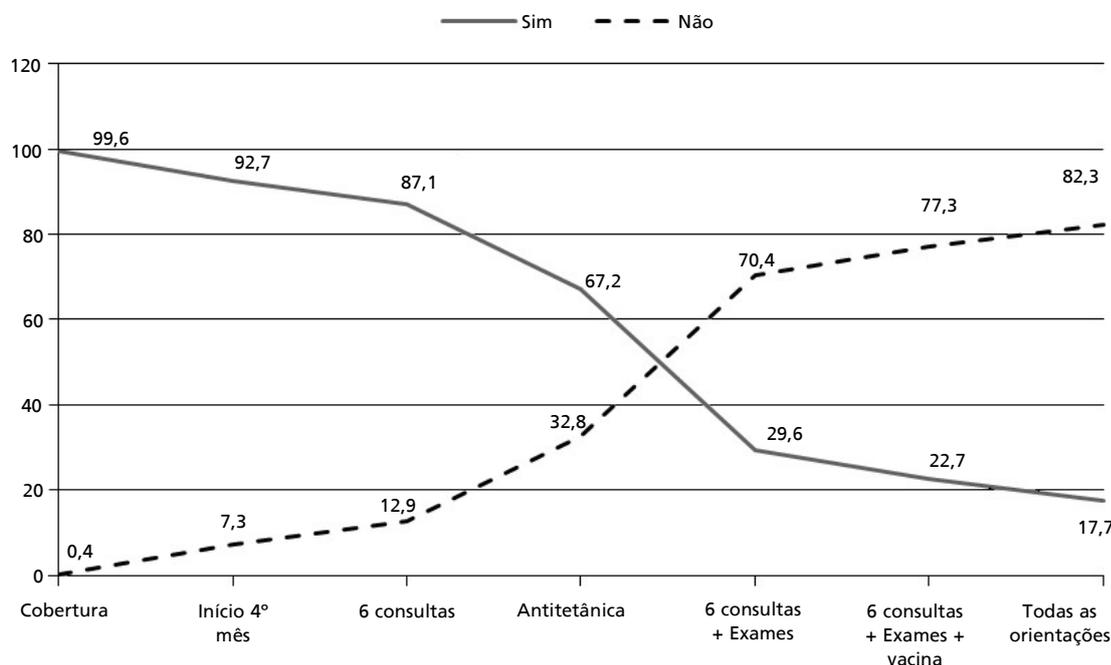
Discussão

O principal aspecto quando se avalia um programa é garantir que as informações desta avaliação melhorem as intervenções e cuidados de saúde para a população do estudo. Ao considerar que a análise da qualidade do PN consistiu na avaliação normativa da assistência PN, ou seja, a realização dos procedimentos preconizados pelo MS para um PN efetivo, alguns achados deste estudo são preocupantes.¹⁴

Ao analisar os resultados no que concerne aos critérios preconizados pelo PHPN, observa-se que, embora a cobertura da assistência PN em Joinville foi praticamente universal, atingindo 99,6% (n=683) da população estudada, o início tardio da assistência pré-natal, após o quarto mês de gestação, foi observado em 7,3% (n=50) das púerperas entrevistadas.

Figura 4

Indicadores do processo da assistência pré-natal segundo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Joinville, 2019.



O início precoce do cuidado PN concede o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversos agravos com consequências críticas para a saúde materna e infantil, tais como hipertensão arterial, diabetes, anemia e infecção por sífilis ou HIV. Além disso, a estimativa da idade gestacional mais precisa ocorre no primeiro trimestre, garantindo melhor monitoramento do crescimento fetal.^{2,15}

A análise do número de consultas maior ou igual a 6 no decorrer do PN denota inadequação de 12,9% (n=88) das entrevistadas, ou seja, realizaram menos de 6 consultas pré-natal. A deliberação do número ideal de consultas é crucial para a elaboração de protocolos assistenciais e delineamento dos recursos em saúde. Teoricamente, um número maior de consultas pode significar mais chances de receber orientações e cuidados preventivos, especialmente em gestações de maior risco, com maior probabilidade de afetar os desfechos perinatais.^{6,16}

Observando o critério relacionado à vacinação antitetânica durante a assistência PN, nota-se que 32,8% (n=256) das entrevistadas não possuíam esta informação registrada no seu Cartão de Gestante. Com o Plano de Eliminação do Tétano Neonatal, em 1992, foram implementadas ações de vigilância epidemiológica identificando grupos de risco e indi-

cando a vacinação a todas as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), gestantes ou não.¹⁷

A imunização é realizada com o propósito da prevenção de tétano neonatal e para proteção da gestante, e o Programa Nacional de Imunização preconiza a imunização em 100% das mulheres grávidas.^{16,17}

Com relação ao critério que avalia a realização das 6 orientações analisadas neste estudo, 22,1% das entrevistadas relataram ter participado de grupo de gestantes porém somente 17,7% (n=120) das entrevistadas referiram ter recebido o conjunto de 6 orientações. Considerando a universalidade do acesso (99,6%) e a predominância de entrevistadas que realizaram 6 ou mais consultas de PN (87,1%), esperava-se um índice maior de adequação destas variáveis.

É incontestável que a atenção PN seja reconhecida como espaço privilegiado para divulgação de informação, aumentando o conhecimento da mulher. Para tanto, aponta-se a necessidade de fortalecimento das atividades educativas através do uso de tecnologias leves, como cenário singular de educação em saúde, pertinente e sensível, deixando de gravitar apenas em torno de procedimentos clínico-obstétricos.¹⁸

Para um cuidado de saúde eficiente, autêntico e de qualidade, é fundamental que o profissional de saúde considere em sua atuação, aspectos essenciais à relação humana como a conversa, o saber ouvir, o toque acolhedor, o compartilhar de ideias, a demonstração de preocupação real e a expressão de afeto, atentando-se aos anseios, desejos e reivindicações realizadas pela gestante.¹⁹

Ao avaliar os critérios preconizados relacionados à realização de exames de rotina no primeiro e terceiro trimestre, nota-se que os exames do primeiro trimestre são apresentados com índices menores de inadequação em relação aos exames do terceiro trimestre, com percentuais de inadequação variando de 9,3% para o exame ABO/Rh a 22,2% referente a Urina Tipo 1. Os exames do terceiro trimestre mantêm a curva crescente de inadequação, com percentuais de 32,5% para VDRL e 39,4% para Urina Tipo 1.

A falta do resultado de exames essenciais de rotina para gestantes caracteriza a perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento de danos suscetíveis de controle, anemia, infecção urinária e infecção por sífilis e HIV, sendo consideradas causas de alguns desfechos perinatais desfavoráveis e para as quais existem ações concretas.^{2,20}

Analisando os indicadores do processo da assistência PN, observa-se que 7,3% (n=50) das puérperas entrevistadas iniciaram seu PN após o quarto mês de gestação. Esta realidade é relatada em outros estudos: em 2012 foi realizada uma pesquisa robusta a nível nacional, com 23.940 puérperas; em 2008 foi conduzida uma análise no Rio de Janeiro, com 2.422 gestantes; e em 2016, no estado de Sergipe, 768 puérperas participaram de um estudo semelhante – os índices de inadequação variaram em 24,2%, 25% e 43% respectivamente.^{20,21,22}

Apesar da inadequação a este item, ao comparar aos demais estudos, nota-se uma melhora no acesso precoce ao pré-natal. É admissível que esses resultados compreendam determinantes divergentes, pertinentes à particularidade da população de abrangência e da organização da rede de serviços de saúde de cada localidade.

No que diz respeito ao indicador de número de consultas, obteve-se um percentual de inadequação de 12,9% de puérperas que realizaram menos de 6 consultas no PN. A baixa cobertura de consultas também foi identificada em outros estudos nacionais, como em uma pesquisa realizada no Rio Grande em 2007 com 2.557 puérperas; análise realizada no Espírito Santo em 2008 com 1.380 mulheres; e outro exame entre a região sul e nordeste, realizado em 2007 com 4.078 mulheres; os

resultados mostraram inadequação de 24,7%, 33% e 75%, respectivamente, corroborando as conclusões do presente estudo.²³⁻²⁵

Referente ao indicador de imunização antitetânica, obteve-se um percentual de inadequação de 32,8% (n=256) entre a população estudada, representando cobertura inferior a 70%. Este resultado é corroborado por outros estudos, tais como o realizado no Espírito Santo em 2013 com 742 puérperas, no Rio de Janeiro em 2008 com 2.353 puérperas e outro em São Paulo realizado em 2013 com 2.404 puérperas, nos quais foram identificadas inadequações de 41,3%, 46% e 67,2%, respectivamente.^{1,20,26}

Porém, o registro dessa informação foi muito inferior ao encontrado em um estudo realizado em Caxias do Sul em 2001 com 720 puérperas,²⁷ que aferiu mais de 90% de cobertura vacinal antitetânica. Este estudo considerou as informações do cartão, do prontuário e da própria puérpera, possivelmente porque as fontes de informação foram somadas para a obtenção dos resultados, o que não é o caso deste trabalho, que considerou apenas os Cartões de Gestante como fonte de dados para este indicador.

Acerca do indicador de atividades educativas, nota-se um decréscimo da adequação aos itens variando de 81,5% referente aos sinais anormais da gestação a 36,6% correspondente à informação sobre os tipos de parto. Além disto, somente 17,7% das entrevistadas referiram terem recebido todas as 6 orientações. As orientações sobre parto e consulta de revisão ginecológica após 40 dias foram referidas por menos de 50% das puérperas. Esse resultado assemelha-se ao encontrado na avaliação de outros serviços.^{28,29}

No que concerne aos indicadores que analisam a qualidade do PN mediante agrupamento dos critérios, caracterizando a totalidade e efetividade da atenção PN, observa-se, na somatória de 6 consultas e todos os exames, um índice de adequação de 29,6%. Quando se adiciona a este indicador a realização da vacina antitetânica, o percentual cai para 22,7%. Outros estudos corroboram com este resultado refletindo que o maior desafio na consolidação de uma atenção PN eficiente decorre do cumprimento do conjunto de critérios, e não somente das atividades isoladas.^{26,30}

Apesar dos inegáveis avanços, percebe-se que o sistema público de saúde da cidade de Joinville ainda não atingiu todas as transformações necessárias para construir o modelo assistencial preconizado pelo SUS. Outrossim, reconhecem-se as limitações deste estudo, uma vez que as informações secundárias são provenientes dos cartões das

gestantes.

A ausência do registro adequado das informações é um obstáculo para o planejamento e organização dos serviços de saúde. Como os dados são provenientes de fontes secundárias, não há garantia da inexistência de erros e equívocos, tanto no preenchimento dos Cartões de Gestante considerando que este é realizado por diversos profissionais, como na análise, compreensão, transcrição e digitação das informações para o banco de dados.

Também existem limitações quanto às informações relativas às orientações recebidas durante o cuidado pré-natal, visto que o autorrelato permite múltiplas interpretações e vies de memória. Além disso, o objetivo é limitado por avaliar o processo de assistência pré-natal excluindo variáveis relacionadas à estrutura física dos estabelecimentos de saúde e indicadores de impacto, como mortalidade materna e infantil.

Porém, deve ser considerado que os resultados expostos neste estudo levaram em conta parâmetros bem objetivos da assistência pré-natal, entendidos como essenciais para melhoria de saúde das mulheres e das crianças.

Ao avaliar a qualidade do pré-natal é importante enfatizar se o processo de atendimento e os serviços oferecidos às gestantes transpassam unicamente o número de consultas e exames padrões feitos pela equipe de saúde, ou seja, é essencial observar a eficiência desse processo, considerando sua complexidade e multifatorialidade.

Os achados deste estudo mostram que, apesar da universalidade da cobertura da atenção pré-natal e da acessibilidade, a qualidade do processo, mensurada por critérios e indicadores expressos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, apresenta elevado nível de inadequação. Destacaram-se como fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal: a não realização dos exames laboratoriais de rotina, dos procedimentos básicos recomendados e a falta de

orientações durante as consultas. Quando essas variáveis foram somadas mediante os indicadores do processo para qualificação do pré-natal, apontaram para uma queda significativa dos índices de adequação à assistência pré-natal.

A assistência pré-natal realizada pelo SUS da cidade de Joinville segundo o PHPN, não obstante da acessibilidade praticamente universal, do início precoce do cuidado pré-natal e da prevalência de entrevistadas com 6 ou mais consultas de pré-natal, mantém níveis baixos de adequação na grande maioria dos critérios e quando os critérios são verificados em conjunto, há um declínio acentuado da adequação deste cuidado.

Diante disso, foi evidenciado que a atenção pré-natal realizada pelo SUS do município de Joinville não pode ser considerada adequada, carecendo melhorar significativamente em vários aspectos da assistência, principalmente de forma qualitativa. Conclui-se que os estudos de avaliação dos serviços de saúde revelam ser excelentes ferramentas para a análise de condições relacionadas à qualidade da assistência pré-natal. Assim, contribuem como instrumento para estudos futuros relacionados à implementação de novas ações, políticas e estratégias que promovam a melhoria dos serviços de assistência à gestante.

Contribuição dos autores

Vaichulonis CG e Silva JC contribuíram na definição e metodologia da pesquisa e escrita do manuscrito. Vaichulonis CG, Ribeiro e Silva R, Schroeder Stepic G, Cruz IR, Oliveira LC, Santos KV, Haritsch L, Mazzetti AC e Apati Pinto AI realizaram a coleta e análise dos dados, busca bibliografia para embasar a discussão dos resultados. Silva MF realizou a dupla checagem do banco de dados e construiu as figuras e gráficos. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Tsunehiro MA, Lima MOP, Bonadio IC, Corrêa MD, Silva AVA, Donato SCT. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2018; 18 (4): 771-80.
2. Brasil. Ministério da Saúde. 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; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF; 2012.
4. Nascimento IB, Pacheco VC, Souza MLR, Pinheiro EB, Silva TR, Fleig R, Silva JC. Assistência pré-natal e resultado perinatal. *Rev Bras Prom Saúde.* 2017; 30 (2): 187-94.
5. Mucha F, Franco SC, Silva GAG. Frequência e caracterís-

- ticas maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina - 2012. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2015; 15 (2): 201-8.
6. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(6): 1965-74.
 7. WHO (World Health Organization). Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva; 2016.
 8. ODM (Objetivos do Desenvolvimento do Milênio). O Brasil e os objetivos do desenvolvimento do milênio. 2015 [acesso 17 nov 2019]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>
 9. Brasil. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. [internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais: banco de dados. [acesso em 12 set 2019]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>
 10. Medici A. 26 anos de SUS: avanços e desafios. 2014. [acesso 20 nov 2019]. Disponível em: <http://cebes.org.br>
 11. Organização das Nações Unidas. Cúpula das nações unidas sobre o desenvolvimento sustentável: agenda 2030. Geneva; 2015. [acesso 15 nov 2019]. Disponível em: www.nacoesunidas.org
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*; 8 de junho de 2000, seção 1, p.4-6.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Brasília, DF*; 2011. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*; 27 de junho de 2011, seção 1, p.109.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. *Brasília, DF*; 2010.
 15. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*; 2013; 13 (2): 89-100.
 16. Malta DC, Duarte EC, Escalante JJ, Almeida MF, Sardinha LM, Macário EM, Monteiro RA, Neto OLM. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*; 2010; 26: 481-91.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos. *Brasília, DF*; 2003.
 18. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery.* 2008; 12 (2): 291-8.
 19. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva*; 2009; 14 (1): 1523-31.
 20. Domingues RM, Hartz ZM, Dias MA, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28 (3): 425-37.
 21. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 25 (3): 793-804.
 22. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (1): S85-S100.
 23. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e igualdade na assistência ao gestor: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25 (11): 2507-16.
 24. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2007; 7 (1): 75-82.
 25. Miranda AE, Trindade CR, Nunes RH, Marba EF, Fernandes MC, Quarto GHA, França LC. Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Women Health.* 2010; 50: 229-40.
 26. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36 (2): 56-64.
 27. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuários do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24: 293-9.
 28. Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida ML, Souza L, Silva AAM, Gurgel RQ. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009; 9: 31.
 29. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (2): S220-30.
 30. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17 (1): 131-9.

Recebido em 23 de Junho de 2020

Versão final apresentada em 23 de Novembro de 2020

Aprovado em 18 de Fevereiro de 2021