

Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária: estudo de coorte*

Renata Leite Alves de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3310-4175>

Anna Paula Ferrari^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-5370-4349>

Cristina Maria Garcia de Lima Parada¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9597-3635>

Objetivo: avaliar indicadores de processo e resultado do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária comparando os modelos de atenção tradicional e Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo de coorte, realizado com amostra intencional de 273 mães/bebês captados no período neonatal e acompanhados por um ano. Adotou-se referencial de avaliação de Donabedian e os dados foram discutidos a partir da Determinação Social da Saúde. A variável independente foi o modelo de atenção. As variáveis dependentes, na avaliação de processo, relacionavam-se à qualidade do pré-natal e ao escore de qualidade criado e, na avaliação de resultado, às condições de nascimento e primeiro ano de vida. A avaliação de processo foi realizada por estimativa do risco relativo e a de resultado, por Modelo de Regressão Múltipla de Cox. **Resultados:** foram identificadas menores rendas e risco de baixo escore de qualidade pré-natal nas Unidades de Saúde da Família, onde ocorreu mais consulta de puerpério e ações de educação em saúde. Não houve diferença nos indicadores de resultado. **Conclusão:** possivelmente, a melhor qualidade da atenção pré-natal foi capaz de minimizar efeitos socioeconômicos negativos encontrados na saúde da família, de modo que os indicadores de resultado foram semelhantes em ambos os modelos de atenção primária.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde da Criança; Saúde da Mulher.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Resultado do cuidado pré-natal considerando os diferentes modelos de atenção primária", apresentada à Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processo nº 2015/03256-1.

¹ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Como citar este artigo

Oliveira RLA, Ferrari AP, Parada CMGL. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3058. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2806.3058>.   

URL

Introdução

O período perinatal mantém-se entre as prioridades das políticas públicas globais, pois apesar do progresso significativo alcançado nos últimos 15 anos na redução das mortes nesse período, mantêm-se números inaceitavelmente altos de óbitos maternos e neonatais. Visando um mundo em que todas as gestantes e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante a gravidez, o parto e o período pós-natal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe duas agendas complementares: Estratégias para acabar com as mortes maternas evitáveis e o Plano de ação para todos os recém-nascidos, ambas articuladas à nova Estratégia Global para Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes na era dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável pós-2015⁽¹⁾.

No Brasil, a atenção de qualidade ao grupo materno-infantil ainda constitui desafio e, assim, questões como acesso precoce ao pré-natal e constante busca ativa de gestantes sem atendimento, bem como identificação de risco na gestação, com integração de programas e atividades em redes de atenção e desenvolvimento de ações de educação em saúde, devem ser consideradas prioritárias no âmbito da atenção primária⁽²⁾. Nesse sentido, a Saúde da Família é considerada uma nova forma de organização do trabalho em saúde e estratégia prioritária para consolidação e expansão dos serviços de saúde, sem romper totalmente com o modelo tradicional, mas buscando aperfeiçoar as práticas, de forma a resultar em melhoria das ações assistenciais e nos determinantes de morbimortalidade⁽³⁾. Enfatiza o vínculo entre profissional e usuário e, assim, conta com ações que possibilitam conhecer a realidade particular de cada indivíduo e família, o que constitui uma das ferramentas para sua consolidação⁽⁴⁻⁵⁾.

As Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família (UBS-SF) contam com equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e voltam-se ao favorecimento do vínculo entre os profissionais e usuários, potencializando a responsabilidade sanitária das equipes e possibilitando a continuidade do cuidado. As Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional (UBS-T) tendem a manter profissionais fortemente orientados pelo modelo biomédico e curativo, centrado no indivíduo, e contam com equipes de acordo com as características e necessidades de cada município. A presença do profissional agente comunitário de saúde não é solicitada na estruturação mínima das equipes de modelo tradicional, diferentemente para o que é preconizado para as equipes de Estratégia Saúde da Família. Em ambos os modelos de atenção os profissionais atuam com adstrição da clientela em área de abrangência delimitada⁽⁶⁾.

Ambos os modelos de atenção, UBS-SF e UBS-T, desenvolvem ações voltadas ao grupo materno-infantil.

Especificamente com relação à assistência pré-natal, estudo realizado no Sul do Brasil comparando os modelos tradicional e Estratégia Saúde da Família encontrou, neste último, mais orientações sobre aleitamento materno, anticoncepção pós-parto, consulta de puerpério, cuidados com o recém-nascido, tipo de parto e a realização do exame para detecção do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Também, as gestantes atendidas na Estratégia mais frequentemente tiveram as mamas examinadas e procedimentos como a verificação da pressão arterial e altura uterina realizados, reforçando aos autores a importância desse modelo para a atenção à saúde da mulher⁽⁷⁾.

No município de Botucatu/SP, onde o presente estudo foi desenvolvido, coexistem os modelos UBS-T e UBS-SF. Comparando-os quanto à qualidade do cuidado pré-natal, pesquisa publicada em 2013, com dados relativos ao ano de 2010, indicou semelhança na estrutura e indicadores-síntese de processo mais favoráveis nas UBS-SF: conjunto de exames preconizados para o primeiro e terceiro trimestres (OR=6,68; IC=3,78-11,87); seis consultas e conjunto de exames (OR=4,26; IC=2,46-7,39); e orientação nutricional e sobre os sinais de alerta no termo (OR=12,26; IC=6,36-23,94). Houve vantagem para as UBS-SF também quando abordado o conjunto de atividades preconizadas, que considerou a realização de seis consultas, do conjunto de exames, da vacina contra o tétano e da consulta puerperal (OR=4,02, IC=2,04-8,01)⁽⁸⁾.

Vários estudos brasileiros avaliam a atenção pré-natal a partir das atividades desenvolvidas ou processo de atenção^(7,9-10), porém, não foram identificadas pesquisas voltadas à avaliação dos resultados desse cuidado que buscassem relações com indicadores do primeiro ano de vida e que considerassem os diferentes modelos de atenção. Assim, o presente estudo teve por objetivo avaliar indicadores de processo e resultado do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária, comparando os modelos de atenção tradicional e Estratégia Saúde da Família.

Método

Estudo de coorte prospectiva, voltado à avaliação do cuidado pré-natal. A fonte de dados foi o estudo Coorte de Lactentes de Botucatu- CLaB, que teve por objetivo conhecer dados, eventos e situações relacionadas à saúde de crianças residentes no referido município, ao longo do primeiro ano de vida.

Foi desenvolvido em município situado na região centro-sul do estado de São Paulo, com população estimada de 144.820 habitantes⁽¹¹⁾ para o ano de 2018. Pertence ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios. Para atendimento

ao pré-natal de risco habitual no Sistema Único de Saúde, conta com oito UBS-T e 12 UBS-SF, com quinze equipes. O seguimento pré-natal patológico é realizado em Hospital de Ensino, referência para outros municípios do DRS VI e único serviço público para atenção ao parto, tanto de risco habitual quanto de alto risco, no município de Botucatu.

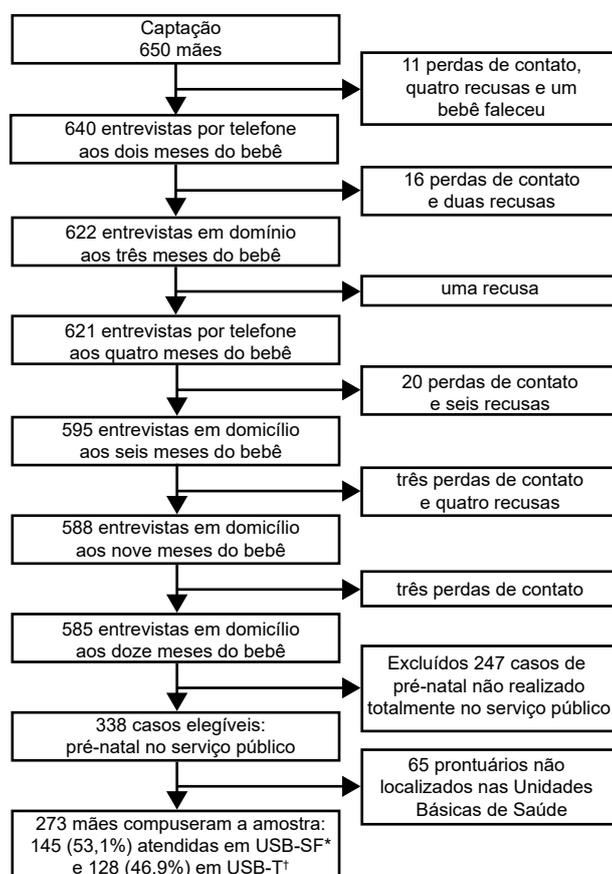
Foram critérios de inclusão na coorte: ser mãe de recém-nascido, residir em Botucatu e ter condição de responder às entrevistas. O recrutamento foi realizado no período de 27 de julho de 2015 a 2 de fevereiro de 2016, em serviço de atenção básica de triagem neonatal, responsável pelo atendimento de todos os recém-nascidos do município no primeiro mês de vida, independentemente de o parto ter ocorrido no serviço público ou privado. Quando da inclusão na coorte, constituíram fontes de dados: entrevista com a mãe; ficha de atendimento no serviço de triagem neonatal; o cartão da gestante; e a caderneta da criança. Foram coletados dados para caracterização das participantes, relativos ao processo de atenção pré-natal, ao parto e nascimento. A coorte foi seguida em outros seis momentos para coleta de dados referentes ao aleitamento materno e introdução de alimentação complementar: aos dois e quatro meses, a partir de entrevista telefônica, e aos três, seis, nove e 12 meses

de vida da criança, por visita domiciliar. O término do seguimento foi em fevereiro de 2017.

No total, 650 mães ingressaram na coorte. Durante o seguimento ocorreram 65 perdas/recusas (10%), resultando em 585 binômios (mães e bebês) acompanhados até o 12º mês de vida, dos quais 338 casos eram elegíveis para este estudo por terem sido acompanhados exclusivamente no serviço público durante o pré-natal. Analisou-se amostra intencional constituída por 273 mães cujos prontuários foram localizados nas Unidades Básicas de Saúde (Figura 1).

Destaca-se que as proporções intencionalmente obtidas, 128 binômios mães/bebês (46,9%) atendidos em UBS-T e 145 (53,1%) em UBS-SF, são semelhantes àquelas encontradas quando se considera o local de seguimento das gestantes de Botucatu do ano de 2017: 48,4% em UBS-T e 51,6% em UBS-SF⁽¹²⁾. Também se destaca que o local em que o recrutamento ocorreu atende mulheres de todas as unidades básicas de saúde do município.

Todos os instrumentos utilizados na coleta de dados foram construídos especificamente para este estudo e testados em 12 puérperas não incluídas na amostra para ajustar as questões que poderiam apresentar dificuldades. A coleta de dados foi realizada por equipe



*UBS-SF = Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família; †UBS-T = Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional

Figura 1 – Fluxograma da formação da coorte e da composição da amostra intencional deste estudo. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

devidamente capacitada e remunerada, supervisionada por uma das autoras deste estudo. A integridade das entrevistas foi verificada, por telefone, em amostra aleatória de 5% dos participantes por intermédio de reentrevistas realizadas pela supervisora de campo, também responsável pela verificação de inconsistências e correção do banco de dados.

Os dados obtidos foram discutidos à luz do arcabouço teórico da determinação social da saúde cujos estudos iniciaram na década de 1970 a fim de subsidiar a compreensão das relações sociais existentes no processo saúde-doença e a causalidade dos problemas de saúde. Nessa perspectiva, analisar os serviços de saúde e a extensão da cobertura dos cuidados auxilia na busca pela melhoria da qualidade da assistência prestada⁽¹³⁾.

Adotou-se o referencial metodológico de avaliação proposto na década de 1980 por Donabedian⁽¹⁴⁾, especificamente quanto aos componentes processo e resultados. Para esse autor, o estudo do processo contempla as ações que compõem a atenção à saúde, incluindo o diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação em saúde e, por isso, sua medição é quase equivalente à medição da qualidade do atendimento. O resultado contempla os efeitos dos cuidados de saúde sobre as pessoas ou populações, as alterações no seu estado de saúde.

Assim, apresenta-se análise sobre indicadores de qualidade do processo de atenção pré-natal segundo o modelo de atenção à saúde e o efeito sobre indicadores de saúde precoces (baixo peso ao nascer, amamentação na primeira hora de vida, necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva ou de Cuidados Intermediários Neonatais e intercorrência do parto à alta) e tardios (amamentação exclusiva aos seis meses e amamentação aos 12 meses).

A variável independente (exposição) foi modelo de atenção do pré-natal, tanto para análise de processo quanto de resultado, categorizada em UBS-T e UBS-SF.

Para análise dos indicadores de processo, as variáveis dependentes foram selecionadas tomando por base as recomendações do Ministério da Saúde brasileiro, abordadas em outros estudos de avaliação da qualidade pré-natal^(7,15-17) e obtidas a partir dos dados do cartão de pré-natal e prontuário de atendimento na Atenção Básica (sim, não): início até 12 semanas; pelo menos seis consultas; todos os exames do primeiro trimestre (hemoglobina e hematócrito; glicemia em jejum; sorologias: sífilis, HIV, hepatite B e toxoplasmose; urina simples, urocultura e tipagem sanguínea); ultrassonografia no primeiro trimestre; todos os exames do terceiro trimestre (hemoglobina e hematócrito; glicemia em jejum; sorologias: sífilis, HIV e se necessário hepatite B e toxoplasmose; urina simples e urocultura); educação em saúde (considerou-se que houve educação em saúde quando a mãe referiu

ter sido orientada sobre alimentação, atividade física, sinais de alerta no termo e tipo de parto); e consulta de puerpério (realizada até 42 dias após o parto).

Para cada resposta sim (melhor situação), atribuiu-se um ponto. Assim, essas sete variáveis utilizadas para avaliação da qualidade do processo pré-natal permitiram a construção de escore, que variou de zero (pior situação) a sete pontos (melhor situação). Considerou-se o escore baixo quando igual ou inferior a três pontos e esse valor foi estabelecido após avaliar o escore médio e mediano do grupo: 3,1 e 3, respectivamente.

Para análise de resultado, conforme proposto por Donabedian⁽¹⁴⁾, as variáveis dependentes (desfecho) foram: baixo peso ao nascer (sim, não); intercorrências no parto (sim, não); ausência de aleitamento materno na primeira hora de vida (sim, não); necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)/Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) após o nascimento (sim, não); intercorrências com o recém-nascido do parto à alta (sim, não); ausência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida (sim, não); e desmame aos 12 meses de vida (sim, não). Os indicadores relativos ao nascimento foram obtidos da ficha de atendimento das crianças no serviço neonatal e caderneta do bebê e os demais, durante entrevista com as mães.

Como confundidores, foram incluídas as variáveis: idade materna no parto em anos (até 19, 20 ou mais); anos de aprovação escolar (até oito, nove ou mais); cor (não branca, branca); presença de companheiro (sim, não); trabalho materno remunerado (sim, não); renda per capita familiar menor ou igual a meio salário mínimo (sim, não); primigestação (sim, não); gestação aceita pela mãe (sim, não); intercorrência durante a gestação que precisou de atendimento na maternidade (sim, não); intercorrência com o recém-nascido no parto (sim, não); e tipo de parto (vaginal, cesárea). Todas essas variáveis foram obtidas a partir da entrevista com a mãe. Para identificação da renda per capita familiar, indagou-se sobre o rendimento da família em reais, dividiu-se pelo número de pessoas dependentes dessa renda e realizou-se a classificação, considerando o valor do Salário Mínimo (SM) do Brasil em 2016.

Os escores de qualidade pré-natal médio e mediano, com os respectivos desvios padrão (DP) e valores mínimo (min) e máximo (max), respectivamente, foram identificados, segundo modelo de atenção, e comparados pelo Teste de Mann-Whitney. A análise dos potenciais confundidores e dos indicadores de processo do pré-natal foi realizada por estimativa do risco relativo (RR); em seguida, o risco de ocorrência de eventos do recém-nascido que expressam o resultado da atenção à saúde, conforme proposto por Donabedian⁽¹⁴⁾, em função do modelo de atenção, foi analisado estimando o RR por Modelo de Regressão Múltipla de Cox, ajustado pelos potenciais confundidores ($p < 0,20$). Relações foram consideradas

significativas se $p < 0,05$. As análises foram realizadas com o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" sob Certificado 7628714.8.0000.5411.

Resultados

As mulheres que fizeram pré-natal nas UBS-SF tiveram significativamente maior risco de renda per capita igual ou inferior a 0,5 SM (RR=1,52, IC95%=1,04-2,21), quando comparadas àquelas que fizeram pré-natal nas UBS-T (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas maternas, do pré-natal e parto, segundo modelo de atenção à saúde. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

Variáveis	UBS-T* (N=128)		UBS-SF† (N=145)		RR‡ (IC95%)§
	N	%	N	%	
Idade em anos					
Até 19	23	17,9	34	23,4	1,30 (0,77-2,21)
20 ou mais	105	82,1	111	76,6	1
Anos de aprovação escolar					
Até 8	27	21,1	44	30,3	1,44 (0,89-2,32)
9 ou mais	101	78,9	101	69,7	1
Cor					
Não Branca	59	46,1	69	47,6	1,03 (0,73-1,46)
Branca	69	53,9	76	52,4	1
Companheiro					
Não	24	18,7	23	15,9	0,84 (0,48-1,50)
Sim	104	81,3	122	84,1	1
Trabalho remunerado					
Não	65	50,8	91	62,8	1,23 (0,90-1,70)
Sim	63	49,2	54	37,2	1
Renda < 0,5 SM Per Capita					
Sim	43	33,6	74	51,0	1,52 (1,04-2,21)
Não	85	66,4	71	49,0	1
Primigesta					
Não	69	53,9	84	57,9	1,07 (0,78-1,48)
Sim	59	46,1	61	42,1	1
Gestação aceita					
Não	20	15,6	12	8,3	0,53 (0,26-1,08)
Sim	108	84,4	133	91,7	1
Intercorrência pré-natal					
Sim	85	66,4	83	57,2	0,86 (0,63-1,16)
Não	43	33,6	62	42,8	1
Intercorrência no parto					
Sim	23	17,9	20	13,8	0,77 (0,42-1,40)
Não	105	82,1	125	86,2	1
Tipo de parto					
Cesárea	43	33,6	47	32,4	0,96 (0,64-1,46)
Vaginal	85	66,4	98	67,6	1

*UBS-T = Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional; †UBS-SF = Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família; ‡RR = Risco Relativo; §IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; ||SM = salário mínimo do Brasil, valor R\$ 880,00 em 01/01/2016

O risco de baixo escore de qualidade foi menor nas UBS-SF (RR=0,70, IC95%=0,52-0,95), enquanto o risco de fazer consulta de puerpério (RR=1,48, IC95%=1,08-2,04) e de receber educação em saúde (RR=13,70, IC95%=3,27-57,17) foi maior nessas Unidades, quando comparadas às UBS-T (Tabela 2).

Tabela 2 – Processo de atenção pré-natal, a partir do escore de qualidade e variáveis que o compõe, segundo modelo de atenção à saúde. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

Variáveis	UBS-T* (N=128)		UBS-SF† (N=145)		RR‡ (IC95%)§
	N	%	N	%	
Início precoce (até 12 semanas)					
Sim	76	59,4	92	63,4	1,07 (0,79-1,45)
Não	52	40,6	53	36,6	1
Pelo menos seis consultas					
Sim	102	79,7	124	85,5	1,07 (0,82-1,39)
Não	26	20,3	21	14,5	1
Exames de primeiro trimestre					
Sim	48	37,5	66	45,5	1,21 (0,83-1,76)
Não	80	62,5	79	54,5	1
Ultrassom no primeiro trimestre					
Sim	27	21,1	47	32,4	1,54 (0,96-2,48)
Não	101	78,9	98	67,6	1
Exames do terceiro trimestre					
Sim	32	25,0	51	35,2	1,40 (0,90-2,19)
Não	96	75,0	94	64,8	1
Educação em saúde					
Sim	39	30,5	104	71,7	13,70 (3,27-57,17)
Não	89	69,5	41	28,3	1
Consulta de puerpério					
Sim	60	46,9	101	69,7	1,48 (1,08-2,04)
Não	68	53,1	44	30,3	1
Baixo escore (≤ 3)					
Sim	93	72,7	74	51,0	0,70 (0,52-0,95)
Não	35	27,3	71	49,0	1

*UBS-T = Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional; †UBS-SF = Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família; ‡RR = Risco Relativo; §IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%

O escore de qualidade do pré-natal mediano para os dois modelos de atenção foi 3,0, variando entre 0-6 e 0-7, respectivamente, para UBS-T e UBS-SF. O escore médio foi significativamente maior ($p < 0,001$) nas UBS-SF (3,53, DP=1,50) do que nas UBS-T (2,71, DP=1,33) (dados não apresentados em tabela).

Não houve diferença entre UBS-T e UBS-SF para os indicadores precoces estudados, quando considerados os confundidores: aprovação escolar igual ou inferior a 8 anos; trabalho materno remunerado; e renda per capita familiar igual ou inferior a 0,5 salários mínimos (Tabela 3).

Também não houve diferença entre UBS-T e UBS-SF para os indicadores tardios, quando considerados os confundidores: aprovação escolar igual ou inferior a 8 anos; trabalho materno remunerado; e renda per capita familiar igual ou inferior a 0,5 salários mínimos (Tabela 4).

Discussão

A análise dos indicadores de processo de atenção pré-natal, a partir do escore criado, evidenciou melhor situação para mulheres assistidas nas UBS-SF. Porém, não houve diferença entre os modelos de atenção básica com relação ao resultado da assistência, tanto quando considerados os indicadores precoces quanto os tardios.

Também, evidenciou-se que as mulheres atendidas nas UBS-SF tinham piores condições socioeconômicas,

visto que mais frequentemente foram classificadas no grupo de mais baixa renda e, por isso, esperava-se entre elas piores indicadores.

Há muito se conhece que saúde-doença se produz e distribui na sociedade mediante fortes processos de determinação social, econômica, cultural, ambiental, política, entre outros. No plano mundial, inclusive, recentemente encontram-se iniciativas voltadas ao fomento de políticas inspiradas no referencial dos

Tabela 3 – Regressão múltipla de Cox referente aos indicadores de resultados precoces, segundo modelo de atenção (UBS-T/USF-SF)*. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

Indicadores Precoces	RR [†] (IC95%) [‡]			
	Baixo peso ao nascer	Ausência de aleitamento na 1ª hora de vida	Internação UTI/UCI [§]	Intercorrências do parto à alta
UBS-T/USF-SF*	0,89(0,23-3,45)	0,77(0,47-1,26)	0,63(0,29-1,36)	1,07(0,69-1,66)
Aprovação escolar	1,32(0,30-5,68)	1,03(0,57-1,84)	1,11(0,48-2,60)	0,99(0,60-1,64)
Trabalho remunerado	0,74(0,18-3,06)	0,87(0,52-1,45)	1,07(0,48-2,35)	1,10(0,69-1,73)
Renda < 0,5 SM PC [¶]	1,88(0,45-7,82)	0,70(0,41-1,21)	1,07(0,48-2,36)	0,88(0,55-1,40)
Gestação aceita	0,0(0,0-0,0)	1,03(0,49-2,18)	1,80(0,72-4,50)	1,27(0,68-2,37)

*UBS-T/USF-SF = Unidades Básicas de Saúde de modelo Tradicional/Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família; †RR = Risco Relativo; ‡IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; §UTI/UCI = Unidade de Terapia Intensiva/Unidade de Cuidados Intermediários; ||SM = salário mínimo do Brasil, valor R\$ 880,00 em 01/01/2016; ¶PC = Per Capita

Tabela 4 – Regressão múltipla de Cox referente aos indicadores de resultados tardios, segundo modelo de atenção (UBS-T/USF-SF)*. Botucatu, SP, Brasil, 2015-2017

Indicadores Tardios	RR [†] (IC95%) [‡]	
	Ausência de AME [§] no sexto mês de vida	Desmame aos 12 meses de vida
UBS-T/USF-SF*	0,99 (0,73-1,33)	0,90 (0,64-1,25)
Aprovação escolar	1,01 (0,71-1,43)	0,93 (0,62-1,38)
Trabalho remunerado	0,85 (0,62-1,15)	0,97 (0,69-1,37)
Renda ≤ 0,5 SM Per Capita	1,12 (0,82-1,53)	0,92 (0,64-1,31)
Gestação aceita	1,09 (0,71-1,68)	1,20 (0,74-1,94)

*UBS-T/USF-SF = Unidades Básicas de Saúde de modelo Tradicional/Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família; †RR = Risco Relativo; ‡IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; §AME = Aleitamento Materno Exclusivo; ||SM = salário mínimo do Brasil, valor R\$ 880,00 em 01/01/2016

Determinantes Sociais da Saúde que, em síntese, coloca que as condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações, embora nem todos os determinantes sejam igualmente importantes. Assim, destacam-se como mais relevantes aqueles que geram estratificação social, chamados determinantes estruturais, e entre eles está a distribuição de renda⁽¹⁸⁾.

Considerando o exposto, piores indicadores eram esperados no grupo UBS-SF, pela pior condição de renda, o que não ocorreu. Possível interpretação para os achados deste estudo advém do fato dessas mulheres terem recebido atendimento pré-natal mais qualificado, e essa condição pode ter minimizado o efeito desfavorável da pobreza.

Em contraponto, estudo sobre o pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), em microrregião do Espírito Santo, de acordo com os procedimentos

propostos pelo Ministério da Saúde brasileiro, avaliou essa assistência como inadequada, principalmente entre as mulheres de menor renda e usuárias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde⁽¹⁹⁾.

Na abordagem isolada das variáveis que compuseram o escore de qualidade, observa-se melhor desempenho das UBS-SF nas ações de educação em saúde. Nesse contexto, tem sido destacado o papel diferencial do enfermeiro por atuar desde a sensibilização sobre a importância do acompanhamento nesse período até a compreensão do significado desse momento na vida da gestante⁽²⁰⁾. Estudo recente realizado em Portugal corrobora com essa afirmativa, visto que entre as mães consideradas com maior nível de conhecimento, mais da metade referiu ser o enfermeiro a principal fonte de informações durante o pré-natal⁽²¹⁾.

Pesquisa de natureza teórica, que sustenta ser a Estratégia Saúde da Família inovação tecnológica

no campo da saúde, no que diz respeito ao trabalho desenvolvido, inclui a assistência realizada agregando múltiplas dimensões, entre elas as ações educativas, o que evidencia a importância de sua realização⁽³⁾. No que se refere a essas ações, foram abordados no presente estudo os hábitos de vida, como atividade física e alimentação saudável, bem como importantes aspectos relacionados ao parto e nascimento, como sinais de alerta no termo da gravidez e tipo de parto. O melhor resultado encontrado, em que as gestantes atendidas pelas UBS-SF receberam mais orientações durante o pré-natal do que as atendidas pelas UBS-T (RR=13,70, IC=3,27-57,17), também foi observado em estudo semelhante realizado no sul do Brasil em 2012⁽⁷⁾. Por outro lado, estudo sobre a prática da educação em saúde em UBS-SF apontou que a formação acadêmica recebida pelos profissionais dessas unidades, em geral, é insuficiente para subsidiá-los no efetivo trabalho com a comunidade, constituindo obstáculo a ser superado⁽²²⁾.

Em ambos os modelos de atenção a cobertura da consulta de puerpério foi baixa, embora tenha sido significativamente maior nas UBS-SF (69,7%) do que nas UBS-T (46,9%). No mesmo município, estudo de 2012⁽⁸⁾ indicou que 58,2% das mulheres que fizeram pré-natal nas UBS-SF voltaram ao serviço de saúde após o nascimento da criança para consulta de puerpério. Assim, embora ainda longe do ideal, houve melhora na cobertura da consulta de puerpério em 11,5% nas UBS-SF de Botucatu. Não foram encontrados dados sobre consulta de puerpério em outros estudos que avaliaram a atenção pré-natal segundo modelo da atenção^(7,23).

Com relação aos indicadores de resultado precoces, diferentemente dos achados desta pesquisa, estudo nacional revela que não ter realizado o pré-natal de forma adequada, ou seja, seguimento pré-natal de baixa qualidade, diminui a probabilidade de amamentação na primeira hora de vida⁽²⁴⁾ e, em outra pesquisa, houve significância ao correlacionar tempo de internação em UTI e realização pré-natal, sendo que filhos de mulheres que não realizaram o pré-natal permaneceram internados por mais tempo. Essa última pesquisa citada, corroborando com os achados do presente estudo, não encontrou associação entre intercorrências ao nascer e seguimento pré-natal⁽²⁵⁾.

O baixo peso ao nascer, outro indicador de resultado precoce adotado, foi abordado em estudo sobre a qualidade pré-natal desenvolvida em UBS-SF da região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, sendo que a conclusão também sugere que a adequada assistência pré-natal pode ter amenizado a influência das desigualdades socioeconômicas relacionadas à atenção à saúde⁽²⁶⁾.

Com relação aos indicadores tardios, independentemente do modelo de atenção, pesquisa desenvolvida no Canadá não demonstrou relação entre qualidade do pré-natal e duração da amamentação nos primeiros seis meses do bebê⁽²⁷⁾, achados que corroboram com a presente pesquisa. Quanto ao desmame, estudo realizado no sudoeste de Michigan (EUA) encontrou entre as mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação maior probabilidade de continuarem amamentando em relação àquelas que iniciaram o acompanhamento pré-natal tardiamente, evidenciando a importância do seguimento pré-natal⁽²⁸⁾.

Por fim, destaca-se que o presente estudo foi desenvolvido em município de médio porte do interior paulista, sendo possível que os resultados obtidos sejam também encontrados em outros municípios com características semelhantes. É limitação a ser considerada o fato de parte dos dados ter sido obtida da ficha de atendimento das crianças no serviço neonatal, cartão da gestante e caderneta do bebê e assim, como em qualquer estudo em que a coleta de dados é dependente do registro dos profissionais, o que não estava registrado, considerou-se não ter sido realizado.

Conclusão

As mães atendidas nas UBS-SF tinham pior condição socioeconômica e a avaliação do processo da atenção pré-natal foi mais favorável nesse grupo.

Não houve diferença entre as UBS-T e UBS-SF com relação à avaliação dos indicadores de resultado, a despeito da grande amplitude dos indicadores analisados. Possivelmente, a melhor qualidade da atenção pré-natal foi capaz de minimizar efeitos socioeconômicos negativos, de modo que a avaliação dos indicadores de resultado foi semelhante entre os dois modelos de atenção à saúde.

Referências

1. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns - the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8): 1045-9. doi:10.1111/1471-0528.13451.
2. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Rev Saúde Pública*. 2014 Dez;48(6):977-84. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005283.
3. Soratto J, Pires DEP, Donelles S, Lorenzetti J. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto Enferm*. 2015 Abr-Jun;24(2):584-92. doi: 10.1590/0104-07072015001572014.
4. Santos RCA, Miranda FAN. Importance of the bond between professional and user in Family Health Strategy.

- Rev Enferm UFSM. 2016 Jul/Sep;6(3):350-59. doi: 10.5902/2179769217313.
5. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Professional-patient bond in a team of the Family Health Strategy. *Cienc Cuid Saude*. 2014 Jul/Set;13(3):556-62. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i3.1966.
 6. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. National Policy of Primary Healthcare 2017: setbacks and risks to the Unified Health System. *Saúde Debate*. 2018 Jan/Mar;42(116):11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601.
 7. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TSD. Quality of prenatal care: traditional primary care and Family Health Strategy units in a city in southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012 Abr;28(4):789-800. doi: 10.1590/S0102-311X2012000400018.
 8. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CGL. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):789-800. doi: 10.1590/S0104-11692013000200011.
 9. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal, MC. Assessment of quality of prenatal care among pregnant women with a history of premature deliveries using the Brazilian National Health Service in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013;13(2):89-100. doi: 10.1590/S1519-38292013000200002.
 10. Handell IBS, Cruz MM, Santos MA. Evaluation of antenatal care in selected Family Health Centres in a Midwest Brazilian municipality, 2008-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(1):101-10. doi: 10.5123/S1679-49742014000100010.
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [cited Mar 28, 2018]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>
 12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Geral de saúde das Mulheres. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited Mai 22, 2018]. Available from: sisprenatal.saude.gov.br/login.jsf
 13. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. From the notion of social determination to one of social determinants of health. *Saúde Debate*. 2017 Jan/Mar;41(112):63-76. doi: 10.1590/0103-1104201711206.
 14. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. [Internet]. 1988 [cited Jan 31, 2018];260(12):1743-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>
 15. Domingues RMSM, Leal MC, Hartz ZMA, Dias MAB, Vettore MV. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Dec;16(4):953-65. doi: 10.1590/S1415-790X2013000400015.
 16. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37. doi:10.1590/S0102-311X2012000300003.
 17. Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Filho MB. Development and application of a new index for assessment of prenatal care. *Rev Panam Salud Pública*. [Internet]. 2013 [cited Sept 12, 2018];33(5):356-62. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n5/356-362/pt>
 18. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013 [cited Jan 31, 2018]. v.2, p.19-38. Available from: <http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>
 19. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SG, Oliveira AE. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014 Fev;36(2):56-64. doi: 10.1590/S0100-72032014000200003.
 20. Ribeiro JF, Luz VLES, Sousa AS, Silva GLL, Sousa VC, Sousa MFA. Prenatal contribution to the normal delivery in the conception of the nurse of the family health strategy. *Rev Interd* [Internet]. 2016 [cited Jan 28, 2019];9(1):161-70. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/521/pdf_296
 21. Cardoso AMR, Marín HF. Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e2997. doi: 10.1590/1518-8345.1859.2997.
 22. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. Resignifying education in health: difficulties and possibilities of the Family Health Strategy. *Trab Educ Saúde*. 2014 Abr/Jun;12(1):129-47. doi:10.1590/S1981-77462014000100008.
 23. Caldeira AP, Santana KR, Carneiro JA, Faria AA. Quality of maternal and child health care in different models of Primary Health Care. *Rev APS*. 2010;13(2):196-201. doi: 10.1590/S1413-81232010000800018.
 24. Sá NNB, Gubert MB, Santos W, Santos LMP. Factors related to health services determine breastfeeding within one hour of birth in the Federal District of Brazil, 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2016 Sept;19(3):509-24. doi: 10.1590/1980-5497201600030004.
 25. Basso CG, Neves ET, Silveira A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity.

- Texto Contexto - Enferm. 2012 June;21(2):269-76. doi:10.1590/S0104-07072012000200003.
26. Pedraza FD, Rocha AC, Cardoso MV. Prenatal care and birth weight: an analysis in the context of family health basic units. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(8):349-56. doi: 10.1590/S0100-72032013000800003.
27. Costanian C, Macpherson AK, Tamim H. Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:100. doi: 10.1186/s12884-016-0889-9.
28. Brand E, Kothari C, Stark MA. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. J Perinat Educ. 2011;20(1):36-44. doi: 10.1891/1058-1243.20.1.36.

Recebido: 22.06.2018

Aceito: 19.02.2019

Autor correspondente:
Cristina Maria Garcia de Lima Parada
E-mail: cparada@fmb.unesp.br
 <https://orcid.org/0000-0002-9597-3635>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.