

## EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA PRENATAL EN UNIDADES BÁSICAS DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO

Regina Célia de Menezes Succi<sup>1</sup>

Elisabeth Niglio Figueiredo<sup>1</sup>

Letícia de Carvalho Zanatta<sup>2</sup>

Marina Biffani Peixe<sup>2</sup>

Marina Bertelli Rossi<sup>2</sup>

Lucila Amaral Carneiro Vianna<sup>3</sup>

*El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de la asistencia prenatal ofrecida en doce Unidades Básicas de Salud (UBS) del municipio de San Pablo a través de la revisión de los registros médicos y de enfermería antes y después de la municipalización del sistema de salud. Fue utilizado un indicador que consideraba como atención de excelencia aquella con: inicio del acompañamiento prenatal en el primer trimestre de la gestación; con un mínimo de seis consultas; registro de por lo menos dos resultados de exámenes serológicos para sífilis y una prueba para el VIH; retorno a la UBS hasta 42 días después del parto. Ese indicador no fue obtenido en ninguna atención realizada en el 2000 y apenas en 7,7% de las atenciones en el 2004 (1,1% a 30% de las atenciones por unidad evaluada). A pesar de que con evidente mejoría de la atención en el período, la baja proporción de atención prenatal de excelencia, revela una urgente necesidad de mejorar esa asistencia en las UBS en el Municipio de San Pablo.*

*DESCRIPTORES: atención prenatal; calidad de atención de salud; sífilis congénita; VIH*

## EVALUATION OF PRENATAL CARE AT BASIC HEALTH UNITS IN THE CITY OF SAO PAULO

*The aim of this study was to evaluate the quality of prenatal care offered in 12 Basic Health Units (BHU) in the city of Sao Paulo, Brazil, through a review of medical and nurse charts, before and after the municipalization of the public health system. The indicator used considered excellence in care as: starting prenatal care in the first quarter of pregnancy; at least six medical visits; at least two results of blood screening for syphilis and one for HIV; returning to BHU up to 42 days after delivery. This indicator was not present in any care delivered in 2000, and only 7.7% of the care delivered in 2004 obtained it (1.1% to 30% of the care per unit assessed). Although there was an evident improvement in care during the period, the low proportion of excellent prenatal care shows an urgent need to improve this care in the BHU of São Paulo city.*

*DESCRIPTORS: prenatal care; quality of health care; syphilis, congenital; HIV*

## AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UNIDADES BÁSICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

*O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da assistência pré-natal oferecida em doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Paulo, através da revisão dos prontuários médicos e de enfermagem antes e após a municipalização do sistema de saúde. Foi utilizado um indicador que considerava como atendimento de excelência aquele com início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gestação, no mínimo seis consultas, registro de pelo menos dois resultados de exames sorológicos para sífilis e um teste para o HIV, retorno à UBS até 42 dias pós-parto. Esse indicador não foi obtido em nenhum atendimento realizado em 2000 e apenas em 7,7% dos atendimentos em 2004 (1,1 a 30% dos atendimentos por unidade avaliada). Embora com evidente melhora do atendimento no período, a baixa proporção de atendimento pré-natal de excelência revela urgente necessidade de melhorar essa assistência nas UBS no Município de São Paulo.*

*DESCRIPTORES: cuidado pré-natal; qualidade da assistência à saúde; sífilis congênita; HIV*

## INTRODUCCIÓN

El conjunto de procedimientos clínicos y educativos destinados a acompañar la evolución de la gravidez y promover la salud de la gestante y del niño, caracteriza la asistencia prenatal. Evaluar la calidad de esa asistencia con la propuesta de mejorarla requiere esfuerzos constantes de las autoridades de la salud, de los profesionales que ejecutan esas acciones y también de la población, que debe estar atenta a los problemas surgidos y a buscar soluciones.

En nuestro medio, el sistema de Vigilancia Epidemiológica ha sido suficiente para señalar problemas, sin embargo no consigue mejorar la viabilidad de las medidas de prevención<sup>(1)</sup>. El Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN), creado por el Ministerio de la Salud en el 2000<sup>(2)</sup>, además de definir los procedimientos mínimos para una asistencia adecuada, estableció un sistema informatizado de control - SisPreNatal para el acompañamiento adecuado de las gestantes registradas en el PHNP del Sistema Único de Salud (SUS) que registra a la gestante en la primera consulta, acompañándola hasta el puerperio. La municipalización de los servicios de salud es parte de un proceso de descentralización política, técnica y administrativa y se traduce en la implementación, organización y administración del trabajo y manejo de recursos; en San Pablo, ese proceso se inició en el 2001.

La evaluación de la calidad de la asistencia prenatal y las ocurrencias que resultaron en recién nacidos portadores de sífilis congénita en gestantes atendidas en 41 Unidades Básicas de Salud (UBS) del Municipio de San Pablo<sup>(3)</sup> en el 2000 concluyó, entre otros puntos, que la asistencia prestada a las gestantes en la mayoría de las unidades estudiadas no atiende las exigencias del Ministerio de la Salud<sup>(4)</sup>. La creación de indicadores de la calidad de la asistencia en esa investigación posibilitó identificar los problemas y evaluar la implantación de las políticas públicas de salud y de la organización de los servicios, además de monitorear las acciones preventivas en el prenatal y tratar de erradicar y/o controlar los posibles agravantes a la gestante y al feto<sup>(3)</sup>.

El objetivo de este estudio fue evaluar por medio de indicadores, la calidad de la asistencia prenatal ofrecida en unidades básicas de salud del municipio de San Pablo comparando dos períodos

distintos: 2000 (antes) y 2004 (cuatro años después de la municipalización de los servicios de salud).

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo y de corte transversal donde el objeto de observación fueron los registros de las gestantes. En este estudio se utilizó una muestra de 12 UBS, seleccionadas de forma aleatoria, entre las 41 UBS que formaron parte del estudio anterior<sup>(2)</sup>, realizado en el año 2000, período inmediatamente anterior a la municipalización de los servicios de salud en la ciudad de San Pablo.

Los modelos administrativos de las 12 UBS evaluadas en el 2004 eran los mismos del año 2000 (UBS tradicional; unidades mixtas con el modelo de atención tradicional + programa de salud de la familia; unidades apenas con programa de salud de la familia) excepto una unidad que pasó de UBS tradicional en el 2000 para unidad mixta en 2004. Cinco unidades pertenecían a la coordinación de salud Este, en cuanto cuatro pertenecían a la coordinación Norte, dos a la coordinación Sur, y una a la coordinación Centro.

Fueron analizados todos los registros de las gestantes que realizaron consultas de prenatal en cada UBS en el 2004 (inclusive cuando el acompañamiento se inició en el 2003 o terminó en el 2005). Obtuvieron ese criterio de elegibilidad 1299 gestantes, investigándose en sus historias clínicas las variables relacionadas a las gestantes, a los datos del prenatal y a los recién nacidos.

Basado en las normas del Ministerio de la Salud<sup>(4)</sup> fue considerado un acompañamiento prenatal adecuado, que sería caracterizado por presentar: inicio del acompañamiento en el primer trimestre de la gestación; como mínimo seis consultas; registro de, por lo menos, dos resultados de exámenes serológicos para sífilis (VDRL); registro de un examen serológico para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); retorno a la UBS hasta 42 días después del parto. Se construyó un índice utilizando la relación entre el número de gestantes cuyo acompañamiento prenatal en la unidad cumplía todos esos ítems (prenatal adecuado o excelente) y el número total de gestantes atendidas en el período. Todos los datos disponibles en los registros fueron utilizados: anotaciones médicas y de enfermería y resultados de exámenes de laboratorio (dos registros médicos y en los registros del sistema SisPreNatal).

Después de la recolección, las variables seleccionadas fueron resumidas como número y porcentaje para las variables cualitativas y como promedio  $\pm$  desviación estándar para las variables cuantitativas. La comparación entre los dos años del estudio fue hecha en cada una de las unidades evaluadas, utilizando para las variables cualitativas la prueba Chi-Cuadrado o Exato de Fisher y para las variables cuantitativas la prueba t de Student.

Esta investigación, financiada por el CNPq (edital 036/2004), fue aprobada por los Comités de Ética en Investigación de la Universidad Federal de San Pablo y de la Secretaría Municipal de Salud de San Pablo.

## RESULTADOS

Hicieron el acompañamiento prenatal en las 12 unidades (identificadas por números de 1 a 12) 818 gestantes en el 2000 y 1299 en el 2004, variando de 41 a 147 gestantes/UBS en el año 2000 y 40 a 299 gestantes/UBS en el año 2004. El número de atenciones en el 2004 fue superior al de 2000 en todas las UBS, excepto una. En las unidades evaluadas el modelo asistencial era el siguiente: siete Unidades Básicas de Salud (UBS), cuatro unidades mixtas (UBS + Programa de Salud de la Familia - PSF) y una con atención del tipo PSF.

El promedio y desviación estándar del número de consultas médicas por gestante en las unidades estudiadas variaron de  $4,6 \pm 1,9$  a  $6,8 \pm 3,2$  en el 2000 y de  $3,9 \pm 1,8$  a  $6,5 \pm 3,2$  en el 2004. Comparando los dos años estudiados, esos promedios fueron diferentes (con significancia estadística) en apenas tres unidades: en las unidades 2 y 6 hubo reducción del número de atenciones ( $6,1 \pm 2,1$  para  $4,9 \pm 2,0$  y  $6,8 \pm 3,2$  para  $4,7 \pm 2,7$ ; prueba t de Student,  $p=0,007$  y  $p < 0,001$  respectivamente) y en la unidad 9 hubo incremento en el número de atenciones ( $4,8 \pm 2,3$  para  $5,5 \pm 1,8$ ; prueba t de Student,  $p=0,048$ ). Diferencias marginalmente significativas en el promedio del número de consultas fueron observadas con reducción en una unidad y aumento en tres unidades.

La proporción de gestantes que realizó consultas de enfermería fue pequeña en todas las UBS, variando de 0,70% a 28,20%. La evaluación del número total de consultas realizadas, sumando las consultas médicas y de enfermería puede ser vista en la Tabla 1.

Tabla 1 - Distribución del número de gestantes con total de consultas (con médico/enfermera) mayor o igual a seis de acuerdo con la Unidad de Salud y el año

Unidad de Salud	Año		p-valor #
	2000	2004	
1	23 (52.30%)	48 (57.10%)	0.599
2	22 (55%)	24 (43.60%)	0.274
3	25 (37.90%)	48 (61.50%)	0.005
4	24 (39.30%)	80 (56.30%)	0.026
5	26 (39.40%)	56 (60.90%)	0.008
6	35 (68.60%)	39 (73.60%)	0.577
7	54 (36.70%)	96 (32.20%)	0.343
8	28 (52.80%)	31 (77.50%)	0.014
9	27 (39.10%)	42 (48.30%)	0.253
10	39 (58.20%)	61 (62.20%)	0.602
11	49 (48.50%)	102 (63.80%)	0.015
12	18 (36%)	58 (53.20%)	0.044

#Chi cuadrado

El acompañamiento prenatal fue iniciado en el primer trimestre de la gestación para 459/818 gestantes (56,10%) en el 2000, variando de 39,60% a 85,00% en las 12 UBS estudiadas (Tabla 2); en el 2004, esa proporción varió de 37,20% a 80,80%. En total, hubo un aumento significativo en el número de gestantes que iniciaron el prenatal en el primer trimestre de gestación del año 2000 con relación al año 2004 (Chi-cuadrado,  $p < 0,05$ ), a pesar de que en cinco de las 12 unidades evaluadas, esa proporción fue menor.

Tabla 2 -Distribución del número de gestantes que iniciaron el prenatal en el primer trimestre de gestación de acuerdo con el Año y la Unidad de Salud

Unidad de Salud	Año		p-valor #
	2000	2004	
1	27 (61.40%)	51 (62.20%)	0.927
2	34 (85%)	35 (67.30%)	0.052
3	38 (57.60%)	63 (80.80%)	0.002
4	34 (55.70%)	101 (72.70%)	0.019
5	41 (62.10%)	47 (51.60%)	0.192
6	36 (70.60%)	42 (79.20%)	0.308
7	77 (52.40%)	153 (52%)	0.946
8	21 (39.60%)	32 (80%)	<0.001
9	34 (49.30%)	47 (56%)	0.410
10	35 (52.20%)	35 (37.20%)	0.058
11	53 (52.50%)	125 (78.60%)	<0.001
12	29 (58%)	52 (48.60%)	0.272

# Chi-Cuadrado

La proporción de gestantes que realizó el acompañamiento hasta el tercer trimestre de gestación disminuyó en el período evaluado: 711/818 (86,90%) en el 2000 para 962/1299 (74,00%) en el 2004. Tres unidades presentaron una disminución significativa en esa proporción y apenas dos presentaron aumento, sin embargo esa diferencia no fue estadísticamente significativa.

Por lo menos un examen serológico para la sífilis, durante el acompañamiento prenatal, fue realizado en 76,70% (628/818) de las gestantes acompañadas en el 2000 y 86,00% (1117/1288) en el 2004. La tabla 3 presenta las unidades de salud según la realización y el número de exámenes VDRL realizados durante el acompañamiento prenatal en los dos años evaluados.

Tabla 3 - Distribución de las unidades de salud según el número de gestantes que realizaron dos o más exámenes VDRL, Municipio de San Pablo, 2000/2004

Unidad de Salud	Cantidad de VDRL en el año 2000			Cantidad de VDRL en el 2004			p-value #
	Cero	Un	Dos o más	Cero	Un	Dos o más	
1	-	21 (95.50%)	1 (4.50%)	-	12 (30.80%)	27 (69.20%)	<0.001
2	10 (24.40%)	31 (75.60%)	-	-	38 (100%)	-	0.001
3	28 (42.40%)	38 (57.60%)	-	-	65 (91.50%)	6 (8.50%)	0.007
4	10 (16.40%)	34 (55.70%)	17 (27.90%)	-	42 (36.50%)	73 (63.50%)	<0.001
5	19 (28.80%)	44 (66.70%)	3 (4.50%)	-	80 (96.40%)	3 (3.60%)	<0.001
6	3 (6%)	42 (84%)	5 (10%)	-	35 (77.80%)	10 (22.20%)	0.074
7	21 (14.30%)	121 (82.30%)	5 (3.40%)	-	43 (76.80%)	13 (23.20%)	<0.001
8	10 (18.05%)	42 (77.80%)	2 (3.70%)	-	10 (38.50%)	16 (61.50%)	<0.001
9	14 (20.30%)	46 (66.70%)	9 (13%)	-	33 (38.80%)	52 (61.20%)	<0.001
10	22 (33.80%)	33 (50.80%)	10 (15.40%)	-	36 (41.40%)	51 (58.60%)	<0.001
11	25 (25%)	50 (50%)	25 (25%)	23 (17,20%)	71 (53%)	40 (29.90%)	0.317
12	-	23 (100%)	-	-	52 (55.30%)	42 (44.70%)	<0.001

#Prueba t de Student.

La realización de por lo menos un examen serológico para la sífilis en 100% de las gestantes atendidas solo fue obtenida en dos unidades en el 2000 y en 11/12 (92%) en el 2004. La proporción de gestantes que realizó las dos pruebas preconizadas varió de cero a 25% en el 2000 y de 3,60% a 69,20% en el 2004. La proporción de gestantes que realizó serología para sífilis aumentó significativamente en cinco unidades, sin embargo apenas dos UBS realizaron por lo menos una prueba en todas las gestantes atendidas en los dos períodos. Una unidad todavía presentaba, en el 2004, 17,20% de los registros de atención prenatal sin registro de examen para sífilis.

La prevalencia de gestantes infectadas por el VIH era de 3,70% en el 2000 y pasó a 0,60% en el 2004. Hubo un aumento en la proporción de serologías para VIH realizadas del año 2000 (510/818) para el año 2004 (1096/1299); esa diferencia fue estadísticamente significativa en cinco unidades ( $p < 0,05$ ). En el 2004 más de 80,0% de las gestantes atendidas en todas las unidades realizaron ese examen. La distribución de las gestantes que realizaron serología para el VIH en las unidades de salud estudiadas puede ser vista en la Tabla 4.

Tabla 4 - Distribución del número de gestantes que se realizaron serología para VIH por unidad de salud, Municipio de San Pablo, 2000/2004

Unidad de Salud	Año		p-value #
	2000	2004	
1	22 (53.70%)	75 (94.90%)	<0.001
2	34 (100%)	41 (95.30%)	0.500
3	39 (68.40%)	74 (94.90%)	<0.001
4	45 (100%)	129 (99.20%)	>0.999
5	43 (81.10%)	85 (97.70%)	0.001
6	45 (93.80%)	43 (91.50%)	0.714
7	114 (86.40%)	224 (84.80%)	0.688
8	44 (93.60%)	38 (97.40%)	0.623
9	54 (100%)	85 (98.80%)	>0.999
10	2 (3.40%)	85 (95.50%)	<0.001
11	67 (100%)	120 (100%)	-
12	1 (4.20%)	97 (100%)	<0.001

#Chi cuadrado

En la evaluación hecha en el 2000, ninguna de las 818 gestantes acompañadas volvió a la UBS en los primeros 42 días después del parto. En el 2004, 1239 gestantes acompañadas tenían registro de esa información en los registros médicos y 481 de ellas (38,80%) volvieron a la UBS dentro de este período, sin embargo, en apenas cuatro UBS más de 50% de las gestantes fueron evaluadas en el puerperio.

Cuando aplicamos el indicador de excelencia, apenas 100 de las 1299 gestantes evaluadas en el 2004 (7,70%) lo obtuvieron (Tabla 5). En el 2000 ese indicador no fue obtenido por que no volvieron a la UBS dentro de los 42 días después del parto.

Tabla 5 - Número de gestantes que presentaron Indicador de Excelencia de la Asistencia en el prenatal en el año 2004 de acuerdo con Unidad de Salud

Unidad de Salud	Nº Gestantes con indicador	Total de Atenciones	% Gestantes con indicador
1	5	84	6
2	0	55	0
3	3	78	3,80
4	28	143	19,60
5	1	92	1,10
6	5	54	9,30
7	2	299	6,70
8	12	40	30,
9	11	87	12,60
10	12	98	12,20
11	14	160	8,80
12	7	109	6,40
Total	100	1299	7,70

## DISCUSIÓN

La promoción de la salud de la gestante y del feto debe ser hecha por medio de una buena asistencia prenatal considerado uno de los mejores indicadores de pronóstico de los resultados obstétricos y neonatales de la gestación<sup>(5)</sup>. Esta asistencia, considerada prioritaria en la salud pública, tiene por objetivo principal disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil<sup>(6)</sup>, caracterizándose por el desarrollo de acciones preventivas y educativas (por medio de contacto frecuente y planificado de la gestante con los servicios de salud) y por la identificación de situaciones de riesgo para las gestantes y los fetos con intervención precoz y oportuna en los problemas que afectan la gravidez. La implementación del programa de atención prenatal con la implantación del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), en la mitad de la década de los 80, determinó cambios significativos con aumento de la cobertura y del promedio del número de consultas, así como al inicio más precoz de la atención prenatal<sup>(2)</sup>.

En este estudio fue observado un aumento del número de consultas realizadas en todas las UBS analizadas, excepto en una, en los dos períodos estudiados. A pesar de que no se tenga acceso al número de habitantes de cada área cubierta por las unidades evaluadas, se puede suponer que un

aumento de 58,80% en el número de gestantes atendidas (818 en el 2000 y 1299 en el 2004) no es consecuencia apenas de un posible aumento poblacional (ya sea de la población como un todo, o particularmente del número de mujeres en edad fértil); los datos obtenidos sugieren una mayor accesibilidad de las mujeres al prenatal.

El Ministerio de la Salud considera ideal un acompañamiento prenatal iniciado en el primer trimestre de gestación y con seis o más consultas en el período de gestación<sup>(4)</sup>. Comparándose las atenciones en el 2000 y 2004, se observó que 8 de las 12 UBS evaluadas en el 2004 presentaron un promedio de consultas médicas inferior a seis, además de la reducción estadísticamente significativa en el número de consultas realizadas en dos unidades. A pesar de que el número de consultas de enfermería es todavía muy pequeño en todas las UBS evaluadas, cuando se consideró el total de consultas realizadas (médico+ enfermera) hubo un aumento en la proporción de gestantes que obtuvieron el mínimo de consultas necesarias en la mitad de las UBS. Entre tanto, apenas 52,70% de las gestantes atendidas en el 2004 (685/1299) llegaron a ese número de consultas y en tres unidades la proporción de gestantes con ese indicador fue inferior a 50% (Tabla 1).

El mayor número de visitas prenatales y la asistencia precoz a la gestante se asocian con: mejor crecimiento intrauterino y menores tasas de morbilidad y mortalidad neonatal, prematuros, bajo peso al nacer y muerte materna<sup>(7-11)</sup>. La época del inicio y término del acompañamiento es un punto importante de la calidad del prenatal, que idealmente se debe iniciar en el primer trimestre de gestación y prolongarse hasta el 3er trimestre. El inicio precoz tiene importancia principalmente en la disminución de las morbilidades maternas y su manutención hasta el tercer trimestre de la gestación favorece la identificación de posibles riesgos perinatales, posibilitando intervenciones oportunas. La proporción de gestantes atendidas en las unidades evaluadas con inicio del acompañamiento prenatal en el primer trimestre de gestación aumentó en el período estudiado (Tabla 2), entre tanto, la manutención de esta atención hasta el final de la gestación, evaluada por medio del número de gestantes que realizaron la consulta en el último trimestre de gestación fue peor en el año 2004 comparado al año 2000. El incremento en la búsqueda precoz de la atención prenatal puede

ser reflejo del número de gestantes acompañadas, como un todo, sin embargo la pérdida del acompañamiento hasta el final de la gestación puede ser consecuencia de poco estímulo de la familia, que desconoce los beneficios de este seguimiento, o de los cambios de dirección, común en esa población. Entretanto, cualquiera que sea la causa, la pérdida del acompañamiento puede generar riesgos para el binomio madre-hijo y necesita una acción para corregir esa falla.

La baja frecuencia de las consultas de prenatales tiene como reflejo directo la pérdida de las oportunidades de prevenir los problemas de la gestación, principalmente los infecciosos<sup>(5)</sup>. La sífilis y la infección por el VIH fueron las dos enfermedades infecciosas utilizadas para evaluar la calidad de la asistencia prenatal en este estudio. A pesar de que el Ministerio de la Salud recomienda realizar dos pruebas serológicas para sífilis (VDRL) durante el acompañamiento prenatal y considerar el registro de hasta un caso por 1.000 nacidos vivos como la meta para eliminar la sífilis congénita, un estudio realizado en el 2004, con una muestra representativa de parturientas de 15 a 49 años de edad, de todas las regiones del país, observó una tasa de prevalencia de 1,6% para la sífilis activa<sup>(12)</sup>. Se estima que cerca de 50 mil parturientas con sífilis activa y 12 mil nacidos vivos con sífilis congénita (considerando una tasa de transmisión vertical de 25%) ocurrieron en el 2004, con prevalencia diferente en cada región del país, variando de 1,9% en la región Noreste a 1,3% en la región Centro Oeste<sup>(12)</sup>.

A pesar de que ha sido observado un aumento de la proporción de unidades que realizaron por lo menos un prueba serológica para sífilis, cuando se compararon los años 2000 y 2004, la proporción de gestantes con las dos pruebas preconizadas es todavía muy baja (3,60% a 69,20%). La no identificación de las gestantes infectadas trae como resultado la ausencia de tratamiento y la imposibilidad de prevenir la enfermedad en el recién nacido.

Conocer precozmente, en la gestación, la situación de seropositividad para el VIH permite intervenir rápidamente, con la finalidad de disminuir el riesgo de transmisión del virus al niño. La prevalencia de gestantes infectadas por el VIH en las unidades evaluadas era de 3,70% en el 2000 y pasó a 0,60% en el 2004. Esa disminución de la tasa entre los dos años no debe ser vista como una disminución en el número de mujeres infectadas en el municipio,

que de hecho no ocurrió, sin embargo debe ser evaluada bajo la visión de la ampliación de las solicitaciones de esta prueba, que en el 2000 eran hechas principalmente para las mujeres que referían "algún comportamiento de riesgo". Además de eso, hay en el municipio, una mayor cantidad de centros especializados para atender a las gestantes VIH+, lo que por cierto, disminuye la búsqueda del prenatal en las UBS. La tasa encontrada en el 2004 es compatible con la estimativa de prevalencia de parturientas seropositivas para el VIH, hecha por medio de un estudio centinela en el 2004, que reveló prevalencia de 0,537% para la región sureste<sup>(12)</sup>.

El aumento del número de gestantes que realizaron serologías para sífilis y VIH en las UBS evaluadas sugiere una búsqueda por mejorar la calidad de la asistencia del prenatal, cumpliendo los objetivos del Programa de Humanización del prenatal y previniendo la transmisión vertical de esas infecciones. Entre tanto, como ya verificamos anteriormente<sup>(2)</sup>, la proporción de gestantes que realizó los dos exámenes para sífilis en todas las unidades fue muy inferior a la que realizó una prueba para VIH.

Volver a la UBS después del parto es una de las medidas de calidad de la asistencia prenatal y una estrategia que tiene por objetivo prevenir ocurrencias indeseadas al binomio madre-hijo, siendo también una forma de estrechar la relación cliente y servicio, transformando la unidad en un local de referencia para la salud y no para la enfermedad. Se espera con esto, acompañar problemas detectados durante el parto y facilitar la adhesión de la familia y la inclusión del bebé en el servicio de salud. En cuanto en el año 2000 no hubo registro de retorno a las UBS en ese período, en el 2004, esto pasó a ocurrir en todas las unidades estudiadas, a pesar de que en apenas cuatro de ellas esa tasa de retorno ultrapasó los 50%. La implantación de los programas de salud de la familia puede ser responsable de esa mejoría.

El indicador de excelencia de la asistencia prenatal sugerido<sup>(2)</sup> utilizó la relación entre el número de gestantes cuyo acompañamiento prenatal en la unidad cumplía los criterios de excelencia en la asistencia (inicio del acompañamiento prenatal en el primer trimestre, con un mínimo de seis consultas; registro, de por lo menos, dos resultados de exámenes serológicos para sífilis (VDRL) y un examen serológico para el VIH y retorno a la UBS 42 días después del parto) y el número total de gestantes

atendidas en el período en esa unidad. Su aplicación a las atenciones realizadas en el 2004 (Tabla 5), reveló que una de las unidades no presentó la atención que se encuadraba en ese indicador de calidad, y en las otras unidades las atenciones que cumplían esos criterios variaron de 1,10% a 30,0%. El 7,7% de atenciones con el indicador de calidad en la asistencia al prenatal en las unidades evaluadas revela una urgente necesidad de mejorar esa asistencia.

También en Maringá (PR) un estudio realizado con la finalidad de evaluar la calidad de la atención prenatal utilizando dos indicadores diferentes (1998 a 2001) reveló 40% de inadecuación de la atención<sup>(13)</sup>. Otro estudio evaluando los datos de 555.979 mujeres registradas en el SisPreNatal en los dos primeros años de su instalación (2000 y 2001) demostró que apenas 20% de las mujeres realizaron seis consultas de prenatal y hubo dos veces más solicitudes de exámenes para la detección de infección por el VIH que para sífilis; apenas 2% de las mujeres fueron registradas en el 2001 y 5%, en el 2002, realizaron el conjunto de las actividades propuestas por el Ministerio de la Salud<sup>(14)</sup>.

Un importante factor que puede haber interferido en la evaluación de la calidad de la atención prenatal es la precariedad del registro de la asistencia prestada a la gestante. Un estudio hecho en 1995 en una UBS en Ribeirao Preto reveló que los registros de la asistencia al prenatal se encuentran enfocados en su "incomprensibilidad" y en no estar completos<sup>(15)</sup>, lo que podría resultar en registro incompleto de los datos evaluados.

En conclusión, se puede decir que la calidad de la atención prenatal en las 12 UBS estudiadas

presentó una mejoría en: aumentó del número de gestantes atendidas y el número de consultas médicas y de enfermería realizadas; hubo aumento de la búsqueda de la atención en el 1º trimestre de la gestación y mayor retorno de las gestantes a las UBS en el puerperio; también fueron realizados más pruebas para identificar gestantes positivas para sífilis y VIH. Entre tanto, la manutención del acompañamiento hasta el final de la gestación disminuyó en el 2004 y apenas 7,70% de las gestantes tuvieron una atención que cumpliera todas las actividades establecidas por el PHPN<sup>(2)</sup> del Ministerio de la Salud, que todavía no estaba implantado en el 2000. El bajo retorno a las UBS, durante el puerperio, puede reflejar el escaso vínculo del profesional de la salud con la gestante.

La municipalización de los servicios de salud parece que tuvo importancia en ese cambio, a pesar de que no fue posible correlacionarla a la influencia del modelo asistencial instituido (programa de salud de la familia, unidad básica de salud tradicional o unidades mixtas). Cabe destacar las dificultades encontradas para evaluar temporalmente la atención en una determinada región circunscrita por el Programa de Salud de la Familia, una vez que la ampliación de áreas de competencia de una unidad del PSF resulta en una nueva identificación numérica de las residencias y de los individuos, lo que impide el acompañamiento longitudinal de los usuarios del servicio. La reciente propuesta de Penna y col<sup>(16)</sup> que sugieren la consulta colectiva de prenatal, podría priorizar el principio de la atención integral y de la ciudadanía, favoreciendo la asistencia humanizada e integral para la mujer.

## REFERENCIAS

1. Tayra A. O sistema de Vigilância Epidemiológica de Sífilis Congênita no Estado de São Paulo, 1989 a 1997. [Dissertação] São Paulo (SP): Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública USP; 2001.
2. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher; 2000.
3. Figueiredo EN. Qualidade da assistência no pré-natal pautada nos estudos das sífilis e sífilis congênita em unidades básicas de saúde do Município de São Paulo. [Tese] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção

qualificada e humanizada: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

5. Amini SB, Catalana PM, Mann LI. Effect of prenatal care on obstetrical outcome. *J Matern Fetal Med* 1996; 5:142-50.
6. Bergsjö P, Villar J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent students, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:1-14.
7. Bolzon DA, Guimarey L, Norry M. Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires. *J Pediatr Rio de Janeiro* 2000; 76(3):C8-14.
8. Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saude Publica* 2003; 37(3):303-10.

9. Morais EN, Alflen TL, Spara P, Beitune PE. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1988; 20:25-32.
10. Petrou S, Kupek E, Vause S, Maresh M. Antenatal visits and adverse perinatal outcomes: results from a British population-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 106(1):40-9
11. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5):1011-6.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Bol Epidemiol* 2006; 3(1).
13. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (1):173-9.
14. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TD. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5):1281-9.
15. Oba MDV, Tavares MSG. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1998; 6 (1):53-61.
16. Penna LHG, Carinhanha KI, Rodrigues RF. Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência integral. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16 (1):158-60.