

## Atenção nutricional ao pré-natal e puerpério, na perspectiva da integralidade, em um município da Baixada Santista, São Paulo, Brasil

Anna Sylvia de Campos Motta Laporte <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9298-5158>

Lia Thieme Oikawa Zangirolani <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9966-5701>

Maria Angélica Tavares de Medeiros <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8982-7084>

<sup>1</sup> Instituto de Saúde e Sociedade. Universidade Federal de São Paulo. Campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil.

<sup>2,3</sup> Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Instituto de Saúde e Sociedade. Universidade Federal de São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. Campus Baixada Santista. Rua Silva Jardim, 136. Vila Mathias. Santos, SP, Brasil. CEP: 11.015-020. E-mail: angelica.medeiros@unifesp.br

### Resumo

*Objetivos: avaliar comparativamente o processo da atenção nutricional ao pré-natal e ao puerpério em Unidade Básica de Saúde do município de Santos, SP, Brasil antes e após intervenção para implantar uma Estratégia de Atenção Nutricional ao Pré-natal e Puerpério-EANPP.*

*Métodos: estudo transversal cujo universo foi composto por 58 pares de mulheres e seus filhos, das quais 30 realizaram o pré-natal antes e 28 após a implantação, utilizando registros das fichas perinatais e dos prontuários das crianças. Avaliou-se a atenção segundo diretrizes oficiais nacionais. Para comparar as variáveis entre os Grupos PRÉ e PÓS-intervenção utilizou-se o teste qui-quadrado.*

*Resultados: houve melhora significativa na atenção nutricional após a intervenção, destacando-se: aferição da estatura ( $p=0,001$ ), registro de peso pré-gestacional ( $p=0,032$ ), acompanhamento do Índice de Massa Corporal/semana gestacional ( $p=0,001$ ), registro de peso do recém-nascido na alta ( $p=0,011$ ) e ganho ponderal diário na primeira consulta pediátrica ( $p=0,019$ ).*

*Conclusão: a EANPP contribuiu para aprimorar os registros em prontuários e a atenção nutricional materno infantil, demonstrando a necessidade de estabelecer fluxos/processos e fomentando o cuidado integral a essa população.*

**Palavras-chave** Política nutricional, Cuidado pré-natal, Puerpério, Nutrição em saúde pública, Atenção primária à saúde



## Introdução

Apesar da crescente redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil, ainda é crítica a proporção de jovens que morrem por causas obstétricas diretas, relacionadas às doenças hipertensivas, em especial à eclampsia, seguidas por problemas hemorrágicos durante o parto. Além disso, ressalta-se a ocorrência de nascimentos prematuros e de mortes neonatais precoces. Tais situações são passíveis de intervenção nutricional no pré-natal.<sup>1,2</sup>

A alimentação adequada e saudável é condição essencial para a promoção e a proteção da saúde maternoinfantil. Os distúrbios nutricionais, com destaque para o sobrepeso e a obesidade, apresentam elevada magnitude em gestantes e mulheres em idade fértil, podendo agravar a morbidade materna, por exemplo, aumentando a prevalência de diabetes gestacional e de doenças hipertensivas.<sup>1,3</sup> Para fazer frente a esse cenário epidemiológico foram estabelecidas ações e políticas pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup> brasileiro, em busca da integralidade da atenção.

Como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil a integralidade considera as práticas profissionais de atenção à saúde em sua dimensão mais ampla e não apenas como sintoma a ser tratado, tendo por base a percepção dos usuários inseridos em seu contexto histórico-social.<sup>4</sup> Entre essas ações, a atenção nutricional se apresenta como componente primordial para o alcance da integralidade do cuidado à saúde da mãe e do bebê, compreendendo o diagnóstico e a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, a educação alimentar e nutricional, além de ações de prevenção.<sup>1,5</sup>

No contexto da atenção à saúde da mulher e da criança, o trabalho multidisciplinar, incluindo a corresponsabilização do cuidado e processos de trabalhos pactuados pela equipe, ocupa papel de destaque na qualificação das ações.<sup>6</sup> Desse modo, a importância da atenção nutricional foi reconhecida por estudos que evidenciaram expressiva proporção de mulheres com desvio ponderal pré-gestacional,<sup>3,7</sup> deficiências no processo de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional<sup>8-10</sup> e de oferta de atividades educativas e de orientação alimentar.<sup>8,10,11</sup>

Embora existam diversos estudos de avaliação da qualidade do pré-natal,<sup>8,11-14</sup> poucos se voltaram à avaliação da atenção nutricional nessa fase do ciclo da vida. A avaliação permanente faz-se necessária e pode ser concretizada segundo indicadores construídos a partir dos dados registrados em prontuários e na ficha perinatal.<sup>1</sup> A informação em saúde,

expressa a partir desses registros, corresponde à matéria prima para o processo de tomada de decisão e a carência de registros pode indicar a ausência do procedimento, expressando prejuízos à qualidade do processo da atenção.<sup>15</sup>

Frente à escassez de estudos que avaliem o processo da atenção nutricional e à proposta de implantação da Estratégia de Atenção Nutricional no Pré-natal e Puerpério (EANPP), fruto da integração entre universidade e serviço de saúde, o objetivo deste estudo foi avaliar comparativamente o processo da atenção nutricional no pré-natal e puerpério em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em dois momentos distintos, antes e após uma intervenção, que consistiu na implantação desta estratégia.

## Métodos

Realizou-se um estudo transversal, avaliativo e comparativo, em uma UBS da Região dos Morros do município de Santos, litoral sul do Estado de São Paulo (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq processo 486017/2011-7). O estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde de Santos - Parecer no 32900 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - Parecer no 507.901.

O município de Santos apresenta elevados índices de mortalidade materna e neonatal. As taxas mais recentes, 81,9 mortes de mães/100.000 nascidos vivos e 9,17 mortes neonatais/1000 nascidos vivos,<sup>16</sup> superam a média do estado de São Paulo, respectivamente 45,5/100.000 nascidos vivos<sup>16</sup> e 7,93/1000 nascidos vivos.<sup>16</sup>

Na Atenção Primária de Santos coexistem UBS e Unidades de Saúde da Família (USF), estas últimas atuando com equipes mínimas (médicos, enfermeiros, dentistas e agentes de saúde). A unidade de saúde deste estudo trata-se de uma UBS, escolhida devido às ações ali realizadas desde 2010, que resultaram na implantação de EANPP.

A proposta de construção da estratégia surgiu pelo reconhecimento da necessidade de aprimorar as ações de alimentação e nutrição voltadas ao pré-natal e ao puerpério, buscando estabelecer um cuidado integral para essa população. Esta proposta foi concebida a partir das seguintes ações: realização de grupos educativos interdisciplinares em nutrição, voltados à avaliação e ao acompanhamento nutricional durante a gestação, e o projeto de vigilância à saúde das mães e dos recém-nascidos (RN) e de incentivo ao Aleitamento Materno (AM), realizado

por visitas domiciliares, de forma continuada e integrada ao pré-natal.

O processo de implantação da EANPP foi descrito em outra publicação.<sup>17</sup> Sucintamente, a construção da estratégia foi precedida de reuniões de planejamento entre universidade e serviço, para identificar necessidades e dificuldades de adesão de gestantes e profissionais, desencadear o trabalho integrado e identificar demandas a serem tratadas nas práticas educativas. Desse processo foram definidos: fluxo das ações, espaço físico adequado, sistema de atualização de dados em prontuário e atuação conjunta universidade/serviço, construção de protocolo contemplando questões socioeconômicas e antecedentes gestacionais e de saúde. Entre os profissionais participantes foram incluídos: nutricionista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), assistente social e estagiários de nutrição.<sup>17</sup>

O universo deste estudo foi composto por dois grupos de mulheres que realizaram o pré-natal nesta UBS em dois momentos distintos, antes e após a implantação da EANPP. O primeiro grupo contou com mulheres que se inscreveram no programa de pré-natal no primeiro semestre de 2008 (Grupo PRÉ) e o segundo grupo, no primeiro semestre de 2011 (Grupo PÓS). Esses períodos foram escolhidos para evitar influência nos desfechos analisados, já que o processo de implantação ocorreu durante o ano de 2010.

Após levantamento nos registros da UBS, encontraram-se 42 mulheres inscritas no pré-natal no Grupo PRÉ e 37 mulheres inscritas no Grupo PÓS. Contudo, 12 mulheres do Grupo PRÉ e 09 mulheres do Grupo PÓS não foram incluídas no estudo devido à referência para outros pontos de atenção durante a gestação, mudança de UBS, aborto e morte neonatal precoce. Assim foram totalizados 30 e 28 mulheres nos grupos PRÉ e PÓS, respectivamente.

A coleta de dados ocorreu de Junho a Agosto de 2013 e consistiu de pesquisa documental retrospectiva das fichas perinatais das gestantes e dos prontuários de seus bebês, possibilitando avaliar a conformidade do processo da atenção nutricional, nos dois momentos analisados (primeiro semestre de 2008 e primeiro semestre de 2011), segundo as diretrizes do Ministério da Saúde.<sup>1</sup> Para tanto, foram elaborados formulários baseados nas variáveis de interesse, a fim de caracterizar as gestantes e avaliar o processo de atenção pré-natal e puerperal. Para a avaliação do período puerperal, consideraram-se os 42 dias após o nascimento, ou seja, com base no calendário de consultas pediátricas, foram coletados dados apenas das duas primeiras consultas de pedia-

tria.

A avaliação do processo no pré-natal e puerpério teve como base o referencial teórico proposto por Donabedian.<sup>18</sup> Para o autor, um bom sistema de avaliação de serviços de saúde deve considerar as dimensões de estrutura, processo e resultado dos serviços prestados, pois “uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom desfecho” (p. 1147). Vale esclarecer que, para a implantação da EANPP, considerou-se adequada a estrutura da UBS em questão, tendo como base a observação direta, proporcionada pela vivência da rotina dos serviços ao longo de três anos. Essa avaliação de estrutura e processo foi objeto de outro trabalho no município.<sup>10</sup>

Diante da premissa de que a atenção nutricional é componente essencial para alcançar a integralidade do cuidado materno-infantil, e da ausência de processos voltados a avaliar esta atenção, utilizou-se um modelo de avaliação de serviços aplicado à atenção nutricional ao pré-natal e puerpério, considerando as principais ações e rotinas previstas pelos documentos do Ministério da Saúde, cuja realização é imprescindível para a efetividade da atenção nutricional.<sup>10</sup>

As variáveis estudadas foram: características demográficas e socioeconômicas: idade, renda, escolaridade, etnia, situação conjugal, dependência de álcool e drogas e tabagismo; antecedentes obstétricos e familiares: aceitação da gravidez, paridade, histórico de baixo peso ao nascer e macrosomia e antecedentes familiares de hipertensão e diabetes, obtidas a partir da ficha perinatal utilizada pelo município. Por se tratarem de dados secundários, utilizou-se, para as variáveis, a mesma classificação disponível na ficha perinatal do município, ao invés de adotar a classificação estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Para a estatística dos dados, foi feita inicialmente análise descritiva simples das variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas, utilizando frequências simples e relativas, além de medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão DP). Para a análise comparativa das variáveis utilizadas na avaliação do processo da atenção nutricional no pré-natal e no puerpério entre os Grupos PRÉ e PÓS-intervenção utilizou-se o teste qui-quadrado. Para tanto, foi feita a dicotomização das variáveis como adequadas e inadequadas, seguindo os critérios de qualidade de processo definidos pelo Ministério da Saúde; dessa maneira foram considerados adequados quando realizados: os critérios mínimos estabelecidos<sup>1</sup> (início do pré-natal até ao

17ª semana de gestação, realização do mínimo de seis consultas e realização da consulta de puerpério até o 42º dia após o nascimento); a avaliação do risco nutricional pré-gestacional (registro do peso pré-gestacional e registro da estatura); avaliação e monitoramento do estado nutricional gestacional (registro do peso e registro na curva de Índice de Massa Corporal – IMC - por semana gestacional, a cada consulta); diagnóstico e monitoramento das complicações associadas à nutrição (registro de pressão arterial e edema em todas as consultas, registro dos resultados dos exames de hemograma, glicemia, urina tipo I, anti HIV e hepatite B, na 1ª e 30ª semanas gestacionais); avaliação e monitoramento do estado nutricional - EN do recém-nascido (registro do peso e do comprimento ao nascer, registro do peso e do comprimento nas duas primeiras consultas, cálculo do ganho ponderal e registro nas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde - OMS, 2006,<sup>19</sup> a cada consulta, e registro do padrão de aleitamento materno).

O cumprimento da realização do número mínimo de consultas preconizado oficialmente foi avaliado neste estudo pressupondo que tal condição é imprescindível para a efetividade da atenção nutricional, possibilitando maiores oportunidades para a realização do conjunto de ações de saúde que envolvem prevenção de agravos, diagnóstico precoce e promoção da saúde.<sup>1</sup>

Para avaliar a adequação dos registros de peso, pressão arterial, edema e marcação no gráfico de IMC/semana gestacional, foi calculada a razão entre o número de registros destes no prontuário pelo número de consultas realizadas, o que resultou na adoção dos seguintes índices: inadequada, razão  $<0,5$ ; intermediária razão  $\geq 0,5$  a  $<0,75$  e adequada razão  $\geq 0,75$ . Apesar de alguns estudos adotarem como ponto de corte adequado apenas os registros da totalidade das consultas,<sup>20</sup> optou-se por considerar adequado o registro em, pelo menos, 75% das mesmas, já que se trata da avaliação de uma implantação recente, em processo de consolidação. Para efeito de comparação entre os grupos, analisou-se a categoria adequada separadamente e também associada à categoria intermediária. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes para um valor de  $p < 0,05$ . As análises foram processadas no *software Statistical Package for Social Sciences - SPSS*, versão 16.0.

## Resultados

Foram coletadas informações de 30 prontuários das mulheres pertencentes ao grupo PRÉ-intervenção e

28 do grupo PÓS-intervenção, com média de idade de 26,2 (DP 6,0) anos.

Na Tabela 1 estão descritos os dados demográficos, socioeconômicos e obstétricos obtidos na ficha perinatal das 58 gestantes. Para algumas variáveis, observou-se ausência do campo para registro desses dados, principalmente no grupo PRÉ, devido à utilização de versão antiga da ficha. Tais ocorrências foram identificadas pelo resultado NA (não se aplica).

O universo estudado foi composto, em sua maioria, por mulheres brancas, casadas ou com união estável, com o ensino fundamental completo e que afirmaram ter a gestação aceita. Essas variáveis apresentaram resultados semelhantes em ambos os grupos. A maioria das mulheres já tinha um ou mais filhos, 63,3% e 53,6% nos grupos PRÉ e PÓS, respectivamente. Dentre as múltiplas, menos de 4% das mulheres dos dois grupos apresentavam histórico de recém-nascido com mais de 4kg e menos de 15% apresentavam histórico de recém-nascido com menos de 2,5 kg.

A conformidade para as variáveis referentes ao processo da atenção ao pré-natal está apresentada na Tabela 2. Com relação aos critérios mínimos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), a conformidade de início do pré-natal até a 17ª semana gestacional e a realização do mínimo de 6 consultas superou 75% tanto no grupo PRÉ quanto no PÓS. O grupo PÓS apresentou menor proporção de conformidade no início precoce do pré-natal, mesmo que não significativa, e de conformidade da variável - realização de ao menos uma consulta no primeiro trimestre ( $p=0,024$ ).

Quanto às variáveis relativas à atenção nutricional, os resultados da Tabela 2 mostram que, apesar de o grupo PÓS-intervenção apresentar baixa conformidade de aferição do peso pré-gestacional (14,3%) e da estatura (64,3%), houve um aumento significativo na realização desses procedimentos, quando comparado ao grupo PRÉ ( $p=0,032$  e  $p=0,001$ ), respectivamente. Tanto no grupo PRÉ quanto no PÓS, não foi observada marcação de edema na ficha perinatal.

Os registros no gráfico de IMC/semana gestacional por número de consultas apresentaram aumento estatisticamente significativo ( $p = 0,001$ ), quando considerada a razão de registros por número de consultas, tanto na classificação adequada ( $\geq 0,75$ ) quanto quando somada à classificação intermediária ( $\geq 0,5$ ).

Com relação às variáveis referentes ao puerpério, não foram encontrados os prontuários de sete crianças no grupo PRÉ e de uma criança no grupo

Tabela 1

Distribuição das gestantes, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas obtidas das fichas perinatais, por grupo de intervenção, Santos, SP, Brasil, 2013. (N=58)

Variáveis	Grupo Pré (30)		Grupo Pós (28)	
	n	%	n	%
<b>Renda</b>				
≥ 1 SM	25	83,3	20	71,4
< 1 SM	2	6,7	7	25,0
SR	3	10,0	1	3,6
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental	19	63,3	16	57,1
Médio	11	36,7	10	35,7
Superior	0	-	1	3,6
SR	0	-	1	3,6
<b>Etnia</b>				
Branca	11	36,7	15	53,6
Parda	0	-	3	10,7
Amarela	1	3,3	9	32,1
NA	17	56,7	0	-
SR	1	3,3	1	3,6
<b>Situação conjugal</b>				
Casada/Estável	22	73,3	24	85,7
Solteira/outros	8	26,7	3	10,7
SR	0	-	1	3,6
<b>Dependência de álcool e drogas</b>				
Não	10	33,3	28	100,0
NA	20	66,7	0	-
<b>Tabagismo</b>				
Sim	9	30,0	5	17,9
Não	21	70,0	23	82,1
<b>Gravidez</b>				
Aceita	19	63,3	19	67,9
Indesejada	1	3,3	1	3,6
Planejada	10	33,3	7	25,0
SR	0	-	1	3,6
<b>Primiparidade</b>				
Sim	11	36,7	13	46,4
Não	19	63,3	15	53,6
<b>Histórico RN &lt; 2,5 Kg (34)</b>				
Sim	4	13,3	4	14,3
Não	15	50,0	10	35,7
SR	0	-	1	3,6
<b>Histórico RN &gt; 4 Kg (34)</b>				
Sim	1	3,3	1	3,6
Não	18	60,0	13	46,4
SR	0	-	1	3,6
<b>Histórico familiar de HAS</b>				
Sim	14	46,7	18	64,3
Não	16	53,3	10	35,7
<b>Histórico familiar DM</b>				
Sim	12	40,0	14	50,0
Não	18	60,0	14	50,0

SM= salário mínimo; SR= sem registro; NA= Não se aplica; RN= recém-nascido; HAS= hipertensão arterial sistêmica; DM= diabetes mellitus.

Tabela 2

Avaliação de conformidade do processo de atenção ao pré-natal, por grupo de intervenção, segundo registros nas fichas perinatais. Santos, SP, Brasil (n=58), 2013.

Processo	Grupo Pré (30)		Grupo Pós (28)		p*
	n	%	n	%	
Início do PN < 17 sem	26	86,7	21	75,0	0,257
Realização do mínimo de 6 consultas	24	80,0	23	82,1	0,835
Realização de ao menos 1 consulta no 1T	26	86,7	17	60,7	0,024
Realização de ao menos 2 consulta no 2T	27	90,0	24	85,7	0,617
Realização de ao menos 3 consulta no 3T	22	73,3	21	75,0	0,085
Aferição do peso pré-gestacional	0	-	4	14,3	0,032
Aferição da estatura	0	-	18	64,3	0,001
Aferição do peso/consulta					
Adequado - razão $\geq 0,75$	29	96,7	28	100,0	0,330
Registro no gráfico IMC por semana gestacional/consulta					
Adequado - razão $\geq 0,75$	0	-	11	39,3	0,001
Adequado + intermediário - razão $\geq 0,5$	0	-	23	82,1	0,001
Aferição do pressão arterial/consulta					
Adequado - razão $\geq 0,75$	30	100,0	28	100,0	1,000
Avaliação edema/consulta: razão $\geq 0,75$	0	-	0	-	1,000
Registro exame de hemoglobina 1° consulta	30	100,0	27	96,4	0,296
Registro exame de hemoglobina 30° semana	25	83,3	20	71,4	0,277
Registro exame de glicemia 1° consulta	29	96,7	27	96,4	0,960
Registro exame de glicemia 30° semana	21	70,0	16	57,1	0,309
Registro exame de urina 1° consulta	30	100,0	27	96,4	0,296
Registro exame de urina 30° semana	22	73,3	17	60,7	0,306
Registro exame de HIV 1° consulta	28	93,3	26	92,9	0,512
Registro exame de HIV 30° semana	14	46,7	15	53,6	0,463
Registro exame de Hep B 1° consulta	30	100,0	27	96,4	0,296
Registro exame de Hep B 30° semana	20	66,7	18	64,3	0,849

PN= pré-natal; 1T= primeiro trimestre; 2T= segundo trimestre; 3T= terceiro trimestre; IMC=Índice de Massa Corporal; \*Teste qui-quadrado.

PÓS. Assim foram coletadas informações de 23 e 27 crianças em cada grupo. Deste total, 46% eram do sexo feminino e 54% do sexo masculino; 86,8% das crianças nasceram a termo e 10,5% pós-termo. No grupo PRÉ predominaram crianças do sexo masculino (60,9%) e no grupo PÓS, do sexo feminino (51,9%).

Segundo registros da ficha perinatal, menos de 50% das gestantes realizaram a consulta puerperal até o 42° dia após o parto. Além disso, observou-se um sub-registro ainda maior para as demais variáveis avaliadas; a idade gestacional no parto foi observada em 13,3% e 17,85% e o tipo de parto em 13,3% e 42,8%, nos grupos PRÉ e PÓS, respectivamente. Observou-se um aumento significativo no registro do peso ao nascer na ficha perinatal no grupo PÓS ( $p=0,022$ ).

Ao considerar o prontuário da criança, observou-

se baixa conformidade de registro de peso do RN na alta no grupo PRÉ (4,3%), com aumento significativo ( $p = 0,022$ ) no grupo PÓS (33,3%), apesar da baixa proporção. Das variáveis da dimensão processo, referentes ao diagnóstico e ao acompanhamento do estado nutricional infantil no período puerperal, destacam-se a baixa proporção de conformidade dos registros do ganho ponderal nas duas primeiras consultas de pediatria, porém, com aumento significativo do mesmo na primeira consulta ( $p=0,019$ ); e a baixa conformidade do preenchimento das curvas de peso e comprimento por idade, principalmente no grupo PÓS, conforme apresentado na Tabela 3.

## Discussão

Os achados deste estudo indicaram que a realização do mínimo de seis consultas de pré-natal, prevista

Tabela 3

Avaliação de conformidade do processo de Atenção ao Puerpério, por grupo de intervenção, segundo registros nas fichas perinatais e nos prontuários dos recém-nascidos. Santos, SP, Brasil (n=50), 2013.

Processo	Grupo Pré (23)		Grupo Pós (27)		p*
	n	%	n	%	
Registros na ficha perinatal					
Realização da consulta puerperal até 42º dia	11	47,8	10	37,0	0,441
Registro do peso ao nascer	4	17,4	13	48,1	0,022
Padrão de aleitamento materno	2	8,7	2	7,4	0,867
Registros na primeira consulta de pediatria					
Registro de peso na alta	1	4,3	9	33,3	0,011
Registro de idade gestacional	15	62,5	23	85,2	0,099
Peso ao nascer	20	87,0	25	92,6	0,508
Comprimento ao nascer	20	87,0	25	92,6	0,508
Peso	21	91,3	25	92,6	0,867
Comprimento	21	91,3	24	88,9	0,777
Ganho ponderal	6	26,1	16	59,3	0,019
Padrão de aleitamento materno	20	87,0	25	92,6	0,508
Registros na segunda consulta de pediatria					
Peso	19	88,6	24	88,9	0,524
Comprimento	18	78,3	22	81,5	0,777
Ganho ponderal	7	30,4	13	48,1	0,203
Padrão de aleitamento materno	20	87,0	23	85,2	0,857
Presença da curva peso e comprimento/ idade (OMS, 2006)					
	16	69,6	1	3,7	0,001
Preenchimento da curva peso e comprimento/ idade (OMS, 2006)					
	15	65,2	1	3,7	0,001

OMS= Organização Mundial da Saúde.

pela Política Nacional de Humanização (PHPN), foi superior, quando comparada com outros estudos encontrados na literatura, cujas taxas foram inferiores a 80%, chegando a, apenas, 60% de adequação.<sup>8,9,21,22</sup> Observou-se redução na conformidade da variável “início do pré-natal até a 17ª” semana no grupo PÓS-intervenção, comparativamente ao grupo PRÉ. Tal redução se refletiu na conformidade da variável “realização de ao menos uma consulta no primeiro trimestre”, que, por consequência, foi menor no grupo PÓS. Apesar de este ser um importante indicador de adequação da atenção ao pré-natal, a não realização da primeira consulta no primeiro trimestre, por 30,3% das mulheres, não afetou a recomendação mínima de seis consultas de pré-natal. A proporção de conformidade desta variável foi maior no grupo PÓS (82,1%) e também supera os dados encontrados por outros estudos, cujas taxas variaram de 66% a 79% de adequação.<sup>8,11,21,22</sup>

Quanto ao processo da atenção nutricional durante o pré-natal, predominou, em ambos os grupos, a alta conformidade das ações observadas em estudos recentes, como a aferição do peso e da

pressão arterial, ambos expressos na Tabela 2 a partir das variáveis razão de registro de peso por consulta e razão de registro de Pressão Arterial (PA) por consulta.<sup>8,9,11,14,22</sup> Entretanto, o aumento significativo das variáveis registro da estatura, do peso pré-gestacional e do acompanhamento no gráfico IMC/semana gestacional, entre os grupos PRÉ e PÓS, sugere que houve a incorporação dessas ações pela equipe de saúde a partir da intervenção, considerando a completa ausência destes registros no grupo PRÉ.

O peso pré-gestacional, importante indicador de riscos nutricionais e da previsão de ganho de peso durante a gestação,<sup>2</sup> foi registrado apenas no grupo PÓS e em 14,3% das fichas perinatais. Estes resultados estão aquém dos encontrados por Niquini *et al.*,<sup>9</sup> único estudo recente em que se considerou o registro do peso pré-gestacional e da estatura, ao avaliar o processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro, encontrando conformidade em 65,9% delas. Com relação ao registro da estatura, os resultados encontrados (64,3%) superaram os de Niquini *et al.*,<sup>9</sup> cuja proporção de conformi-

dade foi de 57,7%.

A incompletude dos dados de peso pré-gestacional e de estatura, observada por Niquini *et al.*,<sup>9</sup> e pelo presente estudo, especialmente no grupo PRÉ-intervenção, chama a atenção para a sub valorização do acompanhamento do estado nutricional da gestante. Isto porque, sem estes dados, é impossível realizar a avaliação do estado nutricional inicial, estimar o ganho de peso gestacional e avaliar o estado nutricional ao longo da gestação, pelo preenchimento do gráfico de IMC por semana gestacional. Destaca-se que tais variáveis sequer foram consideradas por outros estudos recentes que avaliaram o processo de atenção ao pré-natal.<sup>8,22,23</sup>

Apesar de apenas 39% das fichas perinatais avaliadas no grupo PÓS apresentarem razão de registro no gráfico de IMC por semana gestacional/consulta classificadas como adequadas ( $\geq 0,75$ ), este resultado supera os achados de estudos recentes. Pogliani *et al.*,<sup>11</sup> ao avaliarem 360 cartões de gestantes usuárias do SUS do município de Vitória, ES, observaram ausência de registro da estatura materna em cerca de 50% da amostra, sem considerar, em sua avaliação, a importância da marcação no gráfico de IMC por semana gestacional. Niquini *et al.*<sup>9</sup> observaram ausência de registro em 90,7% das gestantes avaliadas e, ao considerarem a razão de registros por número de consultas  $\geq 0,75$ , observaram apenas 3,1% de conformidade.

Quando somadas as categorias intermediária e adequada de registros, ou seja, quando a razão de registros por número de consultas foi pelo menos 0,5, observou-se conformidade para 82,1% das gestantes do grupo PÓS. Uma vez que não havia registros na totalidade das fichas perinatais do grupo PRÉ-intervenção, este resultado sugere que houve, a partir da implantação da EANPP, uma incorporação gradativa e significativa deste relevante indicador de processo de atenção nutricional no pré-natal. Siqueira *et al.*,<sup>20</sup> em estudo descritivo em uma UBS de Santos, em região de alta vulnerabilidade social, observaram baixa conformidade no acompanhamento nutricional de 366 gestantes, 99,7% das quais não possuíam registros no gráfico de IMC por semana gestacional e apenas 0,3% apresentavam marcação parcial (razão de registro por número de consulta  $\geq 0,5$ ). Estudo realizado pelo mesmo grupo de pesquisadores do presente trabalho também destacou conformidade inferior desta variável, pois cerca de 50% dos gestores relataram serem feitos registros no gráfico de IMC por semana gestacional.<sup>10</sup>

Os registros dos exames laboratoriais apresentaram maiores conformidades para a primeira bateria

de exames, solicitados na primeira consulta de pré-natal. Os achados deste estudo foram proporcionalmente maiores do que os apresentados por outros autores,<sup>8,11,20</sup> com exceção do exame de HIV na 30ª semana de gestação, sendo a menor conformidade encontrada para esse critério. O declínio entre a realização da primeira para a segunda bateria de exames também foi observado em estudos recentes<sup>8,11,24</sup> e, desde a implantação do PHPN no Brasil, tal deficiência já havia sido apontada por Serruya *et al.*,<sup>25</sup> em estudo de avaliação do programa. Tal recomendação é imprescindível para o diagnóstico das principais doenças gestacionais relacionadas às altas taxas de mortalidade materna e neonatal e dos desfechos neonatais indesejáveis, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis.<sup>1</sup> A não realização desses exames representa deficiências no processo de vigilância e perda de oportunidades de intervenção.

Com relação ao puerpério, os resultados de avaliação do processo da atenção nutricional, observados na ficha perinatal, apresentaram menores proporções de registro em relação aos prontuários das crianças. A baixa proporção de conformidade de realização da consulta puerperal até o 42º dia pós-parto, em ambos os grupos, revela a fragmentação da atenção à saúde materno infantil após o parto, momento em que se desvincula a saúde materna da saúde do bebê. Esta fragmentação, expressa pela baixa conformidade das consultas de puerpério, representa um entrave à consolidação da linha do cuidado materno infantil, por impossibilitar a avaliação integral da puérpera e o estabelecimento de condutas de proteção à sua saúde, como a prescrição de suplementos até o 3º mês pós-parto e o apoio ao aleitamento materno.

O registro do peso ao nascer, importante indicador de desfecho gestacional, apresentou um aumento significativo no grupo PÓS, apesar da proporção de conformidade ainda ser inferior a 50%. Quando considerado o registro da mesma variável nos prontuários das crianças, observou-se alta conformidade nos dois grupos. Tais resultados sugerem que a vigilância nutricional do recém-nascido é mais valorizada pelo pediatra. Por outro lado, a ausência desses registros na ficha perinatal pode prejudicar a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado puerperal e, conseqüentemente, comprometer a qualidade do trabalho multidisciplinar e multiprofissional. A ficha perinatal é o instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais de saúde e deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério.<sup>1</sup>

Entende-se que o trabalho multidisciplinar vai

além de fluxos e preenchimento de protocolos, presupondo a corresponsabilidade do cuidado e a construção de processos de trabalhos dialógicos.<sup>6</sup> Por se tratar, no presente estudo, de uma UBS tradicional merece destaque a necessidade de maior atenção à fragmentação do cuidado pelas especialidades, além da qualificação do trabalho multidisciplinar, em busca da integralidade.

Observaram-se altas proporções de conformidade dos registros antropométricos nas duas primeiras consultas de pediatria. Houve aumento significativo do cálculo do ganho ponderal diário na primeira consulta do grupo PÓS-intervenção, ainda que com conformidade mais baixa. Nesse sentido, vale mencionar que a investigação do monitoramento dos critérios de risco do recém-nascido no período puerperal figura como preceito da agenda oficial de compromissos para a saúde integral da criança.<sup>1,26</sup> Já o peso do recém-nascido na alta hospitalar foi pouco registrado pela equipe de saúde e esta é uma variável necessária para calcular o ganho ponderal diário no puerpério, sensível indicador de crescimento e desenvolvimento nesse período.<sup>26</sup>

Verificou-se a conformidade de presença e registro nas curvas recomendadas pela OMS como o pior resultado de processo de atenção nutricional ao puerpério, com redução significativa no grupo PÓS. Cabe destacar que, em 77% dos prontuários do grupo PÓS foi encontrada a curva do *National Center for Health Statistics (NCHS/1977)*, anteriormente utilizada, devidamente preenchida. Em todos esses casos, essa curva impressa havia sido fornecida por indústrias farmacêuticas, o que poderia ser considerado conflito de interesse na relação público-privado, uma vez que, de acordo com as políticas nacionais de atenção à criança e de vigilância alimentar e nutricional, utilizam-se curvas de crescimento atualizadas, seguindo recomendações da OMS.

Apesar de ter sido encontrada alta conformidade para os critérios mínimos estabelecidos pelo PHPN, chama a atenção a alarmante situação de saúde materno infantil do município, que apresenta altas taxas de mortalidade materna e neonatal, superiores à média do estado de São Paulo.<sup>16</sup>

Nas últimas décadas, à revelia do crescimento na cobertura pré-natal,<sup>3</sup> observam-se deficiências do atendimento prestado pelos serviços de saúde, não apenas em relação ao número de consultas, mas também ao conteúdo do atendimento.<sup>27</sup> Isso porque, no PHPN, para além dos critérios mínimos avaliados neste estudo, salienta-se a necessidade estabelecer procedimentos e práticas que assegurem o acompa-

nhamento e a promoção do vínculo entre a atenção pré-natal e o momento do parto.<sup>25</sup>

Os primeiros 1000 dias de vida são considerados a janela de oportunidade para atenção adequada ao crescimento e desenvolvimento da criança. O cuidado com a saúde e nutrição da mãe durante os 9 meses de gestação e o investimento no aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de vida da criança, tornam os 500 primeiros dias de vida os mais importantes para a saúde do indivíduo.<sup>28</sup>

A importância destas ações foi reforçada pelo estudo de Zampieri e Erdman,<sup>29</sup> que, a partir de entrevistas com gestantes e profissionais, apontaram as atividades educativas e as visitas domiciliares como ações consideradas humanizadas pelas gestantes.

É certo que a estratégia implantada em 2010<sup>17</sup> necessita ser aprimorada, principalmente no que se refere à atenção à saúde da mulher no puerpério e aos seus registros. Além disso, destacam-se: necessidade de maior atenção voltada para o diagnóstico de estado nutricional pré-gestacional, avaliação da presença de edema e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nas curvas propostas pela OMS, itens cujo registro foi muito pouco observado nas fichas perinatais. Entre as limitações desta pesquisa estão a ausência de abordagens que permitam aprofundar qualitativamente a avaliação do processo de atenção nutricional a partir da Estratégia implantada.

O sub-registro de dados nas fichas perinatais e nos prontuários das crianças, igualmente limitou a análise desse processo, reiterando os autores Vasconcelos *et al.*,<sup>30</sup> quanto às dificuldades dos sistemas de informação em saúde. Embora seja impossível afirmar a ausência do procedimento, em razão do não registro do mesmo, esta falta de registro representa uma séria deficiência no processo, por interferir no acesso aos dados dos usuários do serviço e na comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado. Ademais, a ficha perinatal representa a conexão entre a atenção pré-natal e o momento do parto que, na maioria das vezes, é realizado por profissional que não acompanhou o pré-natal daquela parturiente.

Como potencialidades desta investigação evidenciam-se os achados significativamente favoráveis da atenção nutricional entre os grupos PRÉ e PÓS-intervenção. Dessa forma, afirma-se que as ações em saúde podem impactar positivamente a saúde materno-infantil e que, além da qualidade dos procedimentos realizados, devem buscar o cuidado integral. Assim, considera-se que a EANPP avaliada fomentou a atenção multidisciplinar, a partir das

ações integradas dos profissionais de saúde e do aprimoramento dos registros de dados em prontuários, observado pela alta razão de conformidade dos registros no grupo PÓS. Frente à escassez de estudos que avaliaram o processo de atenção nutricional ao puerpério, considerando o binômio mãe-bebê, este trabalho assume um caráter inédito, sobretudo por se tratar de um estudo transversal, avaliativo, que poderá subsidiar outras investidas nessa direção.

A EANPP aqui avaliada, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)<sup>5</sup> e a partir do olhar para a situação de saúde materno infantil do município de Santos, abre possibilidades de expansão para outras unidades de saúde locais, bem como de outros municípios brasileiros, demonstrando a necessidade do estabelecimento de fluxos e processos para a atenção nutricional materno infantil. Entretanto, para além disso, a gestão da atenção nutricional precisa ser foco de constante avaliação e investimento, dada a influência do contexto e o papel estratégico de gestores e equipes de saúde na construção das ações previstas.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF; 2012. 318 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
2. Lansky S, Friche AAF, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl.): S192-S207.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. São Paulo: CEBRAP. 2009. 300 p.
4. Neves JA, Zangirolani LTO, Medeiros MAT. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. *Rev Nutr*. 2017; 30 (4): 511-24
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF; 2012. 84 p.
6. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20 (4): 961-70.
7. Teixeira CSS, Cabral ACV. Avaliação de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região Metropolitana e o ambiente rural. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2016; 38 (1): 27-34.
8. Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25 (2): 271-80.
9. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMDA, Saunders C, Leal MDC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17 (10): 2805-16.
10. Laporte-Pinfildi, AS de C; Zangirolani L, Spina N, Martins P, Medeiros MAT. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. *Rev Nutr*. 2016; 29 (1): 109-23.
11. Polgliani RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Neto ETS. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19 (7): 1999-2010
12. Tomasi E, FERNANDES PAA, FISCHER T, SIQUEIRA FCV, SILVEIRA DS, THUMÉ E, DURO SMS, SAES MO, NUNES BP, FASSA AG, FACCHINI LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (3): e00195815.
13. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34 (5): e00110417
14. 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

## Contribuição dos autores

Laporte ASCM e Medeiros MMAT contribuíram com a concepção do estudo, a análise, a discussão dos resultados e a redação do manuscrito. Zangirolani LTO realizou análise e discussão dos resultados. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

- Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2013; 13 (2): 89-100.
15. Santos MMADS, Baião MR, Barros DC De, Pinto ADA, Pedrosa PLM, Saunders C. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15 (1): 143-4.
  16. SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados) [Internet]. Sistema de Informações dos municípios paulistas. 2012 [cited 2014 Jun 11]. Available from: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>
  17. Laporte-Pinfildi ASC, Medeiros MAT. Nutritional care during prenatal and postpartum periods: A report of experiences in a city on São Paulo's coast. *Rev Nutr.* 2016; 29 (6): 947-61.
  18. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Arch Pathol Lab Med.* 1997; 121 (11): 1145-50.
  19. Multicentre WHO, Reference G, Group S. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr.* 2006; 450 (Suppl.): 76-85.
  20. Siqueira CVC. Assistência Pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Santos. 2011.
  21. Domingues RMSM, Leal M do C, Hartz ZM de A, 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; 16 (4): 953-65.
  22. Bernardes ACF, da Silva RA, Coimbra LC, Alves MTSSDB, Queiroz RCDS, Batista RFL, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 266. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4133632&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  23. Silva EP Da, Lima RT De, Ferreira NLS, Costa MJDC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2013; 13 (1): 29-37.
  24. Corrêa MD, Tsunehiro MA, Lima MOP, Bonadio IC. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48 (Esp): 24-32.
  25. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago T di G do. 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.
  26. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento [Internet]. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2012. 272 p. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf)
  27. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendozasassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25 (11): 2507-16.
  28. Mason JB, Shrimpton R, Saldanha LS, Ramakrishnan U, Victora CG, Girard AW, McFarland DA, Martorell R. The first 500 days of life: policies to support maternal nutrition. *Glob Health Action.* 2014; 7: 23623. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4049132&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  29. Zampieri M de FM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2010; 10 (3): 359-67.
  30. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS De. Registros em saúde : avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica , Rio de Janeiro , Brasil Health records : evaluation of patient health charts in primary care , Rio de Janeiro , Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 (Supl. 1): 173-82.

---

Recebido em 17 de Agosto de 2018

Versão final apresentada em 10 de Setembro de 2019

Aprovado em 23 de Dezembro de 2019