

Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil

Evaluation of the structure of seven family health units to provide prenatal care on nutrition in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil

Roberta Pereira Niquini ¹
 Sonia Azevedo Bittencourt ²
 Elisa Maria de Aquino Lacerda ³
 Cláudia Saunders ⁴
 Maria do Carmo Leal ⁵

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480. Mangueiras. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21.041-210. E-mail: robertaniquini@gmail.com

^{2,5} Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{3,4} Departamento de Nutrição e Dietética. Instituto de Nutrição Josué de Castro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Abstract

Objectives: to evaluate the extent to which seven family health units in the municipality of Rio de Janeiro are equipped to provide prenatal care on nutrition.

Methods: a cross-sectional study was carried out in 2008. Seven family health units were selected and their structure was observed directly. Seven health workers and 230 pregnant women were interviewed at these units. The building structure, material resources, referral system, human resources and norms and routines were examined at each unit.

Results: direct observation and the interviews with the health workers ascertained that all the units had a suitable building structure and material resources. The norm that was least commonly complied with was the preventive maintenance of scales. The Ministry of Health's current prenatal card was found to have been implemented for 45% of the pregnant women. Access to ferrous sulfate and folic acid were reported by around 70% of pregnant women. There was found to be a shortfall in human resources and in referral of pregnant women to nutritionists.

Conclusions: the study points out the importance of ensuring the minimum team size and installing Family Health Support Unites, when expanding the scope and improving the integration of prenatal care.

Key words *Prenatal care, Health evaluation, Structure of services, Family health program*

Resumo

Objetivos: avaliar a conformidade da estrutura de sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro para a oferta da assistência nutricional no pré-natal.

Métodos: um estudo transversal foi desenvolvido no ano de 2008. Foram selecionadas sete unidades de saúde da família, nas quais foi realizada a observação direta da estrutura. Nessas unidades, foram entrevistados sete profissionais de saúde e 230 gestantes. A estrutura das unidades foi avaliada segundo critérios de planta física, recursos materiais, sistema de referência, recursos humanos e normas e rotinas.

Resultados: todas as unidades apresentaram conformidade para os critérios de planta física e recursos materiais avaliados, segundo observação direta e entrevista com os profissionais. A norma com menor conformidade foi o registro de manutenção preventiva das balanças. O modelo atual do cartão de pré-natal do Ministério da Saúde só foi encontrado com 45% das gestantes. O acesso ao sulfato ferroso e ao ácido fólico foi relatado por cerca de 70% das gestantes. Foram observadas carências de recursos humanos e de referência das gestantes para nutricionistas.

Conclusões: destaca-se a importância da dimensão correta da equipe mínima e da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, na ampliação da abrangência e da integralidade da assistência pré-natal.

Palavras-chave *Assistência pré-natal, Avaliação em saúde, Estrutura dos serviços, Programa saúde da família*

Introdução

A necessidade de estudar os serviços de saúde foi reconhecida há cerca de seis décadas.¹ Entre os modelos de avaliação dos serviços de saúde, o desenvolvido por Donabedian² está entre os mais empregados. Esse parte do pressuposto que boas condições de estrutura são pré-condições favoráveis para um bom processo, que aumenta a probabilidade da ocorrência de desfechos positivos.²

Passados mais de dez anos da criação da estratégia de saúde da família, que prevê a reorganização da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e a reformulação do modelo assistencial vigente no Brasil, observa-se a preocupação com sua estruturação e fortalecimento.³

A análise da evolução da proporção da população brasileira coberta pela estratégia de saúde da família no período de 1998 a 2006, demonstra um aumento progressivo tanto em âmbito nacional (de 6,5% para 46,2%) como regional,⁴ tendo como desafio a expansão da cobertura nas capitais brasileiras.⁵

O município do Rio de Janeiro apresentava, em 2004, uma cobertura de 3,4% da população pela estratégia de saúde da família,⁶ com 59 equipes implantadas. Utilizando projeções intercensitárias para a população residente no município⁷ e dados sobre o número de cidadãos cobertos pelas equipes de saúde da família, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, estima-se que a cobertura populacional para o ano de 2009 tenha aumentado para 12,2%, com 222 equipes implantadas.

Apesar da ampliação na cobertura da população pelas equipes de saúde da família, para que as atividades propostas nesta estratégia sejam desenvolvidas com qualidade, é necessário que as unidades de saúde tenham uma estrutura mínima.³

Entre as atividades desempenhadas pelas equipes de saúde da família destaca-se o acompanhamento do pré-natal de baixo risco,⁸ que tem como um dos seus componentes a assistência nutricional à gestante, cujos objetivos são rastrear e cuidar das intercorrências da gestação (hipertensão arterial e diabetes gestacional, entre outras) e prevenir, diagnosticar e tratar a anemia, os distúrbios nutricionais pré-gestacionais (baixo peso, sobrepeso/obesidade) e gestacionais (ganho de peso inadequado),⁹ que mostram estreita associação com desfechos da gravidez.¹⁰⁻¹⁴

Supõe-se que a persistência dos problemas na oferta da assistência nutricional no pré-natal^{15,16} esteja relacionada à carência de uma estrutura

mínima nas unidades de saúde, incluindo instalações físicas inadequadas,^{17,18} o quantitativo insuficiente de recursos humanos,^{18,19} de equipamentos e/ou outros insumos,^{18,20} falhas no sistema de referência¹⁹ e no cumprimento das normas e rotinas,²¹ o que aponta para a questão de que a estrutura ainda não é uma característica estável nos serviços de saúde e, como tal, permanece como um desafio¹⁸ e necessita de avaliações permanentes para o seu aprimoramento.

Desta forma, este estudo tem como objetivo avaliar a conformidade da estrutura de sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro, para a oferta da assistência nutricional no pré-natal.

Métodos

O presente trabalho faz parte do estudo interinstitucional "Avaliação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro", para o qual foi selecionada uma amostra de estabelecimentos de saúde com atendimento pré-natal de baixo risco, incluindo hospitais, unidades básicas de saúde, casa de parto e unidades de saúde da família.

O estrato de unidades de saúde da família, analisado no presente estudo, foi selecionado seguindo um plano de amostragem independente. Buscou-se contemplar as seis regiões da cidade do Rio de Janeiro com maior expansão da estratégia de saúde da família até julho de 2007.

Foram consideradas elegíveis para inclusão no estudo aquelas unidades implantadas até seis meses antes do início da coleta de dados (priorizando as mais antigas), que tivessem mais de três equipes de saúde da família (priorizando as maiores), e que não estivessem localizadas em área de violência. A unidade que melhor atendeu a esses critérios em cada uma das áreas da cidade foi incluída no estudo.

Uma das áreas programáticas (AP 5.3) não pôde ser incluída na amostra, por não apresentar unidade de saúde da família fora da área de alta violência no período da coleta de dados, sendo substituída por outra unidade da AP 3.1, área de maior expansão da estratégia de saúde da família. A unidade selecionada da AP 5.1, no período da coleta de dados dividiu-se em duas e ambas foram contempladas nessa amostra, que passou a ser composta de sete unidades de saúde da família (duas unidades nas AP 3.1 e 5.1 e uma nas AP 3.3, 4.0 e 5.2).

Para o cálculo da amostra de gestantes no estrato de unidades de saúde da família foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de significância de 5%, proporção de adequação da assistência pré-natal no município do Rio de Janeiro de 50%,²² margem de

erro de 5,2% e o valor sofreu correção para a população finita (649 atendimentos/mês), totalizando 230 entrevistas. O número de entrevistas foi dividido entre as sete unidades de saúde da família de forma proporcional ao número mensal médio de consultas realizadas em cada unidade. As gestantes, com qualquer idade gestacional, foram selecionadas sistematicamente, segundo ordem de saída das consultas de pré-natal com médico ou enfermeiro, até completar a amostra prevista para cada unidade de saúde da família.

Foi utilizado como referencial teórico neste estudo o modelo de avaliação dos serviços de saúde desenvolvido por Donabedian.² Caracterizou-se como uma avaliação normativa²³ da estrutura das unidades de saúde da família para a oferta de assistência nutricional no pré-natal, com base em informações obtidas através de observação direta da estrutura, entrevista com médicos/enfermeiros de saúde da família e gestantes.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro, aplicado no período de janeiro a agosto de 2008 por meio de entrevistas com gestantes, englobou questões sobre o acesso das gestantes ao cartão de pré-natal, aos suplementos vitamínicos e minerais e sobre a oferta de atividades educativas em grupo pelas equipes de saúde da família.

O segundo instrumento foi desenvolvido a partir da conjugação de questões do “Instrumento para levantamento de informações nos estabelecimentos de saúde utilizado na pesquisa Desenvolvimento de estudo de linhas de base nos municípios selecionados do projeto de expansão e consolidação da saúde da família - Região Sudeste 2”²⁴ e do instrumento do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.²⁵ Foi aplicado no período de outubro a novembro de 2008, por meio de entrevista com o médico ou enfermeiro de saúde da família, além da observação direta da estrutura das unidades de saúde da família.

Após o pré-teste dos instrumentos foi realizado o estudo piloto. A equipe de campo responsável pela aplicação dos questionários foi treinada e cada questionário, após o preenchimento, passou por três etapas de revisão e por dupla digitação.

Para avaliar a conformidade da estrutura das unidades de saúde da família, para a oferta da assistência nutricional no pré-natal, foram utilizados como referência de padrão mínimo a Portaria 648/06 que aprova a política nacional de atenção básica,²⁶ a Portaria 1587/02 que fornece a relação nacional de medicamentos essenciais,²⁷ o manual de pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde,⁹ o manual de

estrutura física das unidades básicas de saúde³ e o guia prático do programa saúde da família.⁸

Os critérios selecionados para a avaliação da estrutura foram divididos em cinco componentes: a) planta física; b) recursos materiais; c) sistema de referência; d) recursos humanos e e) normas e rotinas. Essa classificação é uma adaptação das “áreas alvo de avaliação” descritas por Silveira *et al.*²¹

Os quatro critérios incluídos no componente “planta física” foram obtidos através de observação direta da estrutura (presença de sala de espera, sala de atividades educativas, um consultório multiprofissional por equipe de saúde da família e dispensário de medicamentos).

Com relação ao componente “recursos materiais”, três critérios foram obtidos através de entrevistas com profissionais (disponibilidade de ácido fólico e de sulfato ferroso no segundo semestre de 2007 e disponibilidade de material educativo para atuação junto às gestantes), três critérios através de observação direta (presença de antropômetro, balança eletrônica ou mecânica e esfigmomanômetro) e outros três através de entrevistas com gestantes (acesso das gestantes ao modelo atual do cartão de pré-natal do Ministério da Saúde e acesso das gestantes com 23 semanas ou mais de gestação ao ácido fólico e ao sulfato ferroso na unidade de saúde da família ou em outro posto ou hospital da rede pública, considerando-se uma tolerância de três semanas).

Os três critérios do componente “sistema de referência” foram obtidos através de entrevistas com profissionais (referência formal para o atendimento com nutricionista, utilização da ficha de referência e contrarreferência e laboratório de referência formalizada para exames no atendimento às gestantes).

Os seis critérios incluídos no componente “recursos humanos”, os quais abrangem normas presentes na portaria 648/06,²⁶ foram obtidos através de entrevista com profissionais de saúde da família (participação dos profissionais de saúde em programas de capacitação desenvolvidos pela Secretaria de Saúde, presença de um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem por equipe de saúde da família, um agente comunitário de saúde para no máximo 750 habitantes cobertos e uma equipe de saúde da família para no máximo 4000 habitantes cobertos).

Cinco critérios do componente “normas e rotinas” foram obtidos através de entrevista com os profissionais (presença de rotinas técnicas de procedimentos escritas, atualizadas e disponíveis em todos os setores para assistência pré-natal, utilização

do cartão da gestante para acompanhar a evolução da gestação, realização de atividades educativas em grupo, solicitação de exames bioquímicos e de exames de glicemia de jejum na rotina de atendimento à gestante), um critério foi obtido através de observação direta (registro de manutenção preventiva das balanças) e outro através de entrevista com gestantes (oferta de atividades educativas em grupo para gestantes pelas equipes de saúde da família).

Para a avaliação da estrutura foi apresentada a frequência absoluta de unidades de saúde da família em conformidade para cada critério, para cada componente e para todos os componentes da estrutura, segundo informações obtidas através de observação direta e entrevista com os profissionais de saúde, as quais são representativas de cada unidade de saúde da família. Foi considerado o percentual de conformidade de 0% a 100% para cada unidade de saúde da família, segundo componentes da estrutura. As informações obtidas através de entrevistas com gestantes foram apresentadas na forma de frequências absolutas e relativas de conformidade dos critérios para as unidades de saúde da família em conjunto. Todas as análises foram realizadas no *software* R versão 2.7.0.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Não há conflito de interesse em relação aos métodos utilizados como parte da investigação ou interesse financeiro dos pesquisadores.

Resultados

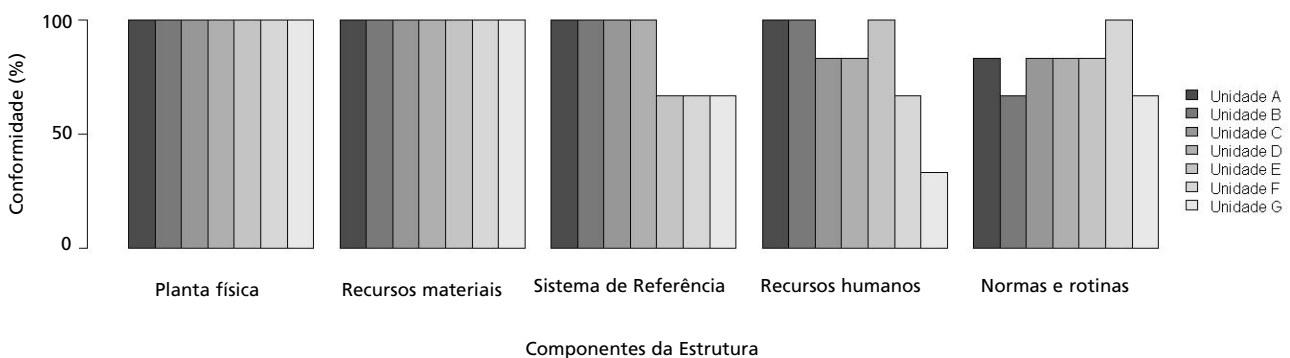
Participaram do estudo sete unidades de saúde da família implantadas entre 1999 e 2007. Todas as unidades avaliadas apresentaram a planta física mínima para a oferta da assistência nutricional e recursos materiais adequados ao elenco de ações programadas, atingindo o padrão mínimo de conformidade para esses componentes (Figura 1). Vale ressaltar que as sete unidades de saúde da família possuíam balanças mecânicas e apenas três unidades possuíam balanças digitais.

Quanto ao sistema de referência, quatro unidades de saúde apresentaram conformidade para todos os critérios avaliados (Figura 1). Três unidades de saúde da família afirmaram não realizar referência formal para o atendimento com nutricionista, enquanto a utilização da ficha de referência e contrarreferência e a presença de laboratório de referência formalizada para exames no atendimento às gestantes foram referidas por todas as unidades de saúde da família.

Com relação aos recursos humanos, em todas as unidades de saúde da família os profissionais de saúde afirmaram que participam de programas de capacitação desenvolvidos pela Secretaria de Saúde. A Tabela 1 revela que quatro unidades de saúde da família não tinham um médico por equipe de saúde da família (razão de médicos por equipes < 1) e duas não tinham um enfermeiro por equipe (razão de enfermeiros por equipes < 1). Todas as equipes possuíam um ou mais técnicos de enfermagem. Para uma unidade de saúde da família encontraram-se equipes com cobertura maior do que 4000 habitantes

Figura 1

Estrutura das unidades de saúde da família, segundo conformidade dos cinco componentes avaliados. Rio de Janeiro, RJ, 2008.



e agentes comunitários de saúde que cobriam mais de 750 habitantes (Tabela 1).

A conformidade para todos os critérios de recursos humanos avaliados foi verificada para três unidades de saúde da família (Figura 1). Ressalta-se que uma unidade de saúde da família (unidade C) apresentava nutricionista em duas de suas equipes multiprofissionais.

Com relação às normas e rotinas, seis unidades de saúde da família não tinham registro de manutenção preventiva das balanças e duas não apresentavam rotinas técnicas de procedimentos escritas, atualizadas e disponíveis em todos os setores para assistência pré-natal. Todas as equipes afirmaram realizar atividades educativas em grupo, solicitar exames bioquímicos e de glicemia no atendimento e utilizar o cartão de pré-natal no acompanhamento da gestante. A conformidade para todas as normas e rotinas avaliadas foi observada para uma unidade de saúde da família (unidade F), como pode ser observado na Figura 1. Ressalta-se que nenhuma unidade de saúde da família atingiu o padrão mínimo de conformidade para todos os componentes da estrutura (Figura 1).

As informações obtidas através de entrevista com gestantes revelaram que, com relação aos recursos materiais, entre as 230 gestantes entrevistadas 95,7% (n=220) receberam o cartão de pré-natal. Entre as que portavam o cartão e permitiram que o mesmo fosse utilizado na pesquisa (n=219), 87,2% (n=191) portavam algum cartão de pré-natal do Ministério da Saúde, 9,1% (n=20) portavam

cartões da prefeitura do Rio de Janeiro e 3,7% (n=8) portavam cartões de laboratórios ou de clínicas particulares. O modelo atual do cartão de pré-natal do Ministério da Saúde, que começou a ser utilizado em 2005, só foi encontrado com 45,2% (n=99) das gestantes (Tabela 2).

Ressalta-se que entre os cartões portados pelas gestantes, todos continham campos para o registro da idade gestacional nas consultas de pré-natal, peso pré-gestacional, peso atual e pressão arterial; 90,9% (n=199) possuíam campo para registro de estatura; 90,4% (n=198) para o registro dos resultados dos exames de hemoglobina e glicemia de jejum; 58% (n=127) para registro de edema e 45,2% (n=99) para registro da prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico e o gráfico de índice de massa corporal (IMC)/semana de gestação (Tabela 2).

Ainda referente aos recursos materiais, entre as 140 gestantes que apresentavam 23 ou mais semanas de gestação na data da entrevista, 94,3% (n=132) tentaram conseguir o sulfato ferroso na unidade de saúde da família e, entre estas, 73,5% (n=97) tiveram acesso ao suplemento. Já para as 106 gestantes que tentaram conseguir o ácido fólico, o acesso foi relatado por 71,7% (n=76) das gestantes.

As informações obtidas através de entrevista com gestantes sobre as normas e rotinas revelaram que entre as 230 gestantes entrevistadas, 37,4% (n=86) sabiam da realização de atividades educativas em grupo com gestantes na unidade de saúde da família.

Tabela 1

Distribuição dos recursos humanos das unidades de saúde da família selecionadas. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

Critérios de recursos humanos	Unidades de saúde da família						
	A	B	C	D	E	F	G
Número de equipes da saúde da família	3	5	8	2	5	7	3
Número de médicos	3	5	4	1	6	1	2
Número de enfermeiros	3	5	8	2	6	5	2
Número de técnicos de enfermagem	6	5	8	2	5	7	3
Número de agentes comunitários de saúde	18	25	43	10	25	40	10
Número de cidadãos cadastrados	6720	8283	29347	4982	16780	13834	12769
Razão de médicos por equipes	1,0	1,0	0,5	0,5	1,2	0,1	0,7
Razão de enfermeiros por equipes	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	0,7	0,7
Razão de técnicos de enfermagem por equipes	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Razão de cidadãos por equipes	2240	1657	3668	2491	3356	1976	4256
Razão de cidadãos por agentes comunitários de saúde	373	331	682	498	671	346	1277

Tabela 2

Conformidade dos cartões de pré-natal portados pelas gestantes entrevistadas. Rio de Janeiro - RJ, 2008.

Critérios de conformidade dos cartões de pré-natal (n=219)	%
Recebimento do cartão de pré-natal	
Algum modelo do Ministério da Saúde	87,2
Modelo atual do Ministério da Saúde	45,2
Campos de registro disponíveis nos cartões de pré-natal portados	
Idade gestacional nas consultas de pré-natal	100,0
Peso pré-gestacional	100,0
Peso atual	100,0
Estatura	90,9
Gráfico de IMC/semana de gestação recomendado pelo Ministério da Saúde	45,2
Edema	58,0
Pressão arterial	100,0
Prescrição de sulfato ferroso	45,2
Prescrição de ácido fólico	45,2
Exames de hemoglobina	90,4
Exames de glicemia de jejum	90,4

IMC= índice de massa corporal.

Discussão

As sete unidades de saúde da família estudadas tinham dispensário de medicamentos e tanto o sulfato ferroso quanto o ácido fólico, citados entre os medicamentos essenciais na atenção pré-natal,^{9,27} estavam disponíveis no segundo semestre de 2007. Como as gestantes foram entrevistadas entre janeiro e agosto de 2008, o fato de 26,5% e 28,3% das gestantes não terem tido acesso ao sulfato ferroso e ao ácido fólico, respectivamente, pode apontar para um abastecimento irregular de medicamentos, como descrito por Canabarro e Hahn²⁰ em um estudo realizado com 15 equipes de saúde da família em um município do Rio Grande do Sul. O desabastecimento periódico destes suplementos preocupa, devido à prevalência de anemia (22,4%)¹¹ e à deficiência de folato na dieta das gestantes (51,3%)²⁸ atendidas em unidades de saúde públicas no município do Rio de Janeiro.

A realização de atividades educativas é uma prática preconizada pelo manual de pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde,⁹ e está entre os critérios recomendados para avaliação no instrumento de pesquisa do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.²⁵ No caso específico da assistência nutricional, vale a pena destacar que o recebimento de orientação alimentar durante o pré-natal relaciona-se a melhores

resultados no consumo de energia e nutrientes na gestação.²⁹

A disponibilidade de sala para a realização de atividades educativas e a efetiva realização de tais atividades, como referido pelos profissionais, em contraposição com o achado de que poucas gestantes sabiam da existência de ações educativas em grupo, sugere uma divulgação inadequada dessas ações ou a realização esporádica das mesmas.

Estudo realizado com a estratégia de saúde da família em um município de Minas Gerais verificou que as atividades educativas em grupo nas unidades eram esporádicas e desenvolvidas sem protocolos e normas e, ainda, que a maioria das gestantes desconhecia a existência destas atividades,¹⁷ o que corrobora o encontrado no presente estudo.

Em relação ao cartão de pré-natal, vale destacar que menos da metade dos cartões portados pelas gestantes eram os modelos atualmente recomendados pelo Ministério da Saúde, como encontrado por Coutinho *et al.*,¹⁵ em uma maternidade no estado de Minas Gerais. Assim, mesmo com o adequado preenchimento dos cartões, como referido pelos profissionais, a baixa utilização do modelo atual do cartão implica na ausência de campos específicos de registro de importantes informações do pré-natal. O registro completo dessas informações permite o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do

puerpério, incluindo o estado nutricional, e o fluxo de informações entre os serviços de saúde.⁹

A Portaria 648/06, que fornece as normas para a organização da atenção básica para a estratégia de saúde da família, estabelece que a equipe de saúde da família deve garantir a referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.²⁶ Ressalta-se que a maior deficiência no componente “sistema de referência”, ao avaliar a assistência nutricional, foi encontrada na referência formal para o atendimento com nutricionista, não realizada por três unidades de saúde da família.

Entre os componentes da estrutura avaliados, o que apresentou maior heterogeneidade entre as unidades de saúde da família estudadas foi o de recursos humanos. Para esse componente, ressalta-se que os critérios que apresentaram menor conformidade foram a presença de um médico e um enfermeiro por equipe de saúde da família. Apesar de o nutricionista não estar incluído na concepção de equipe mínima de saúde da família descrita na Portaria 648/06,²⁶ destaca-se que uma unidade de saúde da família contava com este profissional.

Com relação às normas e rotinas, destaca-se a falta do registro de manutenção preventiva das balanças em seis unidades de saúde da família, o que está em desacordo com as normas do Ministério da Saúde⁹ e pode implicar na qualidade das medidas de peso, nos diagnósticos nutricionais, tratamentos e encaminhamentos.

Os problemas mais preocupantes detectados na estrutura da assistência nutricional prestada pelas sete unidades de saúde da família da rede do Sistema Único de Saúde do município do Rio de Janeiro foram as carências de recursos humanos e de referência para um profissional especializado, também descritas por Conill¹⁹ em estudo realizado com cinco equipes de saúde da família em Florianópolis.

A carência de profissionais da equipe mínima ou

o número de cidadãos cadastrados superior ao máximo recomendado pode impedir a realização das atividades de menor complexidade por baixa disponibilidade de profissionais, enquanto os problemas de referência para as especialidades fazem com que não seja oferecida uma atenção integral à saúde da população atendida pelas equipes de saúde da família.

Face ao exposto, destaca-se a importância da dimensão correta da equipe mínima e da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela portaria 154/08,³⁰ na ampliação da abrangência, da integralidade e da resolubilidade da assistência pré-natal. Espera-se que, através da parceria entre as equipes de saúde da família e os NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre eles o nutricionista, sejam reduzidos os problemas da dificuldade de referenciar a gestante para o profissional especializado, prevendo um acompanhamento longitudinal da mesma, de responsabilidade das equipes multiprofissionais.

Os resultados apresentados também apontam para a necessidade do cumprimento de um cronograma de manutenção periódica dos equipamentos, visando à qualidade das medidas obtidas; da utilização de um modelo único de cartão de pré-natal, bem como do treinamento dos profissionais da equipe de saúde da família para o correto preenchimento do mesmo e do incentivo à realização de atividades educativas em grupo, que também são um espaço importante para a promoção de práticas alimentares saudáveis e propiciam momentos de troca entre os profissionais, as gestantes, os familiares e a comunidade.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pelo fornecimento de dados indispensáveis para a realização do estudo.

Referências

1. Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (Suppl 2): 147-73.
2. Donabedian A. The quality of care – how can it be accessed? *JAMA*. 1988; 260: 1145-50.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília, DF; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília, DF; 2008.
5. Campos FE, Aguiar RAT, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2002; 12: 47-58.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no município do Rio

- de Janeiro. Brasília, DF; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). Informações de Saúde [acesso em dez. 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do programa saúde da família. Brasília, DF; 2001.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, DF; 2005.
 10. Institute of Medicine and National Research Council. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
 11. Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF, Accioly E. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29: 511-8.
 12. Melo ASO, Assunção PL, Gondim SSR, Carvalho DF, Amorim MMR, Benício MHDA, Cardoso MAA. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10: 249-57.
 13. Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Britto MMS. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35: 502-7.
 14. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health.* 2001; 91: 436-40.
 15. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25:717-24.
 16. Santos LA dos, Mamede FV, Clapis MJ, Bernardi JVB. Nutritional guidance during prenatal care in public health services in Ribeirão Preto: discourse and care practice. *Rev Latinoam Enferm.* 2006; 14: 689-94.
 17. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14 (Suppl 1):1347-57.
 18. Magluta C, Noronha MF, Gomes MAM, Aquino LA, Alves CA, da Silva RS. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2009; 9: 319-29.
 19. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18 (Suppl): 191-202.
 20. Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde.* 2009; 18: 345-55.
 21. Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Prenatal care at the primary health care level: an assessment of the structure and process. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17: 131-9.
 22. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (Suppl 1): 63-72.
 23. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 29-47.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. "Desenvolvimento de estudos de linha de base nos municípios selecionados para o componente I do PROESF" Região Sudeste II - Instrumento para levantamento de informações nos estabelecimentos de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Brasília, DF; 2004.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648. Diário Oficial da União 2006; 29 mar.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1587. Diário Oficial da União 2002; 5 set.
 28. Fonseca VM, Sichieri R, Basilio L, Ribeiro LVC. Consumo de folato em gestantes de um hospital público do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2003; 6: 319-27.
 29. Barros DC, Perreira RA, Gama SGN, Leal MC. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (Suppl 1): 121-9.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154. Diário Oficial da União 2008; 25 jan.

Recebido em 22 de abril de 2010

Versão final apresentada em 19 de julho de 2010

Aprovado em 8 de setembro de 2010