



Cuidado em rede: relação entre a adequação pré-natal e os atendimentos obstétricos hospitalares em um estudo transversal*

Network care: relationship between prenatal care adequacy and hospital obstetric care in a cross-sectional study

Atención en red: relación entre la adecuación del prenatal y la atención obstétrica hospitalaria en un estudio transversal

Como citar este artigo:

Ferreira FM, Venâncio KCMP, Narchi NZ. Network care: relationship between prenatal care adequacy and hospital obstetric care in a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220011. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0011en>

 Fernanda Marçal Ferreira¹

 Kelly Cristina Máxima Pereira Venâncio²

 Nádia Zanon Narchi²

* Extraído da tese “Rede de atenção à saúde materno-infantil: relação entre a adequação do pré-natal e a demanda de atendimentos de urgência e emergência obstétrica no serviço público municipal de São Paulo”, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2022.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To assess the relationship between prenatal care adequacy and the demand for hospital obstetric care. **Method:** A cross-sectional, quantitative study, conducted in a Brazilian capital, at six basic units and a hospital unit, from 2017 to 2020. Pregnant women who met the predefined inclusion and exclusion criteria participated in the study. Data were collected by structured questionnaire, and follow-up of participants was in person, by phone and by application. Descriptive and analytical statistics were performed using a statistical program. **Results:** A total of 224 women were investigated. Prenatal care was adequate in 42.4% of cases, and the mean percentage of adequacy was 76.7% of assessed indicators. Of the 1,067 hospital visits, 63.1% were inopportune. The regression model showed that the variable “prenatal care adequacy” was statistically relevant (0.043), with a 2.2 times higher Odds Ratio (OR) of women who had inadequate prenatal follow-up seeking the hospital inately. **Conclusion:** Prenatal care inadequacy was related to the inopportune search for emergency room care, with care overload for this point in the care network.

DESCRIPTORS

Health Services; Prenatal Care; Maternal-Child Health Services; Nursing.

Autor correspondente:

Fernanda Marçal Ferreira
Alameda São Caetano, 1099,
apto 405, Santa Maria
09560-500 – São Caetano do Sul, SP, Brasil
fernandamarcal@hotmail.com

Recebido: 17/01/2022
Aprovado: 10/05/2022

INTRODUÇÃO

A organização da assistência na conformação de rede de cuidados à saúde tem como objetivo proporcionar melhores acesso, cobertura e qualidade dos serviços ofertados à população. No que diz respeito à saúde materno-infantil, a política pública brasileira, que se propõe a acompanhar desde o pré-natal, oferecendo desde assistência ao parto até a assistência à criança, denominada Rede Cegonha (RC), completou mais de 10 anos de sua instituição, por meio de portaria ministerial publicada em 2011, com o objetivo de implementar um novo modelo de atenção pautado em acolhimento e resolutividade com vistas à redução da morbimortalidade materno-infantil⁽¹⁾.

As estatísticas nacionais revelam ampliação de cobertura no acompanhamento pré-natal, mas também números expressivos de incidência de morbidades tratáveis e/ou evitáveis, uma tendência que vem sendo observada há alguns anos no país e que é bastante contraditória⁽²⁾. De fato, a adequabilidade do acompanhamento está relacionada com a melhoria dos desfechos maternos e neonatais, tanto por seu papel na prevenção de agravos durante o acompanhamento gestacional quanto pelo encaminhamento oportuno a serviços de atendimento adequados às complicações obstétricas, refletindo sobremaneira no fortalecimento das redes de saúde e na redução da sobrecarga de serviços de referência⁽³⁻⁴⁾.

Elucidando a problemática, as estatísticas brasileiras recentes indicam acesso significativo ao pré-natal com cobertura de aproximadamente 98,5% das mulheres, com 72,4% tendo realizado mais de sete consultas. No estado de São Paulo e no município de São Paulo, a cobertura desse acompanhamento com mais de sete consultas é superior a 80%⁽²⁾. No entanto, as estatísticas sobre morbidades destacam o aumento dos casos de sífilis em série histórica de 2010 a 2015, com manutenção da tendência no crescimento de casos de sífilis congênita até 2018 e redução pouco expressiva em 2019⁽⁵⁾. Esse exemplo pode ser aplicável a outras situações em que uma assistência de pré-natal inadequada, apesar de ampla cobertura e acesso, leva a desfechos indesejados⁽⁶⁾.

Diante desse contexto, o objetivo do estudo foi avaliar a relação entre a adequação do pré-natal e a demanda de atendimentos obstétricos hospitalares partindo da hipótese de que a inadequação do acompanhamento de pré-natal impulsiona a procura pelos serviços de urgências e emergências obstétricas por causas não pertinentes a esse nível de cuidado, sobrecarregando as unidades e, conseqüentemente, comprometendo a assistência, de modo a gerar conseqüências que podem ser irreparáveis à saúde materna e infantil. As respostas às várias questões que envolvem essa temática possibilitam ampliar o conhecimento acerca da adequabilidade do acompanhamento pré-natal ofertado, assim como do seu reflexo sobre a dinâmica de atendimentos na rede integrada de atenção à saúde materno-infantil.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

O artigo tem desenho de pesquisa observacional, analítico, transversal, com abordagem quantitativa. O recorte seccional “produz instantâneos da situação de saúde de uma população ou

comunidade com base na avaliação individual” tem sido empregado na prática investigativa, com variações, como o “estudo de grupos em tratamento”, em que se avaliam grupos comparativos de exposição e desfecho adotado neste estudo⁽⁷⁾.

LOCAL

Para a determinação da área de estudo, assumiu-se a premissa de que, embora as regiões e microrregiões territoriais da cidade de São Paulo tenham características heterogêneas, há unicidade das diretrizes de pré-natal para o município. Assim, na impossibilidade de ser estudada toda a rede de atenção do município, em setembro de 2017, as regiões de saúde do município foram mapeadas por delimitação geográfica. Foi sorteada por amostragem probabilística simples a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sudeste, dentre as seis CRS da cidade. A CRS Sudeste está subdividida em cinco Supervisões Técnicas de Saúde (STS), contendo seis unidades hospitalares, das quais quatro foram elegíveis por apresentarem número de partos superior a 500 por ano (ano base de 2016), de acordo com dados da Secretaria de Saúde Municipal. A seleção do hospital também ocorreu por amostragem probabilística simples, tendo sido sorteado o Hospital Municipal Vila Santa Catarina. Em seguida, as 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) referenciadas para este hospital foram selecionadas por amostragem probabilística estratificada, considerando a modalidade de atenção de cada uma delas (tradicional, Estratégia Saúde da Família ou mista), o que resultou na seleção de seis unidades: UBS Vila Santa Catarina, com 100% de cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF); UBS Integrada Americanópolis, com 58,14% de cobertura de ESF; UBS Canaã, com 67,16% de cobertura de ESF; UBS Vila Campestre, com 100% de cobertura de ESF; UBS Integrada Cupecê, com 90,56% de cobertura de ESF; e UBS Jardim Lourdes, com 100% de cobertura de ESF.

POPULAÇÃO E SELEÇÃO DE AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelas mulheres grávidas, independentemente da idade materna e gestacional, bem como do trimestre gestacional em que iniciaram o pré-natal nas UBS selecionadas, que se dispuseram a participar do estudo e concordaram em fazê-lo. Foram excluídas aquelas que não realizaram o acompanhamento da gravidez na UBS, as que foram transferidas para unidades fora da região territorial do estudo devido à mudança de endereço residencial e aquelas que se recusaram a participar.

Considerando a população de gestantes das unidades de saúde como um grupo populacional dinâmico, o tamanho amostral foi calculado utilizando como base os resultados de estudo piloto, que teve delineamento observacional, descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. Considerou-se a razão entre as participantes expostas ao pré-natal adequado e inadequado em 1:1, nível de significância (α) igual a 0,05 e grau de confiança de 95%, utilizando a prevalência dos eventos de interesse para cálculo numérico, que indicou um número mínimo de captação de 268 mulheres grávidas para o seguimento. O estudo principal envolveu 273 participantes que iniciaram o acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde selecionadas, sendo a

amostragem de participantes não estratificada, com perda de seguimento de 17,9%.

COLETA DE DADOS

Teve início em setembro de 2018 e foi finalizada em dezembro de 2019, quando a última participante captada para compor o seguimento teve o desfecho da gravidez com o nascimento de seu filho. A coleta teve uma característica dinâmica, de modo que todas as mulheres que iniciaram o pré-natal nas UBS selecionadas foram abordadas até que se obteve a amostra definida. Como método de acompanhamento, visando minimizar perdas, foram realizados contatos presenciais ao longo do seguimento, coincidindo com a rotina do acompanhamento pré-natal nos serviços. Também, foram feitos contatos periódicos telefônicos e por aplicativo, conforme acordado com cada mulher no momento da captação. Por fim, foram feitas visitas regulares à maternidade para verificação dos registros de pronto atendimento obstétrico das participantes.

O instrumento de coleta de dados foi submetido à validação por juízes com *expertise* em saúde materno-infantil, e foi testado previamente para observar sua aplicabilidade, pertinência, compreensão e consistência interna. Ele se constituiu em formulário estruturado, cujas variáveis e respectivas formas de coleta são apresentadas na Figura 1.

Os critérios adotados para a avaliação da adequação do pré-natal (Figura 2) e para a classificação do atendimento em serviço hospitalar em “oportuno” ou “inoportuno” foram a utilização do Protocolo de Atenção Básica⁽⁸⁾ e do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia⁽⁹⁾, respectivamente. Acrescenta-se que os sinais indicativos de encaminhamento para atendimento de urgência e emergência obstétrica também fazem parte do protocolo municipal de assistência obstétrica.

Seguindo parâmetros da literatura⁽¹⁰⁻¹¹⁾, adotaram-se como ponto de corte, para considerar a adequação do pré-natal, valores acima de 80%. Para o conjunto de atendimentos hospitalares por mulher, foi adotado o mesmo ponto de corte para manter a coerência entre os processos analisados, uma vez que a literatura avalia apenas a pertinência de atendimentos pontuais.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

As informações foram inseridas em planilhas do programa *Excel Microsoft®* 365, com digitação por dupla entrada para avaliação de concordância, verificação e correção de erros de inserção. O banco de dados foi transportado para o programa IBM® SPSS® *Statistics*, versão 25. Procedeu-se à análise estatística descritiva, empregando-se distribuições de frequência absolutas e relativas e medidas de centralidade e variabilidade, análise bivariada não ajustada e multivariada ajustada, incluindo medidas de associação em tabelas de contingência (X^2 , RR e OR) e regressão logística binomial múltipla. Considerou-se nível de significância alfa (α) igual a 0,05 (intervalo de confiança de 95%).

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, com aprovação ética nos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº 2.490.668 de 07/02/2018), da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (Parecer nº 2.548.667 de 18/03/2018) e do Hospital Israelita Albert Einstein, administrador da instituição hospitalar investigada (Parecer nº 2.763.011 de 10/07/2018).

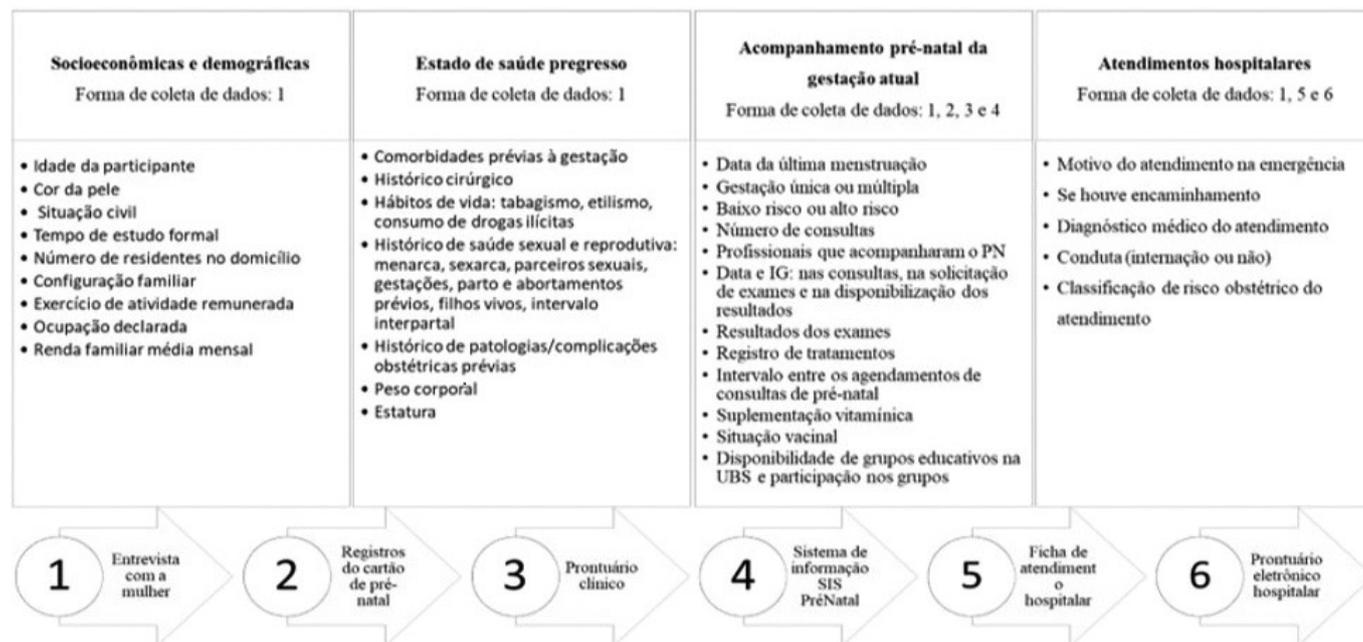


Figura 1 – Variáveis do estudo e fontes de informação.

Fonte: os autores.



Figura 2 – Critérios para avaliação do pré-natal segundo as dimensões propostas por Heredia-Pi et al.⁽¹²⁾.

Fonte: os autores.

RESULTADOS

As 224 participantes tinham, em média, 25,9 anos de idade. Em sua maioria, declararam cor da pele preta ou parda (73,7%) e eram casadas ou viviam uma parceria em união estável (75,4%). A maioria (56,7%) não exercia atividade remunerada, ocupando-se de tarefas domésticas e cuidados com familiares (46,4%) ou eram estudantes (10,3%). Quanto à escolaridade, a média de anos de estudo formal sem repetição foi de 9,9 anos, equivalendo ao ensino fundamental completo da educação básica. Das 147 que já haviam tido pelo menos uma gestação anterior, 62 (42,2%) apresentaram alguma complicação obstétrica progressiva. Quanto ao risco gestacional, 77,2% (n = 224) foram classificadas pelos profissionais do pré-natal como gestação de baixo risco. Das 51 mulheres encaminhadas para o pré-natal de alto risco, a condição obstétrica patológica foi confirmada pela referência especializada para 80,4%. Aquelas que tiveram o risco descartado foram encaminhadas novamente ao pré-natal de baixo risco segundo contrarreferência na rede assistencial (19,6%).

O início pré-natal foi, em média, na idade gestacional de 10 semanas e 1 dia, sendo que a maioria (78,1%) começou o acompanhamento oportunamente até a 12ª semana gestacional (n = 224); 21,0% o fizeram no segundo trimestre; e 0,9% fizeram somente no terceiro. Um total de 87,9% das mulheres teve seis ou mais consultas de pré-natal, e 59,4% não tiveram nenhuma falta nos agendamentos ao longo da gestação. As médias de consultas e de absenteísmo se apresentam na Tabela 1.

O pré-natal, considerando os três trimestres gestacionais, foi adequado para 42,4% das participantes (N = 224). Analisando a adequação do acompanhamento para o primeiro trimestre, 67,4% tiveram pré-natal adequado (N = 224), enquanto que, para o segundo e o terceiro trimestres gestacionais, houve adequação para 35,5% (N = 217) e 46,3% (N = 214), respectivamente. A adequação global do pré-natal e dos trimestres gestacionais é mostrada na Tabela 2. Importante acrescentar que as variáveis preditoras socioeconômicas, demográficas e clínico-obstétricas não apresentaram significância estatística para o desfecho “adequação ou não do pré-natal”. O número de participantes (N) no primeiro trimestre gestacional reflete a avaliação de adequação daquelas mulheres que efetivamente realizaram o acompanhamento nesse momento da gravidez (78% do total). Nos demais trimestres, está refletida a descontinuidade de acompanhamento pré-natal por interrupção da gestação por abortamento ou parto prematuro.

As mulheres (N = 224) utilizaram o serviço hospitalar, somando 1.067 atendimentos, com média de 4,75 atendimentos por gestante. A motivação para procura por cuidados nesse nível de atenção à saúde foi espontânea para a maioria das mulheres (82,2%), sendo que o terceiro trimestre gestacional foi o momento com maior demanda (64,9%). Dentre os motivos para os atendimentos, destacam-se dor em baixo ventre/cólica (44,4%), contração uterina (12,8%), sangramento por via vaginal (12,7%) e dor abdominal epigástrica em flancos e hipocôndrios (12%). Destaca-se que o atendimento em

Tabela 1 – Consultas de pré-natal e absenteísmo (N = 224) – São Paulo, SP, Brasil, 2018–2019.

Variável	Média	Mediana	Desvio padrão	Amplitude	Mínimo	Máximo
Consultas pré-natal	8,61	9,00	2,695	14	1	15
Absenteísmo	1,70	1,00	1,071	6	0	6
Consultas de 1º tri*	1,45	1,00	1,019	6	0	6
Consultas de 2º tri*	2,86	3,00	1,118	6	0	6
Consultas de 3º tri*	4,57	5,00	1,946	11	0	11

*Trimestre gestacional.

Tabela 2 – Medidas de centralidade para a adequação do pré-natal global e por trimestre gestacional – São Paulo, SP, Brasil, 2018–2019.

Adequação pré-natal	N	Omisso	Média	Mediana	Desvio padrão	Amplitude
Pré-natal global	224	0	76,709	77,410	10,3270	73,3
Pré-natal no 1º tri*	174	50	86,090	87,500	9,1988	73,3
Pré-natal no 2º tri*	217	7	73,201	77,770	18,0135	100,0
Pré-natal no 3º tri*	214	10	73,504	77,950	16,5746	100,0

*Trimestre gestacional.

Tabela 3 – Análise multivariada por regressão logística binomial para o desfecho “atendimento hospitalar inoportuno” – São Paulo, SP, Brasil, 2018–2019.

Variável	p (X ²)	OR	IC (95%)		p (Teste de Hosmer e Lemeshow)
			Inferior	Superior	
Ter/viver com companheiro	0,490	1,412	0,530	3,760	
Nível de escolaridade	0,126	0,519	0,224	1,202	
Cor da pele	0,433	1,396	0,606	3,215	
Trabalho remunerado	0,541	1,299	0,561	3,006	0,746
Condição/agravo de saúde	0,789	1,128	0,466	2,733	
Modalidade de assistência	0,083	2,492	0,886	7,004	
Gestação de alto risco	0,560	0,760	0,303	1,910	
Adequação do pré-natal	0,043	2,271	1,028	5,020	

pronto-socorro obstétrico resultou em internação hospitalar em 224 passagens pelo serviço (21%). De acordo os critérios definidos para a pesquisa, 394 (36,9%) atendimentos hospitalares foram classificados como oportunos (36,9%), e 673 (63,1%), como inoportunos. Considerando os atendimentos oportunos, a média foi de 1,75 atendimentos por gestante, e a média de inoportunos foi de 3,0 passagens pelo serviço hospitalar por gestante. Verificou-se que apenas 35 participantes procuraram o serviço hospitalar de forma oportuna (em, pelo menos, 80% das suas idas ao pronto-socorro), o que representa 15,6% do total de mulheres acompanhadas.

A análise multivariada por regressão logística binomial para o desfecho “atendimento hospitalar inoportuno” está apresentada na Tabela 3. Foram utilizadas oito variáveis preditoras para a regressão, obtendo-se um modelo de regressão com bom ajuste aos dados, segundo o valor de *p* para a significância do Teste de Hosmer e Lemeshow (*p* 0,746). A variável “adequação do pré-natal” foi estatisticamente relevante na regressão (*p* 0,043), com OR 2,2 vezes maior de as mulheres que tiveram um acompanhamento inadequado no pré-natal buscarem o serviço hospitalar de forma inoportuna.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que o início do acompanhamento pré-natal foi precoce, o que denota a efetividade do sistema na captação das mulheres para adentrarem à rede de saúde, bem como atende a uma das recomendações que compõem o padrão de qualidade do pré-natal, que é o acesso de gestantes idealmente no primeiro trimestre gestacional⁽¹³⁾.

Estudos quantitativos que analisaram a variável “início precoce do pré-natal” encontraram resultados com percentuais inferiores ao do presente estudo, com a maioria desses valores variando em torno de 50% e destaque negativo para um caso em que o percentual foi de apenas 26,3%^(14–16). Infere-se que a divergência entre os resultados da literatura e os aqui encontrados pode estar relacionada à ampla cobertura por ESF, bem como pelos protocolos assistenciais municipais. Todavia, é notório dizer que há grandes diferenças entre as realidades assistenciais nas demais regiões da cidade, a depender das características de sua população e, inclusive, dos gestores terceirizados dos serviços de atenção básica (AB) do município.

Na capital paulista, diferentemente de outros contextos no país, a articulação entre a AB e a atenção especializada utiliza

critérios de encaminhamento definidos por protocolo, e o mecanismo de marcação de consultas se dá por meio de dois sistemas informatizados, um municipal e outro estadual. Essas particularidades da rede local podem ter sido determinantes para o bom desempenho nas dimensões de acesso e vínculo analisados em um estudo comparativo entre capitais brasileiras⁽¹⁷⁾. Corroborando os achados quantitativos da presente pesquisa, São Paulo demonstra capacidade da rede quanto aos encaminhamentos responsáveis, e o papel da AB merece destaque nessa articulação, uma vez que a triagem adequada e o tempo entre o encaminhamento e o atendimento especializado podem ser decisivos para o risco potencial do quadro de saúde das gestantes⁽¹⁸⁾. Além disso, a manutenção da vinculação da gestante na AB como coordenadora do cuidado pela rede de atenção é fundamental para qualificação da assistência à gestante de alto risco⁽¹⁷⁾. Em contraponto aos resultados quantitativos positivos encontrados para a articulação da rede em situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações por condições preexistentes ou por intercorrências da gravidez, mostraram-se registros pontuais de fragilidades nessa linha de cuidado, especialmente no que tange ao acompanhamento de gestantes que estavam vinculadas ao pré-natal de alto risco e que requeriam atendimento em mais de um serviço especializado.

Juntamente com o critério referente ao início oportuno do pré-natal, o número de consultas ao longo do acompanhamento da gestação compõe um dos principais indicadores para avaliação de acesso e cobertura do pré-natal. O comparativo de estudos acerca dessa questão pode ser prejudicado, porque alguns estudos não consideram o ajuste pela idade gestacional nem o intervalo entre consultas segundo idade gestacional. De qualquer forma, é possível ter um panorama geral da realidade assistencial, embora seja pertinente salientar que o quantitativo de consultas não garante necessariamente a sua qualidade.

Outros estudos encontraram valores próximos aos achados nesta pesquisa, com percentuais variando entre 86,2% e 89%⁽¹⁹⁻²⁰⁾. O resultado do presente estudo é expressivo, especialmente se considerarmos o absenteísmo médio de 1,7 consultas por mulher, o que revela eficácia no seguimento e vinculação das gestantes apesar das faltas, embora levante também a discussão sobre as razões atribuídas a tais ausências e quais medidas poderiam ser adotadas para garantir otimização dos atendimentos na rede assistencial.

Assim como a comparação entre estudos publicados sobre o acesso ao pré-natal tem limitações relacionadas às diversas metodologias de coletas de dados adotadas nessas pesquisas, para os procedimentos realizados durante as consultas pré-natais e para os comparativos da adequação do pré-natal, existe essa dificuldade. Apesar disso, as estatísticas e os resultados de outras pesquisas podem contribuir para a discussão da realidade assistencial e para propostas de qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil.

A estatística do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) mostra “adequação” da assistência pré-natal e “mais do que adequação” para 81,2% dos atendimentos de mulheres que deram à luz recém-nascidos vivos no município de São Paulo nos anos de 2018 e 2019⁽²¹⁾. A diferença expressiva encontrada entre as estatísticas oficiais do município e a amostragem

do estudo apontam para a necessidade de discutir os critérios adotados para avaliação da qualidade do serviço.

Os dados apontam para uma realidade assistencial com boa cobertura de acesso ao pré-natal, e o índice do Ministério da Saúde é, de fato, relevante para avaliar a adequação de acesso à assistência na gravidez. Talvez essa seja uma sinalização de que devemos avançar na qualificação dos indicadores, propondo questionamentos como: seria possível que o número de consultas e a captação em tempo oportuno das mulheres para início do pré-natal reflitam, de fato, a qualidade do atendimento prestado? Qual a relevância dessa informação isoladamente para a implementação de melhorias da assistência e da rede de atenção à saúde? E como seria possível melhorar os parâmetros?

Se compararmos as estatísticas do DATASUS a outro estudo, que avaliou a qualidade do pré-natal a partir de dados do principal e mais recente inquérito nacional disponível – considerando em sua análise o início do pré-natal, o número de consultas, a indicação da maternidade de referência e a realização de pelo menos um exame preconizado por trimestre – também encontraremos grandes discrepâncias, já que a adequação global mínima foi de 21,6% para o país e de 24,9% para a região Sudeste⁽²²⁾. No entanto, se avaliarmos somente o início oportuno do pré-natal ou o quantitativo de consultas, essa diferença diminui consideravelmente, com percentuais de 53,8% e 86,5%, respectivamente, para a base nacional e de 58,2% e 80,5%, respectivamente, para o Sudeste⁽²²⁾. Essa mesma tendência foi observada na presente investigação.

Um estudo de coorte realizado no nordeste brasileiro acerca da inadequação do conteúdo da assistência pré-natal utilizou um modelo hierarquizado para análise que considera características que se aproximam do proposto nesta pesquisa, tendo como variáveis de adequação o início do pré-natal, o número de consultas, a vacinação, os exames laboratoriais e os procedimentos obstétricos, cujos resultados demonstraram que os critérios preconizados não foram incorporados à prática clínica⁽²³⁾. Outras investigações sobre o processo de cuidado no pré-natal apontam prevalência em torno de 24% para adequação global, incluindo como variáveis procedimentos, exames e orientações recebidas durante o pré-natal na rede básica de saúde⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Os achados de tais pesquisas corroboram os resultados aqui apresentados, que mostram ainda maiores prevalências de inadequação no segundo e terceiro trimestres gestacionais, quando comparados ao primeiro trimestre da gestação.

A relação entre a adequação do pré-natal e os atendimentos hospitalares na regressão logística binomial confirma a hipótese da pesquisa de que a inadequação do acompanhamento durante a gestação leve as mulheres a procurar o serviço hospitalar por razões inoportunas para aquele nível de cuidado. Uma vez que não tenham sido demonstradas outras correlações estatisticamente significativas, sugere-se que estudos sobre a temática continuem sendo desenvolvidos, inferindo-se que a limitação no tamanho amostral possa ter se refletido nesses resultados. A articulação e a integração da RAS, com qualificação dos atendimentos em todos os pontos de atenção, visando ao acolhimento e cuidado pré-natal, são desafios que persistem para a melhoria assistencial de gestantes, o que representa impacto direto nos resultados de morbidade e mortalidade materno-infantil⁽²⁴⁾.

O presente estudo apresentou como limitações a amostragem não estratificada das participantes do estudo, a perda de

seguimento das mulheres do grupo acompanhado e a diversidade de parâmetros indicadores de processo e desfecho para avaliação do pré-natal encontrados na literatura. Além disso, observa-se escassez de pesquisas que investiguem a rede de atenção, na perspectiva da dinâmica das pessoas nos serviços de saúde, em tese, articuladas. Novas investigações podem ser propostas para compreender aspectos, como a tomada de decisão individual para a procura por serviços de pronto atendimento obstétrico, diagnósticos sobre a rede de saúde e planos de intervenção para aprimorar a articulação, o que poderia facilitar a movimentação das pessoas pela rede e sua efetividade, de modo a diminuir a sobrecarga de serviços por causas não pertinentes àquele nível de cuidado.

O presente estudo traz um panorama que pode contribuir para a atuação da enfermagem na saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, uma vez que compreender as fragilidades da rede de cuidado à saúde pode fomentar estratégias para melhorar os indicadores de processo, bem como a qualidade do pré-natal, sobretudo nas atividades de educação em saúde e promoção da saúde, desempenhadas majoritariamente pelo enfermeiro na AB.

CONCLUSÃO

O pré-natal, que deveria cumprir todos os procedimentos e condutas preconizados pelas diretrizes assistenciais, teve percentuais apontando para o declínio da adequação no segundo e terceiro trimestres gestacionais em relação ao início do acompanhamento. A adequação global encontrada revelou fragilidades da assistência, embora o parâmetro adotado como ponto de corte tenha sido alto em relação à literatura. A avaliação dos indicadores de processo do pré-natal permite inferir sobre importantes fragilidades no desenvolvimento das práticas que deveriam ser preconizadas no acompanhamento das gestantes.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a relação entre a adequação do pré-natal e a demanda de atendimentos obstétricos hospitalares. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, conduzido em uma capital brasileira, em seis unidades básicas e uma unidade hospitalar, de 2017 a 2020. Participaram gestantes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Os dados foram coletados por questionário estruturado e o seguimento das participantes foi presencial, telefônico e por aplicativo. Procedeu-se à estatística descritiva e analítica, utilizando um programa estatístico. **Resultados:** Foram investigadas 224 mulheres. O pré-natal foi adequado em 42,4% dos casos, e o percentual médio de adequação foi de 76,7% dos indicadores avaliados. Dos 1.067 atendimentos hospitalares, 63,1% foram inoportunos. O modelo de regressão mostrou que a variável “adequação do pré-natal” foi estatisticamente relevante (p 0,043), com razão de chance (OR) 2,2 vezes maior de as mulheres que tiveram um acompanhamento pré-natal inadequado buscarem o hospital de forma inoportuna. **Conclusão:** A inadequação do pré-natal teve relação com a procura inoportuna por atendimentos em pronto-socorro, com sobrecarga assistencial para este ponto na rede de cuidado.

DESCRITORES

Serviços de Saúde; Cuidado Pré-Natal; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre la adecuación de la atención prenatal y la demanda de atención obstétrica hospitalaria. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo, realizado en una capital brasileña, en seis unidades básicas y una unidad hospitalaria, de 2017 a 2020. Participaron gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión predefinidos. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario estructurado y el seguimiento de los participantes fue presencial, telefónico y por aplicación. La estadística descriptiva y analítica se realizó mediante un programa estadístico. **Resultados:** 224 mujeres fueron investigadas. La atención prenatal fue adecuada en el 42,4% de los casos, y el porcentaje medio de adecuación fue del 76,7% de los indicadores evaluados. De las 1.067 visitas hospitalarias, el 63,1% fueron inoportunas. El modelo de regresión mostró que la variable “adecuación de la atención prenatal” fue estadísticamente relevante (p 0,043), con una razón de probabilidad (OR) 2,2 veces mayor para las mujeres que tuvieron atención prenatal inadecuada para buscar el hospital de manera inoportuna. **Conclusión:** La inadecuación de la atención prenatal se relacionó con la demanda inoportuna de visitas a urgencias, con sobrecarga asistencial para ese punto de la red asistencial.

DESCRIPTORES

Servicios de Salud; Atención Prenatal; Servicios de Salud Materno-Infantil; Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2017 Out 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

2. Brasil. Ministério da Saúde. Estatísticas Vitais [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2021 Dez 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
3. Rodrigues AFM, Candido CL, Campos GKP, Barcellos JES, Rodrigues LA, Seidel TS. Prenatal care in primary care, fitness for consultations and assessment of assistance to pregnant women: integrative review. *Revista Nursing*. 2021;24(275):5484-95. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5484-5495>
4. Vaichulonis CG, Silva RR, Pinto AIA, Cruz IR, Mazzetti AC, Haritsch L, et al. Evaluation of prenatal care according to indicators for the Prenatal and Birth Humanization Program. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2021;21(2):441-50. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200006>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2020. Número Especial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2022 Jan 07]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>
6. Ridgeway JL, LeBlanc A, Branda M, Harms RW, Morris MA, Nesbitt K, et al. Implementation of a new prenatal care model to reduce office visits and increase connectivity and continuity of care: protocol for a mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15:323. <http://doi.org/10.1186/s12884-015-0762-2>
7. Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2017 Out 10]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2018 Maio 10]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf
10. Ikeoluwapo OA, Osakinle DC, Osakinle EO. Quality assessment of the practice of focused antenatal care (FANC) in rural and urban primary health centres in Ekiti state. *Open J Obstet Gynecol*. 2013;3(3):319-26. <https://doi.org/10.4236/ojog.2013.33059>
11. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Content and timing of antenatal care: predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of antenatal care trajectories. *Eur J Public Health*. 2013;23(1):67-73. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cks020>
12. Heredia-Pi I, Servan-Mori E, Darney BG, Reyes-Morales H, Lozano R. Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-section study in México. *Bull World Health Organ*. 2016;94(6):452-61. <http://doi.org/10.2471/BLT.15.168302>
13. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies [Internet]. London: NICE; 2017 [citado 2021 Dez 04]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/chapter/Recommendations>
14. Balsells MMD, Oliveira TMF, Bernardo EBR, Aquino PS, Damasceno AKC, Castro RCMB, et al. Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2018;31(3):247-54. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800036>
15. Silva EP, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. *Rev Saude Publica*. 2019;53:43. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001024>
16. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. *Cien Saude Colet*. 2020;25(3):793-804. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>
17. Fernandes JA, Venâncio SI, Pasche DF, Silva FLG, Aratani N, Tanaka OU, et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2020;36(5):e00120519. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120519>
18. Silveira MSD, Cazola LHO, Souza AS, Pícoli RP. Regulatory process of the Family Health Strategy for specialized care. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):63-72. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811605>
19. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica*. 2017;33(3):e00195815. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>
20. Morón-Duarte LS, Varela AR, Bertoldi AD, Domingues MR, Wehrmeister FC, Silveira MF. Quality of antenatal care and its sociodemographic determinants: results of the 2015 Pelotas birth cohort, Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:1070. <http://doi.org/10.1186/s12913-021-07053-4>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [Internet]. Brasília; 2018 [citado 2022 Jan 05]. Disponível em: <https://portalods.com.br/publicacoes/saude-brasil-2017-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-os-desafios-para-o-alcance-dos-ods/>
22. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da Assistência Pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 [citado 2017 Nov 10];37(3):140-7. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>
23. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Coimbra LC, Alves MTSSB, Queiroz RCS, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2016;21(4):1227-38. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12512015>
24. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saude Publica*. 2020;54:8. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>

EDITOR ASSOCIADO

Maria Luiza Gonzalez Riesco

Apoio Financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPq).



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.