

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA¹

Rayssa Basilio Arantes*
Aline Spanevello Alvares**
Áurea Christina de Paula Corrêa***
Samira Reschetti Marcon****

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a estrutura disponível nas unidades da Estratégia Saúde da Família para prestação da assistência pré-natal na cidade de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, na perspectiva de avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian. Trata-se de uma pesquisa de avaliação de qualidade em saúde de abordagem quantitativa. Foi desenvolvida com a utilização de dados secundários do banco de dados do grupo de pesquisa Argos/Gerar. Os resultados revelaram que as unidades contavam com estrutura física deficitária, uma vez que várias delas não possuíam sala de pré-consulta e sala de reuniões. A falta de equipamentos, dentre eles o sonar Doppler e o estetoscópio Pinard, prejudica a assistência pré-natal. A dimensão de recursos humanos foi a mais deficitária, devido à não permanência de alguns profissionais na unidade, evidenciando grande rotatividade, principalmente dos técnicos de enfermagem e médicos. Na classificação geral, a dimensão mais comprometida foi a de recursos humanos. Por sua vez, a dimensão melhor classificada foi a de sistema de informação. Embora os aspectos relativos à estrutura das unidades básicas de saúde para atendimento pré-natal tenham sido considerados parcialmente adequados neste estudo, em relação à classificação geral, as unidades de saúde da família de Cuiabá, MT, ainda estão deficitárias em vários quesitos.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Avaliação de serviços de saúde. Bem-estar materno.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve assegurar atendimento à mulher durante todo o período gravídico-puerperal por meio de ações que integrem promoção, prevenção e acompanhamento da gestante e do recém-nascido e atendimento básico bem como atendimento hospitalar para alto risco.⁽¹⁾ O atendimento integral às necessidades da mulher requer organização e utilização de meios e recursos adequados para cada situação. Considera-se que a atenção pré-natal de qualidade pode contribuir com a diminuição dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, pois as taxas de mortalidade materna e perinatal são influenciadas pelas condições da assistência pré-natal.⁽²⁾

Com vistas a alcançar a qualificação do pré-natal, a avaliação da assistência torna-se importante, pois, possibilita que sejam traçadas diretrizes a fim de otimizar os serviços e melhorar

a qualidade técnica. Ao mesmo tempo, identifica fatores que interferem no atendimento e que estão longe do alcance de seus gestores, garantindo dessa forma, uma assistência de qualidade.⁽³⁾

O referencial teórico sistêmico proposto por Avedis Donabedian — a tríade estrutura, processo e resultado — reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento.⁽⁴⁾ Em este estudo, especificamente, focaremos na avaliação da estrutura das unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) de Cuiabá, MT que realizam atendimento para as mulheres no período do pré-natal.

A estrutura abrange a qualidade dos contextos em que ocorre o cuidado, ou seja, os recursos necessários para proporcionar a assistência. Estes recursos incluem: recursos humanos (número e qualificação); recursos materiais e físicos (instalações e equipamentos); recursos financeiros,⁽⁴⁾ sistemas de informação; e

¹Artigo originado de Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

*Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Docente do Instituto de Ensino Superior de Mato Grosso. Membro do Grupo de Pesquisa Projeto Argos/Gerar. E-mail: rayssabasilio@hotmail.com

**Graduanda do curso de Enfermagem da FAEN/UFMT. Bolsista CNPq do Programa de Iniciação Científica da UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa Projeto Argos/Gerar. E-mail: aline_spanevello@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Diretora da FAEN/UFMT. Líder do Grupo de Pesquisa Projeto Argos. E-mail: aureaufmt@gmail.com

****Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFMT. E-mail: samira.marcon@gmail.com

instrumentos normativos técnico-administrativos.

A revisão de literatura realizada sobre avaliação da estrutura da assistência pré-natal possibilitou a identificação de estudos que tratam desta temática nas diferentes formas de avaliação. Estes estudos perpassam o objetivo de reduzir a mortalidade materna que permanece elevada, tanto no âmbito nacional quanto local.⁽⁵⁻⁸⁾

No Município de Cuiabá, MT, por sua vez, foram conduzidos dois estudos que tratam de estrutura da assistência, um em relação à atenção puerperal⁽⁹⁾ e outro referente à infraestrutura existente em centros de saúde. Este último constatou que a adequada estrutura física e material dos serviços de saúde favorece as boas práticas assistenciais. A qualidade dessas práticas é sensível às condições estruturais e ambientais, sendo que a infraestrutura inadequada pode influenciar negativamente no desenvolvimento da atenção prestada ao usuário.⁽¹⁰⁾

Frente ao exposto, fica evidente que a estrutura física influencia diretamente nas práticas dos enfermeiros. Essas práticas, portanto, influenciadas pelo sistema de saúde e suas limitações, geram aos profissionais uma dificuldade na qualidade de suas práticas.⁽¹⁰⁾

Assim, constata-se a necessidade de avaliar a estrutura das unidades que realizam a assistência pré-natal, visto que estudos desta natureza não foram realizados no município. Por tanto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a estrutura disponível nas unidades da ESF para prestação da assistência pré-natal em Cuiabá, MT, na perspectiva de avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico inserido no campo da pesquisa de avaliação de qualidade em saúde (avaliação normativa). Considerando o caráter científico da mesma, pode ser, também, classificada como pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em Cuiabá, MT.

Após o consentimento do líder do grupo, foram utilizados dados secundários provenientes da pesquisa "Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal repensando o serviço a partir de elementos da gestão" que teve seus dados coletados em março de 2011, mediante entrevista

com médicos, enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Foi utilizado um instrumento estruturado, elaborado e testado previamente por membros do grupo de pesquisa Projeto Argos-Gerar.

Este banco possui dados referentes a 55 unidades da ESF de Cuiabá, MT, e a opção por sua utilização se deu por tratar-se de informações relativamente recentes. Mudanças na estrutura de serviços de saúde demandam tempo para sua concretização, visto que requerem investimentos de volume significativo de recursos financeiros para que ocorram de forma significativa.

Na construção do banco de dados para avaliação da estrutura com dados secundários foi utilizado um instrumento adaptado.⁽¹¹⁾ Nele foram elencadas as dimensões e critérios de acordo com a literatura estudada, com as propostas ministeriais⁽¹⁾ e as variáveis possíveis do banco original. Os enfermeiros de todas as unidades aceitaram participar do estudo. Assim, definiu-se que iriam compor o estudo somente as unidades em que o médico e no mínimo um auxiliar e/ou técnico de enfermagem tivessem participado da pesquisa "Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal repensando o serviço a partir de elementos da gestão", respondendo às questões relativas a sua formação e capacitação técnica, totalizando 43 unidades.

Desta forma, as dimensões avaliadas foram: recursos físicos/instalações físicas/área física; equipamentos, materiais e medicamentos essenciais; recursos humanos; sistema de informação/instrumentos de registro; e aspectos administrativos. Para determinar os valores a serem atribuídos para as cinco dimensões individualmente, considerou-se o cumprimento do mínimo relatado nas proposições ministeriais (melhor padrão) e a não disponibilidade do mínimo (pior padrão) evidenciado pelos critérios. Assim, os critérios foram pontuados da seguinte maneira: 0 (zero) – inexistente; 5 (cinco) – existente, porém inadequado (em caso de adaptações de espaços físicos, indisponibilidade de materiais e equipamentos e falta de profissionais no quadro de pessoal); e 10 (dez) adequado.

Considerando que cada dimensão possui diferentes números de critérios, a pontuação possível para cada dimensão foi: máximo de 110 pontos para recursos físicos/instalações físicas/área física; 180 pontos para equipamentos, materiais e

medicamentos essenciais; 130 pontos para recursos humanos; 30 pontos para sistema de informação/instrumentos de registro; e 70 pontos para aspectos administrativos.

Para a análise dos dados, o banco foi construído no *software* Excel 14.0. e posteriormente transferido para o *software* Epi-Info, versão 7.0 para descrever e avaliar as unidades por meio de análise estatística descritiva simples com a aplicação de medidas de frequência (absoluta e relativa) e média aritmética.

Na avaliação das unidades, tendo em vista que não existe um consenso na literatura científica para avaliar a estrutura disponível para a assistência pré-natal, os atributos foram pontuados em cada dimensão. Conferiu-se ao serviço uma pontuação final entre 0 e 10, que resultou em uma classificação final das unidades: adequada (10); parcialmente adequada (7 a 9,9); e inadequada (abaixo de 6,9).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, sob o nº 206.839 CEP-HUJM/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstraram que os recursos físicos das unidades ainda se encontravam deficitários conforme observado na Tabela 1. Em 11,6% das unidades as salas de recepção eram inadequadas, 9,2% não possuíam sala de pré-consulta e entre as que as possuíam, 37,3% eram inadequadas. Observou-se que não havia área para reuniões de equipe em 11,6%, bem como 30,2% não dispunham de área para realização de reuniões de grupos socioeducativos e, das que existiam, 58,2% eram consideradas inadequadas. Os dados referentes à área para grupos socioeducativos eram preocupantes pelo alto percentual de unidades classificadas como inexistente ou existente, porém inadequado, e esta evidência é discutida nos estudos nacionais sobre a temática.

Um estudo⁽⁵⁾ que avaliou a atenção a gestantes na ESF em Teixeira, MG, apesar de não oferecer dados objetivos, destaca que nas unidades estudadas não havia local apropriado para estas atividades. Outro estudo de avaliação da atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza, CE⁽⁶⁾ evidenciou que em 56,7% das unidades esse espaço era adaptado e 43,3% dispunham de uma sala disponível para a realização desta atividade.

Esses resultados são melhores do que os obtidos em Cuiabá, MT, pois, todas as unidades estudadas em Fortaleza, CE, possuíam área para grupo educativo, seja adequado ou adaptado. Ao mesmo tempo, é expressiva a diferença entre os percentuais das unidades com área adequada para grupos socioeducativos entre Fortaleza, CE, e Cuiabá, MT, 43,3% e 11,6%, respectivamente. A existência desse espaço é de grande importância visto que a realização de ações educativas para as gestantes permite produzir um conhecimento sobre o processo gestacional, além de diminuir a assimetria na relação entre gestantes e serviços de saúde e aprimorar a qualidade da atenção primária à saúde.⁽¹²⁾

Quanto à privacidade visual, 30,2% dos consultórios médicos não apresentavam este atributo, enquanto nos consultórios de enfermagem este valor foi de 9,2%. É preciso considerar a privacidade como um fator essencial na realização das consultas e exames clínicos e/ou ginecológicos.⁽¹⁾ A falta de privacidade limita as ações dos profissionais que teriam no pré-natal o momento propício para acolher, ouvir e assistir a gestante além do atendimento clínico, ou seja, integralmente, interferindo diretamente na qualidade da assistência.

Embora não estejam representados na Tabela 1 o 100% das unidades, havia sala exclusiva para vacinação e consultório médico e de enfermagem. Em 7% o consultório não possuía sanitário e as salas para armazenar e dispensar medicamentos em 4,6% eram inadequadas.

A indisponibilidade ou a inadequação de alguns ambientes físicos determina que a assistência se concretize de maneira individualizada, favorecendo o predomínio de atividades médicas e interferindo na qualidade da assistência à saúde reprodutiva e também no trabalho assistencial do enfermeiro.⁽¹⁰⁾ Para assegurar a qualidade do serviço de saúde é necessário garantir infraestrutura adequada, o que envolve recursos humanos capacitados, equipamentos, materiais e insumos suficientes. Quando isso não é proporcionado aos profissionais da saúde, estes tendem a justificar a inadequação dos serviços prestados pelas limitações encontradas pelo serviço. Sendo assim, assegurar infraestrutura de qualidade favorece o acesso a ações e a obtenção de melhores resultados nas intervenções, assim

como a qualificação da atenção e a satisfação do usuário⁽⁴⁾ e do cuidado de enfermagem.

Com relação aos equipamentos e materiais, as unidades de saúde devem dispor minimamente de: mesa e cadeiras para a realização das consultas; mesa ginecológica; escada de dois degraus; foco de luz; balança antropométrica para adultos; esfignomanômetro; estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; fita métrica; espéculos; pinças de Cheron; instrumentos para coleta de

material para exame colpocitológico; gestograma ou disco obstétrico; e sonar Doppler (se possível).⁽¹⁾ Porém, os dados referentes aos equipamentos, materiais e medicamentos essenciais demonstrou nas unidades a presença de sonar Doppler em condições inadequadas (2,4%), ausência de estetoscópio de Pinard (53,5%) e de materiais de coleta para colpocitologia oncótica (CCO) (18,6%).

Tabela 1 - Distribuição das unidades na dimensão recursos físicos/instalações físicas/área física, segundo padrão para avaliação, Cuiabá, MT, 2011.

Atributos	Inexistente		Existente, porém inadequado		Adequado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sala de recepção	-	-	5	11,6	38	88,4	43	100
Sala de pré-consulta (SPC)	4	9,2	16	37,3	23	53,5	43	100
Área para reuniões da equipe	5	11,6	13	30,2	25	58,2	43	100
Área para grupos socioeducativos	13	30,2	25	58,2	5	11,6	43	100
Privacidade visual no consultório de enfermagem	4	9,2	-	-	39	90,8	43	100
Privacidade visual no consultório médico	13	30,2	-	-	30	69,8	43	100

Fonte: Dados secundários da pesquisa: "Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal repensando o serviço a partir de elementos da gestão", março de 2011. Grupo de pesquisa Argos – Subgrupo Gerar, UFMT, Cuiabá, MT.

A inadequação do sonar Doppler é uma informação significativa para avaliação da assistência de pré-natal. A ausculta dos batimentos cardíacos fetais é uma atividade fundamental no acompanhamento pré-natal, por objetivar a constatação da presença, ritmo, frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais.⁽¹⁾ Assim, nas unidades com essa condição, a qualidade da assistência pré-natal é prejudicada pela inadequação do aparelho. Por sua vez, os dados mais alarmantes dizem respeito ao estetoscópio de Pinard, pois, mais da metade das unidades não possuíam. Este equipamento, na falta do sonar Doppler, é de suma importância no atendimento à gestante.

Em relação aos medicamentos essenciais, a nistatina e o metronidazol existiam, porém eram inadequados (25,6% e 14,0% respectivamente). Observou-se a inexistência de vacinas dT adulto e vacina de hepatite B em 4,6% das unidades. A falta de material de coleta para CCO e a indisponibilidade dos cremes vaginais (nistatina e metronidazol), em algumas unidades, contrariava

as propostas ministeriais⁽¹⁾ que propõem o exame ginecológico e a coleta de material para colpocitologia oncótica como procedimentos indispensáveis na atenção pré-natal. Ao realizar estes procedimentos e detectar a presença de vulvovaginites, os profissionais são orientados a fazer o tratamento com os cremes vaginais, considerados medicamentos essenciais. Desse modo, a falta destes medicamentos determina o não tratamento, o que pode ocasionar complicações maternas e perinatais, dentre elas, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, infecções puerperais e baixo peso ao nascer.⁽¹³⁾

Considerando que o objetivo da ESF é reorientar o modelo assistencial por meio de práticas de articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, a reorganização do modo de rastreamento do câncer de colo uterino é facilitada, uma vez que gera um cenário favorável para tal ação.⁽¹⁴⁾ Por tanto, a coleta de material para CCO deve ser ação prioritária em todas as unidades.

Além destes, outros equipamentos são necessários para compor a avaliação da estrutura, tais como: estetoscópio; balança de adulto; régua antropométrica para adulto; fita métrica para avaliação de altura uterina; foco auxiliar para exame ginecológico; mesa de exames nos consultórios; mesa ginecológica; escada de dois degraus; ácido fólico; e sulfato ferroso, atributos que quase a totalidade das unidades possuía e de forma adequada. Desta forma, a falta e/ou a inadequação de equipamentos para a realização do serviço prejudica a assistência. Como resultado, determinadas ações podem ser interrompidas, o que dificulta o desenvolvimento das atividades previstas nas propostas ministeriais acerca da assistência pré-natal.

A Tabela 2, que apresenta os recursos humanos, evidencia que as unidades estavam adequadas em 81,4% quanto à disponibilidade de médico e 41,9% para os agentes comunitários de saúde (ACS). Quanto à permanência dos profissionais nas unidades, 53,5% das unidades apresentavam-se adequadas em relação ao número de médicos e 37,3% em relação ao número de técnicos de enfermagem. As propostas ministeriais apontam o médico, o enfermeiro e o pessoal de apoio como a equipe suficiente para atender a demanda, uma vez que são os profissionais fundamentais para o atendimento à população.⁽¹⁾

Sobre a pós-graduação, 46,5% dos médicos possuíam especialização na área de saúde da família, saúde pública ou ginecologia e obstetrícia, comparados a 74,4% dos enfermeiros. Quanto às capacitações técnicas, quase a totalidade dos enfermeiros (95,4%) as tinham realizado e apenas 34,9% dos médicos e técnicos a tinham feito. Tomando por referência o fato de que a atenção básica propõe um novo modelo assistencial, estudos⁽¹⁵⁾ afirmam que o processo de trabalho deveria ganhar contornos específicos e que o profissional deveria ter qualificação e perfil diferenciados, já que a ênfase da assistência não se encontra nos procedimentos técnicos, mas sim, na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe.

Sendo assim, a qualificação dos profissionais que trabalham com a atenção pré-natal é de suma importância, pois a consulta pré-natal na atenção básica tem se configurado quase sempre na realidade brasileira como um momento rotineiro, técnico, rápido, sem oportunidades para

compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas.⁽¹⁶⁾

Em relação ao sistema de informação, os dados evidenciaram que quase a totalidade das unidades estava adequada quanto à existência de fichas de cadastramento de gestante (95,4%), fichas de registro de atendimento do SISPRENATAL (97,6%) e do cartão da gestante (97,6%). O Ministério da Saúde (MS) postula que as unidades de saúde devem se organizar quanto à realização dos registros dos atendimentos às gestantes através do cartão da gestante, a ficha perinatal e a ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal.⁽¹⁾ Em relação a esta dimensão, apesar de que quase a totalidade das unidades estavam adequadas, ainda existiam unidades em Cuiabá, MT, nas que faltavam esses instrumentos, o que prejudica a troca de informação entre os profissionais.

Quanto à distribuição das unidades na dimensão dos aspectos administrativos, a Tabela 3 demonstra que em 41,8% inexistia a facilidade em referenciar as gestantes. A atenção básica à saúde é a porta de entrada das gestantes para iniciar o atendimento pré-natal,⁽¹⁾ porém, quando as necessidades dessas mulheres vão além do serviço que a unidade básica fornece, as mesmas devem ser referenciadas e o serviço de origem (no caso a unidade básica) precisa ter facilidade para este procedimento. Atrasos desta ordem podem retardar o atendimento necessário para a gestante. Neste estudo, os dados demonstram que em quase metade das unidades não havia facilidade para referenciar as gestantes para outros serviços quando necessitavam.

A contrarreferência – acompanhamento das gestantes de maior risco referenciadas – foi o atributo que mais chamou a atenção na dimensão dos aspectos administrativos. Os resultados demonstraram adequação em 81,4% das unidades. Porém, dados obtidos em um estudo sobre a contrarreferência ao pré-natal na ESF no Município de Cuiabá, MT,⁽¹⁷⁾ vão de encontro aos obtidos no presente estudo, demonstrando que após o atendimento realizado pelos serviços de saúde de maior complexidade, as gestantes não receberam, no retorno para suas residências, o formulário de referência/contrarreferência que levaram quando foram referenciadas aos serviços

de maior complexidade. Tal formulário deveria conter as informações referentes às intervenções realizadas no serviço ao qual foram referenciadas. A não devolução deste formulário determinou que as mulheres informassem ao serviço de origem as

ações realizadas pelo serviço de maior complexidade, sem nenhum registro formal. Desta forma, a não devolução do formulário responsabiliza unicamente as gestantes pela troca de informações.

Tabela 2- Distribuição das unidades na dimensão recursos humanos (disponibilidade, permanência, formação e capacitação dos profissionais), segundo padrão para avaliação, Cuiabá, MT, 2011.

Atributos	Inexistente		Existente, porém inadequado		Adequado		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Disponibilidade de médico*	1	2, 4	7	16, 2	35	81, 4	43	100
Disponibilidade de enfermeiro	-	-	1	2, 4	42	97, 6	43	100
Disponibilidade de técnico/auxiliar de enfermagem	2	4, 6	2	4, 6	39	90, 8	43	100
Disponibilidade de ACS	16	37, 3	9	20, 9	18	41, 8	43	100
Permanência do enfermeiro	3	7	-	-	40	93	43	100
Permanência do médico	20	46, 5	-	-	23	53, 5	43	100
Permanência do auxiliar e/ou técnico de Enfermagem	27	62, 7	-	-	16	37, 3	43	100
Permanência dos ACS	4	9, 2	-	-	39	90, 8	43	100
Enfermeiro com pós-graduação	-	-	11	25, 6	32	74, 4	43	100
Médico com pós-graduação	-	-	23	53, 5	20	46, 5	43	100
Realização de capacitação técnica pelo enfermeiro**	2	4, 6	-	-	41	95, 4	43	100
Realização de capacitação técnica pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem	28	65, 1	-	-	15	34, 9	43	100
Realização de capacitação técnica pelo médico	28	65, 1	-	-	15	34, 9	43	100

*As informações relativas aos profissionais das unidades referem-se à disponibilidade e permanência no último ano. **Informações referentes à realização de capacitação técnica na área de saúde reprodutiva nos dois últimos anos de no mínimo 16 horas pelos profissionais. Fonte: Dados secundários da pesquisa: "Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal repensando o serviço a partir de elementos da gestão", março de 2011. Grupo de pesquisa Argos – Subgrupo Gerar, UFMT, Cuiabá, MT.

Frente ao exposto, resulta evidente a contradição entre os dados aqui analisados e os discursos das mulheres participantes do estudo supracitado,⁽¹⁷⁾ podendo-se questionar a qualidade do acompanhamento das gestantes contrarreferenciadas, uma vez que os profissionais, não necessariamente, detêm conhecimentos sobre a assistência prestada. Ressalta-se ainda que os profissionais atribuíram às gestantes um papel que é deles enquanto dever de ofício, não se responsabilizando assim com a saúde das gestantes.

A referência e contrarreferência no presente estudo foram avaliadas como um atributo da dimensão aspectos administrativos, porém, outros estudos discutem esses aspectos como uma dimensão a ser avaliada individualmente⁽⁶⁻⁷⁾ e chamam a atenção para a deficiência no sistema de

referência e contrarreferência das gestantes. Uma avaliação realizada em Fortaleza, CE,⁽⁶⁾ apontou que 53,3% das unidades se encontravam com um sistema de referência precário, tanto no encaminhamento da gestante para outras especialidades como para o parto. Porém, a contrarreferência encontrava-se ainda pior. Em 66,7% das 30 unidades estudadas ela não existia e obtinham informações sobre a paciente apenas em situações em que elas retornavam, ou por meio de relações de amizade entre o profissional da unidade e o especialista ou profissional que tinha realizado o parto. Outra avaliação realizada no interior de Goiás⁽⁷⁾ obteve resultado ainda mais alarmante, pois 100% das unidades foram classificadas como precárias nesta dimensão.

Observou-se que a avaliação e planejamento local da atenção pré-natal pela equipe e a

capacitação da equipe pelo enfermeiro era adequada em 88,4% e 69,8% das unidades, respectivamente. Embora não estejam representados na Tabela 3, vale ressaltar que 100% das unidades estavam adequadas quanto ao agendamento da consulta subsequente de pré-natal

ao término da consulta realizada e à existência de metas a serem alcançadas em relação à atenção pré-natal prestada pela equipe. Quanto à adoção de protocolo clínico de atenção pré-natal, 97,6% das unidades estavam adequadas para este atributo.

Tabela 3 - Distribuição das unidades na dimensão aspectos administrativos, segundo padrão para avaliação, Cuiabá, MT, 2011.

Atributos	Inexistente		Existente, porém inadequado		Adequado		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Facilidade de referenciar as gestantes para outros serviços	18	41,8	-	-	25	58,2	43	100
Contrarreferencia – acompanhamento das gestantes de maior risco referenciadas	2	4,6	6	14	35	81,4	43	100
Avaliação e planejamento local da atenção pré-natal pela equipe*	5	11,6	-	-	38	88,4	43	100
Capacitação da equipe pelo enfermeiro para atenção à gestante	13	30,2	-	-	30	69,8	43	100

*A informação referente à avaliação e planejamento local da atenção pré-natal pela equipe refere-se ao último ano. Fonte: Dados secundários da pesquisa: “Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal repensando o serviço a partir de elementos da gestão”, março de 2011. Grupo de pesquisa Argos – Subgrupo Gerar, UFMT, Cuiabá, MT.

A Tabela 4, que apresenta a classificação das unidades de saúde da família (USF) segundo as dimensões avaliadas, evidencia que, quanto à dimensão de recursos físicos, a maioria das unidades foram classificadas como parcialmente adequadas (90,8%). Este resultado corrobora com os encontrados por autores no Ceará⁽⁶⁾ e Goiás,⁽⁷⁾ sendo que 56,7% e 66,7% das unidades, respectivamente, foram classificadas como satisfatória/precária, que corresponde a nossa classificação de parcialmente adequada. Porém, em uma avaliação realizada em Teixeira, MG,⁽⁵⁾ esses dados divergem, pois as instalações físicas apresentavam uma grande deficiência de espaços sendo classificadas como incipientes neste quesito.

Com relação à classificação da dimensão referente aos equipamentos, materiais e medicamentos essenciais, o estudo realizado em Goiás⁽⁷⁾ aponta que 100% das unidades foram classificadas como ótimas para recursos materiais e satisfatórias para os medicamentos essenciais, resultado divergente de nosso estudo, pois, nesta dimensão a maioria das unidades (86%) foram classificadas como parcialmente adequadas. Os resultados evidenciados em Teixeira, MG,⁽⁵⁾ corroboram com os encontrados em Cuiabá, MT,

onde as unidades revelaram uma análise intermediária na dimensão recursos materiais.

A dimensão de recursos humanos, por sua vez, foi a mais comprometida na avaliação do presente estudo, pois 48,8% das unidades foram classificadas como inadequadas e outras 48,8% como parcialmente adequadas. Isto ocorreu em função da não permanência de alguns profissionais na unidade, devido à grande rotatividade de profissionais da saúde, principalmente dos médicos e técnicos de enfermagem. Este fato prejudica o estabelecimento de vínculo destes com a população adscrita. A falta de vínculo efetivo pode fazer com que a população deixe de realizar o acompanhamento adequado, buscando a unidade somente para atendimentos eventuais. Tendo em vista a natureza da assistência pré-natal, tal fato conforma-se prejudicial para o seu bom desenvolvimento, pois, para atingir o objetivo desta prática é necessário o atendimento contínuo e o vínculo entre a usuária/gestante e o profissional. Além disso, outros atributos que favoreceram a má classificação dessa dimensão foram a presença de médicos generalistas e a não capacitação técnica na área de saúde reprodutiva pelo técnico de enfermagem e o médico (Tabela 2).

Quanto à classificação das unidades, segundo a dimensão de sistema de informação, foi esta a que obteve melhor classificação em relação às demais, com 95,4% das unidades consideradas adequadas. Os achados no Ceará⁽⁶⁾ e Goiás⁽⁷⁾ corroboram com os nossos resultados, pois 43,3% das unidades

foram classificadas como ótimas no primeiro estudo e 100% das unidades satisfatórias para este quesito. Entretanto, o fato de que os instrumentos de registros da atenção estivessem presentes, como recomenda o MS, não assegura, todavia, seu uso e preenchimento correto.⁽⁷⁾

Tabela 4 - Classificação das unidades segundo as dimensões avaliadas. Cuiabá, MT, 2011.

Classificação das Unidades	Recursos Físicos		Equipamentos		Recursos Humanos		Sistema de Informação		Aspectos Administrativos	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Adequada	2	4,6	5	11,6	1	2,4	41	95,4	14	32,6
Parcialmente adequada	39	90,8	37	86,0	21	48,8	-	-	25	58,2
Inadequada	2	4,6	1	2,4	21	48,8	2	4,6	4	9,2
TOTAL	43	100	43	100	43	100	43	100	43	100

Fonte: Dados secundários da pesquisa: "Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal repensando o serviço a partir de elementos da gestão", março de 2011. Grupo de pesquisa Argos – Subgrupo Gerar, UFMT, Cuiabá, MT.

Em relação à classificação geral das unidades obtida a partir da média geral, se observa que 100% das unidades foram classificadas como parcialmente adequadas, com pontuação entre 7 e 9,9 pontos. Neste quesito, os resultados gerais do presente estudo foram semelhantes aos achados em Teixeira, MG,⁽⁵⁾ onde a estrutura se configurou como intermediária. Ao mesmo tempo, nossos resultados tiveram classificações inferiores às encontrados em Goiás,⁽⁷⁾ que obteve uma estrutura global ótima em 33,3% e satisfatória em 66,7% das unidades. Por outro lado, 90% das unidades no Ceará⁽⁶⁾ foram classificadas como ótimas/satisfatórias.

CONCLUSÕES

Embora os aspectos relativos à estrutura das unidades básicas de saúde (UBS) para atendimento pré-natal tenham sido considerados parcialmente adequados neste estudo, em relação à classificação geral, as USFs de Cuiabá, MT, permaneceram deficitárias em vários quesitos. Por terem o

compromisso com a promoção/prevenção à saúde, estas unidades devem ter aporte necessário para a efetivação da assistência pré-natal. Porém, os achados evidenciaram aspectos importantes como a ausência de médicos e/ou enfermeiros e, em muitas das unidades avaliadas, também de ACSs, que são fundamentais para assegurar um serviço de saúde de qualidade.

A dificuldade em referenciar as gestantes é outro quesito importante, uma vez que possibilita prevenir acontecimentos mais graves, como a própria mortalidade materna, neonatal, ou até mesmo um aborto. Tal fato é preciso ser considerado, tendo em vista que as USFs não possuíam estrutura, equipamentos e equipes multiprofissionais necessários para promoção/prevenção à saúde.

Frente ao exposto, resulta evidente a necessidade de qualificar os serviços de saúde com vistas a oferecer ao indivíduo uma assistência de qualidade, por profissionais qualificados, para favorecer a redução da mortalidade materna e neonatal.

PRENATAL CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: ASSESSMENT OF STRUCTURE

ABSTRACT

The goal of this study was to assess the structure available at Family Health Strategy units for the provision of prenatal care in the city of Cuiabá, State of Mato Grosso, Brazil, from the perspective of health services assessment proposed by Donabedian. This research assesses health quality from a quantitative approach. It was carried out using secondary data from the database of the Argos/Generar Research Group. The results revealed

that the units had deficient physical structure, since many of them did not have a pre-consultation room and a conference room. The lack of equipment, including Doppler sonar and Pinard stethoscopes, undermines prenatal care. The dimension 'human resources' was the most deficient, due to the non-permanence of some professionals in the unit, highlighting intense turnover, mainly of nursing technicians and physicians. In the general classification, the most compromised dimension was 'human resources'. In turn, the best classified dimension was 'information system'. Although the aspects regarding the structure of basic health units for prenatal care have been considered partially inadequate in this study, family health units of Cuiabá, MT, are still deficient on several aspects with respect to the general classification.

Keywords: Prenatal care. Assessment of health services. Maternal well-being.

EL CUIDADO PRENATAL EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: UNA REVISIÓN DE LA ESTRUCTURA

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue evaluar la estructura disponible en las unidades de la Estrategia Salud de la Familia para prestación de la atención prenatal en la ciudad de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, en la perspectiva de la evaluación de servicios de salud propuesta por Donabedian. Se trata de una investigación de evaluación de cualidad en salud de enfoque cuantitativo. Fue desarrollada con la utilización de datos secundarios del banco de datos del grupo de investigación Argos/Generar. Los resultados revelaron que las unidades contaban con una estructura física deficitaria, una vez que varias de ellas no poseían sala de pre-consulta y sala de reuniones. La falta de equipamientos, entre ellos el sonar Doppler y el estetoscopio Pinard, perjudica la atención prenatal. La dimensión de recursos humanos fue la más deficitaria, debido a la no permanencia de algunos profesionales en la unidad, evidenciando gran rotatividad, principalmente de los técnicos de enfermería y médicos. En la clasificación general, la dimensión más comprometida fue la de recursos humanos. Por su vez, la dimensión mejor clasificada fue la de sistema de información. Aunque los aspectos relativos a la estructura de las unidades básicas de salud para atención prenatal hayan sido considerados parcialmente adecuados en este estudio, en relación a la clasificación general, las unidades de salud de la familia de Cuiabá, MT, aún están deficitarias en varios aspectos.

Palabras clave: Cuidado prenatal. Evaluación de servicios de salud. Bienestar materno.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1293-1300.
3. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2005 dez; 5 Suppl 1: S23-S32.
4. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. 1988; 260: 1743-1748.
5. 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: 1347-1357.
6. Rocha, RS, Silva, MGC. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza - CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012 jul./set; 25(3):344-355.
7. Moraes MM. Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no Município de Santa Helena de Goiás [dissertação]. Ciências Ambientais e Saúde: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Goiânia 2013.
8. Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Filho MB. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(5): 356- 362
9. Oliveira DC, Mandú ENT, Corrêa AC de P, Tomiyoshi JT, Teixeira RC.. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. *Esc. Anna Nery*. 2013 jul-set; 17(3): 446-454.
10. Pedrosa ICF, Corrêa AC de P, Mandú ENT. Influência da infraestrutura de Centros de Saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Ciênc. cuid. Saúde*. 2011; 10(1): 058-065.
11. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde Soc*. [online] 2011 out. [citado em 10 jan 2013]; 20(4): 935-947, 2011.
12. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enf*. [on line]. 2011 abr-jun. . [citado em 16 nov 2013]; 13(2):199-210. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>
13. Costa MC, Demarch EB, Azulay DR, Périssé ARS, Dias MFRG, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de

particularidades. An. bras. dermatol. [on line]. 2010 [citado em 28 abr 2013]; 85(6): 767-785. Disponível em: URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962010000600002&lng=en&nrm=iso

14. Vale DBAP. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo. Cad. Saúde Pública. 2010 fev; 26(2): 383-390.

15. Cruz MGB. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo

segundo a implantação da saúde da família. Rev. esc. enferm. USP. 2005; 39 (1): 28-35.

16. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2010 jul/set; 10 (3) : 359-367.

17. Corrêa ACP, Dóí HY. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. Ciênc. cuid. Saúde (Online). 2014; 13: 104-110.

Endereço para correspondência: Áurea Christina de Paula Corrêa. Av. Marechal Deodoro, 829 ap. 103. Araes – Cuiabá/MT – CEP – 78.005/100. Email: aureaufmt@gmail.com.

Data de recebimento: 01/08/2013

Data de aprovação: 27/01/2014