

# Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul

Pré-natal Care Profile among Public Health Service ("Sistema Único de Saúde") Users from Caxias do Sul

Maria do Rosário Trevisan, Dino Roberto Soares De Lorenzi  
Natacha Machado de Araújo, Khaddour Ésber

## RESUMO

**Objetivo:** estudar a assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde do município de Caxias do Sul - RS.

**Métodos:** estudo de corte transversal de 702 gestações cuja resolução ocorreu no Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul no período de março de 2000 a março de 2001, com base nos critérios do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PNHPN, 2000).

**Resultados:** a cobertura de pré-natal observada foi de 95,4%, sendo a média de consultas observada de 6,2. O principal motivo referido para a não-realização de pré-natal foi a falta de informação acerca da sua importância (65,6%). Em 51,5% dos casos, o acompanhamento pré-natal iniciou no 2º trimestre de gravidez, sendo que 44,3% das pacientes submeteram-se a todos os exames complementares preconizados. A atenção pré-natal foi considerada inadequada em 64,8% e adequada em 35,2% dos casos. A escolaridade materna e a paridade mostraram associação significativa com a qualidade da atenção pré-natal. Quanto maior a escolaridade, melhor a qualidade da atenção pré-natal ( $p=0,0148$ ). Em relação à paridade, quanto maior o número de filhos, mais tardiamente a gestante iniciou o acompanhamento pré-natal e menor o número de consultas observado ( $p=0,0008$ ).

**Conclusões:** a assistência pré-natal disponível por meio da rede municipal de saúde de Caxias do Sul, apesar de sua boa cobertura, deve ser revista do ponto de vista qualitativo. Especial atenção deve ser dada à educação em saúde durante a assistência pré-natal.

**PALAVRAS CHAVE:** Pré-natal. Mortalidade materna. Mortalidade perinatal. Atenção primária à saúde.

## Introdução

Fazendo-se retrospectiva histórica no que se refere à saúde materno-infantil, ainda na primeira metade do século XX, constatou-se a consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, avanços estes que culminaram com uma redução significativa tanto da mortalidade materna quanto perinatal, em particular nos paí-

ses desenvolvidos. Entretanto, nos países subdesenvolvidos, persiste a preocupação com a frequência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal<sup>1,2</sup>.

Na história da saúde pública, a atenção materno-infantil tem sido reconhecida como prioritária. No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1983 ampliou o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal<sup>3,4</sup>.

A gravidez, apesar de ser processo fisiológico, produz modificações no organismo materno que

---

Hospital Geral - Fundação Universidade de Caxias do Sul  
Correspondência:  
Dino Roberto Soares De Lorenzi  
Rua Bento Gonçalves 1759 - sala 602  
95029-412 - Caxias do Sul - RS  
e-mail: dlorenzi@zaz.com.br

o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, notadamente quando já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto<sup>5</sup>. No Brasil, no ano de 1998, a razão declarada de mortalidade materna foi de 65,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sendo que a mortalidade perinatal ainda persiste como a principal responsável pelas taxas de mortalidade infantil ainda observadas no país<sup>6,7</sup>.

É reconhecido que a gravidez é influenciada por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis à população<sup>7,8</sup>.

Nos países subdesenvolvidos, de assistência médica precária, a atenção pré-natal representa, talvez, a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica. Constitui, portanto, um exercício de Medicina Preventiva, visando primordialmente a preservação da saúde física e mental da grávida e identificação das alterações próprias da gravidez que possam repercutir nocivamente sobre o feto<sup>9</sup>.

Vários estudos demonstraram que a ausência de assistência pré-natal está associada a maior taxa de mortalidade perinatal. Tem sido constatado que, ao contrário das nações desenvolvidas, onde as perdas perinatais estão relacionadas principalmente a doenças de difícil prevenção, entre estas as malformações congênitas, o descolamento prematuro de placenta e os acidentes de cordão, nos países em desenvolvimento predominam os óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção ou controle por meio de adequada assistência pré-natal, tais como as síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecções urinárias complicadas<sup>10-14</sup>.

Para Tanaka<sup>14</sup>, a preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gravidez revelam o respeito à cidadania feminina, refletindo assim o grau de desenvolvimento de uma sociedade. Para esta autora, a doença não somente tem relação causal com a situação econômica e social dos membros de determinada população, como também os cuidados médicos oferecidos refletem a estrutura desta coletividade, em particular, sua estratificação de classes, o que é claramente refletido nos serviços de saúde brasileiros.

Santos et al. constataram por meio de estudo de coorte realizado em Pelotas em 1993, que, apesar da alta cobertura pré-natal observada neste município, persistiam desigualdades nos cuidados oferecidos às grávidas. As pacientes de maior risco gestacional apresentaram maior proporção de atenção pré-natal classificada pelos autores

como inadequada ou de qualidade intermediária, quando comparadas com as grávidas consideradas de menor risco obstétrico<sup>19</sup>.

Ciente da importância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, propondo assim critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a este programa<sup>16</sup>.

Em face das considerações acima, o presente trabalho visou estudar a assistência pré-natal oferecida a um grupo de grávidas clientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Caxias do Sul, RS, com base nos critérios de qualidade estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil. Paralelamente, procurou-se também colaborar no desenvolvimento de estratégias e políticas de saúde que sirvam para a melhoria do resultado perinatal no município estudado.

## Pacientes e Métodos

Estudo de corte transversal, prospectivo, das grávidas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidas no serviço de Obstetrícia do Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul (HG-UCS), por ocasião da resolução da gravidez, no período de março de 2000 a março de 2001, e cuja assistência pré-natal foi realizada exclusivamente na rede municipal de saúde do município de Caxias do Sul - RS.

O referido hospital é instituição pública, gerenciada pela Fundação Universidade de Caxias do Sul, sendo responsável anualmente pelo atendimento de cerca de 1.800 nascimentos. No município de Caxias do Sul, ocorrem em média 6.000 nascimentos por ano; destes, em média, 60% são de usuárias do SUS.

A fim de evitar possíveis vieses na análise, foram estudadas somente grávidas a termo (idade gestacional  $\geq 37$  semanas), consideradas de baixo risco e que residiram em Caxias do Sul durante a gravidez, independente ou não de terem frequentado pré-natal. Optou-se por incluir também as pacientes que não referiram acompanhamento pré-natal, uma vez que tal achado serve de indicador de falha de captação dos serviços de saúde.

A coleta dos dados foi possível por meio de entrevista materna realizada num prazo de até 48 horas após o nascimento, utilizando-se para tanto questionário específico, o qual foi previamente tes-

tado. Paralelamente, foram revisadas as carteiras de pré-natal, além dos prontuários médicos.

Em relação ao calendário de consultas de pré-natal e à solicitação de exames complementares, consideraram-se as orientações preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (2000). As variáveis estudadas foram: 1) o número de consultas de pré-natal: no mínimo 6 consultas; 2) o início do acompanhamento pré-natal: obrigatoriamente até a 14<sup>a</sup> semana de gravidez; 3) distribuição das consultas de pré-natal durante a gravidez: no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre; 4) solicitação de exames complementares considerados obrigatórios: hemograma, tipagem sanguínea e determinação do fator Rh materno, exame comum de urina, VDRL (1<sup>a</sup> consulta e após a 30<sup>a</sup> semana de gravidez, devendo ser repetido no parto), glicemia de jejum, testagem anti-HIV (na 1<sup>a</sup> consulta), teste de Coombs indireto (quando indicado na 24<sup>a</sup>, 28<sup>a</sup>, 32<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semana de gravidez); 5) realização do exame obstétrico durante o pré-natal: medida do peso materno, verificação da pressão arterial, medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e toque vaginal (consideraram-se estes procedimentos como realizados ou não, independente do número de vezes que foram registrados); 6) realização de atividades educativas durante o pré-natal: participação de pelo menos um grupo de sala de espera ou outra atividade correlata; 7) orientação quanto à amamentação e o parto; 8) vacinação antitetânica; 9) coleta de exame citopatológico de colo uterino.

Com base nos itens acima, a assistência pré-natal foi classificada em 2 categorias: adequada (quando todos os itens acima descritos foram integralmente observados) ou inadequada (quando os itens acima foram parcialmente observados).

Por ser pesquisa que envolve seres humanos, foi previamente avaliada pela Comissão de Ética do Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul. A participação das pacientes foi voluntária, tendo sido solicitada a assinatura de termo de consentimento esclarecido antes da inclusão no estudo. Por fim, foi assegurado, por princípios éticos, o sigilo acerca das informações obtidas.

Os dados obtidos foram tabulados e processados eletronicamente utilizando o programa Epi-Info 6.0 e SPSS, aplicando-se testes apropriados que permitissem atingir os objetivos propostos. A primeira parte do estudo foi descritiva, com apresentação das médias, freqüências e desvio-padrão. A seguir, procedeu-se a realização da análise multivariada e por regressão logística, visando a identificação de possíveis fatores que pudessem

interferir na qualidade da atenção pré-natal. Nesta análise, utilizaram-se como variáveis dependentes a média de consultas de pré-natal e a adequação da atenção pré-natal, conforme critérios anteriormente descritos. Admitiu-se erro do tipo I de 5% e do tipo II de 20%, para intervalo de confiança de 95%.

## Resultados

Foram estudadas 702 gestações de um total de 1.836 nascimentos ocorridos no Hospital Geral de Caxias do Sul no período de março de 2000 a março de 2001. Em 95,4% dos casos (n=670), as puérperas entrevistadas referiram assistência pré-natal prévia, ao passo que 4,6% (n=32) negou qualquer acompanhamento médico durante a gravidez.

A idade materna média foi 24,7 anos (DP=6,4), sendo a idade mínima de 13 anos e máxima de 47 anos. Em 26,2% (n=184), as grávidas eram adolescentes (menos de 20 anos). Cerca de 45,5% (n=319) eram primigestas, sendo que a maioria (88,2%/n=618) confirmou ter companheiro fixo.

A taxa de analfabetismo materno foi 2,3% (n=16) e a paterna 1,3% (n=9). Em 66,4% (n=466) e 64,7% (n=388) dos casos, respectivamente, as pacientes e seus parceiros referiram ter o 1<sup>o</sup> grau incompleto. Quanto à ocupação materna, verificou-se que 73,2% das pacientes (n=514) não se encontravam no mercado de trabalho durante a gravidez, ou por serem donas de casa (72,1%), ou por estarem desempregadas (1,1%). Já a taxa de desemprego paterna encontrada foi de 6,6% (n=41). A renda média mensal das famílias estudadas foi 2,4 salários mínimos, tendo-se constatado que 68,9% (n=450) das famílias recebiam menos de um salário mínimo per capita.

O número médio de consultas de pré-natal foi de 6,2 (DP=5,3), sendo que 90,3% (n=605) das pacientes pesquisadas confirmaram ter se submetido a 6 ou mais consultas de pré-natal. Aproximadamente 51,5% (n=345) e 13,8% (n=93) das pacientes iniciaram o acompanhamento pré-natal no 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> trimestre de gravidez, respectivamente. Somente 34,7% (n=232) das grávidas submeteram-se à primeira consulta de pré-natal até a 14<sup>a</sup> semana de gravidez, como recomendado pelo Ministério da Saúde.

Além disso, apenas 44,3% (n=297) das pacientes submeteram-se a todos os exames complementares preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Entre as mulheres que relataram 6 ou mais consultas

de pré-natal, 57,6% (n=386), surpreendentemente, não se submeteram a todos os exames recomendados (Tabela 1).

**Tabela 1** - Indicadores de qualidade da assistência de pré-natal entre a população estudada.

Indicadores	Sim n (%)	Não n (%)
Início do pré-natal até a 14ª semana	232 (35,2)	438 (65,3)
Seis ou mais consultas	605 (90,3)	65 (9,7)
Todos os exames complementares	297 (44,3)	373 (55,7)
Anti-HIV	611 (91,2)	58 (8,8)
VDRL	639 (95,4)	31 (4,6)
Exame das mamas	498 (74,5)	172 (25,5)
Exame citopatológico	342 (51,0)	328 (49,0)
Ultra-sonografia	649 (96,8)	21 (3,2)
Vacinação antitetânica	611 (91,2)	58 (8,8)
Participação em atividades educativas	288 (43)	382 (57)
Orientação sobre aleitamento materno	496 (74)	174 (26)

Cerca de 74% das pacientes (n=496) receberam orientações a respeito do aleitamento materno ou tiveram suas mamas examinadas durante as consultas de pré-natal. Já o exame citopatológico de colo uterino (exame de Papanicolaou) foi coletado em 51% (n=342) das entrevistadas. A maioria destas (96,8%/n=649) confirmou também ter se submetido a exames de ultra-sonografia durante a gravidez, ao passo que 91,2% (n=611) teve a vacinação antitetânica (VAT) atualizada durante a gravidez.

O Ministério da Saúde tem salientado a importância da realização de atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal. Ainda assim, 57% (n=382) das puérperas entrevistadas negaram ter recebido informações de caráter educativo durante a gravidez. Além disto, apenas 43% destas (n=288) confirmaram ter participado de atividades do tipo "grupos de gestantes" durante o pré-natal. Em 86,1% (n=577), as pacientes entrevistadas confirmaram ter recebido alguma orientação acerca do trabalho de parto e parto e das situações em que deveriam dirigir-se ao hospital mais próximo.

Com base nos critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde foi possível classificar a assistência pré-natal como adequada em 35,2% (n=236) e inadequada em 64,8% (n=434) dos casos.

Pela análise por regressão logística, tanto a

escolaridade quanto a paridade materna mostraram-se como fortes determinantes da adequação do pré-natal (p=0,0148 e 0,0008, respectivamente). Quanto maior a escolaridade da gestante, mais precoce foi a busca pelo acompanhamento pré-natal e maior o número de consultas realizadas. O inverso ocorreu em relação à paridade: quanto maior o número de filhos, menor foi o número de consultas de pré-natal pela gestante e mais tardio foi o seu início.

Cinquenta e oito pacientes (8,6%) afirmaram ter encontrado dificuldades durante o acompanhamento pré-natal, entre estas o fato de o médico não examiná-las e a dificuldade de marcar consultas. Entre os motivos referidos pelas 32 pacientes para não terem procurado os serviços de pré-natal disponíveis por meio do SUS, destacou-se a falta de informação a respeito da sua importância (65,6%/ n=21).

A via de nascimento foi o parto vaginal em 561 casos (79,9%), ao passo que 141 grávidas (20,1%) submeteram-se à operação cesariana. As principais indicações de cesariana foram: cesariana iterativa (33,3%), desproporção céfalo-pélvica (24,9%), sofrimento fetal agudo (11,3%) e apresentação pélvica (9,9%). Em seis casos (0,8%) os partos foram domiciliares.

O peso fetal médio de nascimento foi de 3.175 gramas (DP=471,8 gramas). O menor concepto pesou 1.880 gramas e o maior 4.605 gramas. Em 7,7% (n=54) constatou-se baixo peso ao nascer ( $\leq 2.500$  gramas). Em 2,5% dos casos foi possível identificar complicações perinatais (Tabela 2), mesmo tendo-se incluído no estudo apenas gestações consideradas de baixo risco. É necessário destacar que não foram identificados óbitos maternos ou perinatais entre a população pesquisada.

**Tabela 2** - Complicações perinatais identificadas entre a população estudada.

Complicações	n	%
Anóxia	5	29,5
Sífilis congênita	3	17,6
Hipoglicemia neonatal	1	5,9
Disfunção respiratória	2	11,7
Sepse neonatal	1	5,9
Infecção materna pelo HIV *	2	11,7
Infecção materna pelo vírus da hepatite B*	1	5,9
Tocotraumatismo	2	11,7
Total	17	100

\* Diagnóstico da infecção materna obtido no hospital, visto que as pacientes não foram testadas para essas infecções durante o pré-natal.

## Discussão

As características sociodemográficas da população estudada mostraram-se similares às observadas por outros autores, ou seja, constatou-se predomínio de pacientes jovens e de baixa escolaridade<sup>12,17,18</sup>. De modo preocupante, verificou-se percentual importante de grávidas adolescentes.

A constatação de que a escolaridade materna interferiu significativamente na qualidade da assistência pré-natal merece especial atenção. Atualmente, se reconhece que a saúde é uma resultante da interação de inúmeros fatores, entre estes os investimentos governamentais na esfera social e educação. A questão da saúde não está apenas relacionada com a disponibilidade de serviços de saúde, mas está também intrinsecamente ligada à capacidade de autocuidado da população, o que por sua vez é influenciada diretamente pelo seu nível de instrução<sup>2</sup>.

Já a paridade materna associou-se de modo inverso à qualidade da atenção pré-natal. Quanto maior o número de gestações prévias, pior foi o acompanhamento pré-natal, segundo os parâmetros de qualidade utilizados neste trabalho. Tal achado permite aventar duas hipóteses: talvez, quanto mais filhos, mais a mulher se considere auto-suficiente para lidar com as futuras gestações, ou, então, os acompanhamentos pré-natais nas gestações anteriores não convenceram essas mulheres de sua importância.

Tanaka<sup>2</sup>, ao pesquisar a relação da renda familiar com o resultado perinatal, identificou maiores taxas de mortalidade entre famílias cuja renda per capita era inferior a um salário mínimo. Todavia, no presente estudo não se evidenciou correlação estatística entre a renda familiar e a adequação da atenção pré-natal<sup>12</sup>.

A boa cobertura de pré-natal observada merece destaque. O número de consultas de pré-natal não foi influenciado significativamente por variáveis como idade materna, renda ou ocupação dos pais. Tal achado é explicável pela homogeneidade da população pesquisada, principalmente em termos socioeconômicos.

A média de 6,2 consultas de pré-natal mostrou-se superior ao evidenciado por Dias da Costa e colaboradores<sup>18</sup> (5,3 consultas), todavia inferior à média norte-americana (8 consultas)<sup>18</sup>. Além disso, a maioria das grávidas estudadas não iniciou o acompanhamento pré-natal até a 14ª semana de gravidez, conforme recomendado pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (2000). A captação precoce das grávidas no pré-natal tem

sido destacada como fator de extrema importância no resultado perinatal, visto que possibilita a identificação precoce das gestações de risco, assim como as intervenções necessárias<sup>2,10,16,18</sup>.

Atualmente, o conceito de qualidade no campo da saúde é bastante amplo, o que dificulta o estabelecimento de critérios de avaliação da atenção pré-natal. Entretanto, tem sido reconhecido que, isoladamente, o número de consultas não garante a qualidade dos cuidados pré-natais<sup>19,20</sup>.

O achado de elevado percentual de mulheres com no mínimo seis consultas de pré-natal realizadas, mas que até o momento do nascimento não fizeram todos os exames complementares considerados básicos da assistência pré-natal, merece considerações. Entre as possíveis explicações para este achado estão o início tardio do acompanhamento pré-natal e a maior concentração de consultas próximo ao término da gravidez.

De Lorenzi<sup>10</sup>, ao estudar as taxas de natimortalidade entre usuárias do SUS do município de Caxias do Sul no período de 1996 a 1997, verificou que 65,5% dos casos de natimortos ocorriam entre pacientes sem acompanhamento pré-natal ou em que este era inadequado devido ao número insuficiente de consultas médicas realizadas. O mesmo autor salienta que, mesmo entre mulheres que compareceram a número adequado de consultas de pré-natal (35,5%), ainda assim as suas gestações resultaram em óbito fetal. Tal constatação reafirma a importância de que a atenção pré-natal não deve ser avaliada apenas em termos de número de consultas realizadas, mas também na resolutividade de cada atendimento.

É necessário também considerar a possibilidade de sub-registro das consultas de pré-natal, principalmente da primeira consulta, quando é solicitada a maioria dos exames complementares. Paralelamente, as equipes de saúde podem não estar preparadas para implementar ações de divulgação dos programas de pré-natal, identificar prioridades, buscar as pacientes faltosas e, principalmente, para interagir como equipe multidisciplinar.

Em relação às próprias grávidas, pode estar ocorrendo falta de conscientização acerca da importância do início precoce no pré-natal e do comparecimento às consultas, o que provavelmente está relacionado a fatores educacionais, baixa escolaridade das pacientes estudadas e de seus companheiros.

A frequência da realização do exame das mamas e de atividades voltadas para a orientação sobre a amamentação entre a população estudada merece destaque, mesmo que esta pudesse ter sido ainda maior. Em particular, as coberturas do exame citopatológico e da vacina antitetânica

mostraram-se superiores aos 35 e 55% observados por Silveira e colaboradores<sup>20</sup>.

Outro aspecto a ser considerado no presente estudo é a importância do registro das informações obtidas no pré-natal e do seu acesso aos profissionais que atendem as grávidas em nível hospitalar. Para Tanaka<sup>14</sup>, a falta de integração entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde é crucial, uma vez que, mesmo nos casos em que houve controle pré-natal adequado, com ou sem doenças associadas, as informações referentes a esse período frequentemente não estão disponíveis para o profissional que presta assistência no hospital, o que promove uma ruptura da história gestacional da parturiente, fragilizando assim todas as ações realizadas até o momento do nascimento.

O índice de cesarianas observado (20,1%) é inferior ao percentual médio de cesarianas no restante do Brasil. Segundo Fescina<sup>21</sup>, cerca de 28% dos nascimentos ocorridos no Brasil são por cesarianas. Ainda assim, esse valor difere do padrão epidemiológico internacionalmente aceito, segundo o qual cerca de 15% dos nascimentos deveriam ocorrer por cesariana<sup>22</sup>.

Com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que a assistência pré-natal de baixo risco disponível através do Sistema Único de Saúde no município de Caxias do Sul, apesar de sua boa cobertura, deve ser revista. O elevado percentual de grávidas com atenção pré-natal inadequada, segundo os critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, é preocupante. Em particular, merece destaque o elevado percentual de grávidas que iniciaram tardiamente o acompanhamento pré-natal, assim como a não-realização de todos os exames complementares recomendados.

Entre os motivos alegados pelas pacientes estudadas para não terem realizado pré-natal destaca-se a falta de informação acerca da sua importância na prevenção da morbi-mortalidade tanto materna quanto perinatal. A constatação de que a baixa escolaridade estava significativamente associada à falta de qualidade da assistência pré-natal é relevante, principalmente considerando-se a baixa escolaridade das mulheres estudadas e a falta de desenvolvimento de atividades educativas por parte das equipes de saúde responsáveis pela atenção pré-natal.

Especial atenção deve ser dada às pacientes com maior paridade, visto que esta se mostrou inversamente associada à qualidade da assistência pré-natal.

Certamente, o aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal envolve a capacitação técnica continuada das equipes de saúde na reso-

lução dos problemas mais prevalentes nos níveis primários da saúde, além do seu comprometimento com as necessidades das parcelas mais vulneráveis da população. Nesse contexto, vale ressaltar a importância da captação precoce das grávidas e da busca ativa das pacientes faltosas.

Concomitantemente, é atualmente indispensável a realização de avaliações sistemáticas da qualidade dos serviços de pré-natal, tendo como base o método de investigação epidemiológico, devido à extrema valia das informações que fornece e de seu reduzido custo, conforme evidenciado por meio do presente estudo.

## ABSTRACT

*Purpose: to study the prenatal care among Public Health Service ("Sistema Único de Saúde") users from Caxias do Sul - RS.*

*Methods: a transversal study of 702 pregnancies attended at the Hospital Geral -Universidade de Caxias do Sul from March 2000 to March 2001 based on the criteria set by the "Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PNHPN)" of the Brazilian Ministry of Health.*

*Results: the observed prenatal coverage was 95.4%, whereas the average of visits was 6.2. The main reported reason for not following prenatal care was the lack of information about its importance (65.6%). In 51.5% of the cases, prenatal care started in the third month of pregnancy, whereas 44.3% of the pregnant women carried out all the proposed complementary tests. Prenatal care was considered inappropriate in 64.8% and appropriate in 35.2% of the cases. The quality of prenatal attention was significantly associated with the mother's education, as well as with the number of previous deliveries. The higher the educational level, the better the quality of observed prenatal care ( $p=0.0148$ ). In addition, the higher number of previous deliveries showed to be associated with a later beginning of prenatal care and a lower number of visits ( $p=0.0008$ ).*

*Conclusions: the prenatal care available at Caxias do Sul in spite of its good coverage, should be reviewed in terms of quality. Special attention should be given to education in health along the prenatal assistance.*

**KEY WORDS:** *Prenatal care. Maternal mortality. Perinatal mortality. Primary health care.*

## Referências

1. Tanaka OY. Políticas de saúde: Estrutura e avaliação dos serviços. In: Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologia de Pesquisa em Saúde Perinatal, São

- Paulo, 1994. Anais. São Paulo: Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (Série Investigação da Saúde da Mulher, Criança e Adolescência, 3); 1994. p.3-11.
2. Nogueira M. Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
  3. Centurión CAS. Avaliação da qualidade de assistência pré-natal no município de Taboão da Serra [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1994.
  4. Osís MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Públ* 1998; 14 (supl):25-32.
  5. Backett EM, Davies AM, Petros-Barvasian A. The risk approach in health care. With special reference to maternal and child health, including family planning. *Public Health Pap* 1984; 76:1-113.
  6. Serruya SJ, Lago TG. A mortalidade materna no Brasil. *J Febrasgo* 2001; 8:6-8.
  7. Laurenti R, Buchalla CM. Indicadores de saúde materna e infantil: implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. *Rev Panam Salud Publica* 1997; 1:8-22.
  8. Faundes A, Hardy E, Diaz J, Pinotti J. Association of marital status and years of schooling with perinatal outcome: the influence of pre-natal care as an intermediate variable. *J Perinatal Med* 1982; 10:105-13.
  9. Belfort P. Medicina preventiva. Pré-natal. In: Rezende J, editor. *Obstetrícia*. 5ªed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 1987.p.198-209.
  10. De Lorenzi DRS. Perfil epidemiológico da natimortalidade em Caxias do Sul [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
  11. De Lorenzi DRS, Madi JM, Pontalti L, Ribas F, Weissmeier L. Sífilis congênita: revisão de 35 casos. *GO Atual* 2000; 8:15-8.
  12. Tanaka AC d'A. Saúde materna e perinatal: relações entre variáveis orgânicas, sócio-econômicas e institucionais [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1986.
  13. Tanaka AC d'A. Estatísticas de mortalidade perinatal. In: *Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologias de Pesquisa em Saúde Perinatal*. São Paulo, 1994. Anais. São Paulo: Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (Série Investigação da Saúde da Mulher, da Criança e Adolescência,3); 1994. p.13-20.
  14. Tanaka AC d'A. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995.
  15. Arntzen A, Moum T, Magnus P, Bakketeig LS. Marital status as a risk factor for fetal and infant mortality. *Scand J Soc Med* 1996; 24:36-42.
  16. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2000.
  17. Morell, MGGP. Estudo da mortalidade intra-uterina em São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
  18. Dias da Costa JS, Madeira ACG, Luz RF, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34 (supl): 329-36.
  19. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Kulmb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(supl):603- 9.
  20. Silveira DS, Santos SI, Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:131-9.
  21. Fescina RH. A incidência de cesárea nas Américas. *J Febrasgo* 2000; 1:7-8.
  22. Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente. Seção de Saúde da Mulher. Normas técnicas e operacionais do programa de assistência pré-natal: detecção e controle da gravidez de alto-risco. Porto Alegre, 1997.

Recebido em: 4/4/2002

Aceito com modificações em: 5/6/2002