

Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria¹

Renata Leite Alves de Oliveira²

Cátia Regina Branco da Fonseca³

Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes³

Cristina Maria Garcia de Lima Parada⁴

Objetivos: Evaluar la calidad del cuidado prenatal desarrollado en la atención primaria, comparando los modelos tradicional y Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio de evaluación de servicio, pautado en las políticas públicas de salud. Los datos fueron recolectados por entrevista con gerentes, observación en las unidades de salud y análisis de archivos de gestantes elegidos aleatoriamente. Diferencias en los indicadores de estructura y proceso fueron evaluadas mediante el test ji cuadrado, adoptándose $p < 0,05$ como nivel crítico, cálculo de los odds ratio e intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** Fueron evidenciadas estructuras semejantes en ambos modelos de atención. Indicadores síntesis de proceso creados en este estudio y aquellos indicados por las políticas públicas mostraron situación más favorable en las Unidades de Salud de la Familia. Para el conjunto de actividades recomendadas para el prenatal, el desempeño fue deficiente en ambos modelos, aunque poco mejor en las Unidades de Salud de la Familia. **Conclusión:** los resultados indican la necesidad de acciones para mejorar la atención prenatal en los dos modelos de atención básica en el municipio evaluado.

Descriptores: Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Control Prenatal; Atención Primaria de Salud.

¹ Artículo parte de la Disertación de Maestría "Avaliação da Assistência pré-natal no município de Botucatu-SP na perspectiva dos diferentes modelos de atenção" presentada a la Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

² Enfermera, MSc, Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asistente, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

Correspondencia:

Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Medicina de Botucatu
Campus Universitário de Rubião Júnior, s/n
Bairro: Rubião Júnior
CEP: 18618-970, Botucatu, SP, Brasil
E-mail: cparada@fmb.unesp.br

Introducción

El cuidado prenatal es uno de los principales constituyentes del Pacto de Atención Básica del Sistema Único de Salud (SUS) y dispone de indicadores formales para su monitoreo. La forma como es desarrollado puede ser indicativa de la calidad de los servicios de salud⁽¹⁾ y, así, cuando es evaluado considerando su práctica en unidades del modelo tradicional o de la Estrategia Salud de la Familia, el propio modelo de atención puede ser evaluado.

En general, la atención de salud practicada en las unidades de atención básica del modelo tradicional está centrada en la presencia de especialistas, siendo cada uno de ellos responsable por los problemas relacionados a su área de actuación. Con proceso de trabajo muchas veces centrado en el médico, en el modelo asistencial curativo, además de la sobrecarga a que esos profesionales frecuentemente están expuestos, se observa frecuentemente el comprometimiento de las acciones preventivas y de promoción de salud, ambas esenciales a la atención prenatal⁽²⁾.

Para superar ese modelo, el Ministerio de la Salud propuso en el 1994 la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Su principal objetivo es reorganizar la práctica de la atención de salud en nuevas bases y substituir el modelo tradicional, priorizando las acciones de prevención, promoción y recuperación de salud de las personas, de manera integral y continua. La atención es prestada en la unidad de salud o en domicilio, por los profesionales miembros de los equipos de Salud de la Familia. Se espera que profesionales y población creen vínculo de corresponsabilidad, facilitando la identificación y la atención a los problemas de salud de la comunidad⁽³⁾.

Evaluar la atención prenatal es importante debido a su potencial en evitar óbitos infantiles⁽⁴⁾ y maternos. Así, la finalidad del presente estudio fue evaluar la calidad del cuidado prenatal al embarazo de bajo riesgo desarrollado en la atención primaria, comparando el modelo tradicional y la Estrategia Salud de la Familia.

El referencial metodológico de evaluación adoptado fue propuesto en la década de los 1980 por Donabedian. Para ese autor, el estudio del proceso es la mejor manera para se investigar la calidad y el contenido de la atención ofrecida en la atención primaria de salud⁽⁵⁾. Por ese motivo, será el foco de este estudio.

Material y Método

Se trata de estudio descriptivo, insertado en el campo de la epidemiología dirigido a la evaluación de servicios de salud. Fueron evaluados los recursos (físicos, humanos

y materiales) existentes (estructura) y el proceso de cuidado prenatal desarrollado en las unidades básicas de salud del modelo tradicional (UBS) y en las Unidades de Salud de la Familia (USF).

Como referencial teórico para el análisis de los datos, fue adoptada la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer⁽⁶⁾, específicamente relativa a la línea de cuidado de la embarazada, los presupuestos del Programa de Humanización del Prenatal, Parto y Nacimiento (PHPN)⁽⁷⁾ y del Manual Técnico del Prenatal y Puerperio del Estado de São Paulo⁽⁸⁾.

La investigación fue desarrollada en la ciudad Botucatu, ubicada en la región centro sur del estado de São Paulo, con población estimada de 127.328 habitantes⁽⁹⁾ y que integra el Departamento Regional de Salud VI – Bauru. Dentro del SUS, para la atención primaria de salud, incluye ocho UBS y ocho USF y, para la atención al parto, una maternidad que trata de embarazos de bajo riesgo y otra de referencia para embarazos de alto riesgo.

Para analizar la estructura, fueron estudiadas las 16 unidades de atención básica existentes. Para analizar el proceso, constituyeron la población blanco todas las mujeres inscritas en el Sistema de Informaciones del Prenatal (SISPRENATAL) en el 2009: 1082 embarazos. Considerándose prevalencia máxima del 50%, 95% de confianza y margen de error del 5%, fue calculada la muestra, resultando el 282 embarazadas (115 de ellas atendidas en las USF y 167 en las UBS), sorteadas y de manera proporcional al número de inscritas en cada unidad de salud.

Fueron incluidas embarazadas que iniciaron el prenatal en unidades de atención primaria de salud hasta la 20ª semana del embarazo y continuaron como embarazadas de bajo riesgo, no necesitando ser encaminadas al servicio de atención al embarazo de bajo riesgo. Para garantizar el tamaño de la muestra establecido, fue sorteado un excedente del 20% de embarazadas en cada unidad.

Para caracterizar la estructura disponible para la atención de prenatal, fueron considerados indicadores relativos a los recursos humanos: formación de los profesionales, capacitaciones ofrecidas en el área y participación/frecuencia en grupos de embarazadas; recursos físicos: salas para atención individual o en grupo; recursos materiales y equipos: disponibilidad de archivo prenatal y de instrumento para registro de la historia clínica y de identificación de riesgo, mobiliario, medicamentos esenciales, protocolos de atención y material básico (sábana, balanza para peso y altura, estetoscopio, esfigmomanómetro, *sonar doppler*, cinta métrica y material para recolecta de citología cérvico-vaginal).

Para analizar el proceso de atención prenatal, fueron utilizados indicadores del PHPN y Manual Técnico de Prenatal y Puerperio de São Paulo⁽⁷⁻⁸⁾: inicio hasta 17 semanas; mínimo de seis consultas (una en el primero, dos en el segundo y tres en el tercer trimestre); medida de la altura uterina; realización del conjunto de exámenes recomendados para el primero (tipo sanguíneo, serologías para toxoplasmosis, sida, sífilis y hepatitis B, parasitológico de heces, hemograma, orina simples o cultivo de orina y glucemia en ayunas) y del tercer trimestre (serología para sífilis y sida y para toxoplasmosis y hepatitis B si necesario, orina simples o cultivo de orina y glucemia en ayunas); recolecta de citología cérvico-vaginal; vacunación anti-tetánica y organización de grupo de embarazadas.

Buscando una evaluación cualitativa del contenido de las consultadas realizadas, también fueron observados también en los archivos registros de los siguientes aspectos: existencia de orientación sobre alimentación y sobre los señales de alerta durante el embarazo; encaminamiento para atención odontológica; examen clínico de las mamas y prescripción de sulfato ferroso.

Todos estos aspectos fueron verificados de modo dicotómico: sí o no, para cada gestante. Posteriormente fueron creados indicadores síntesis: todos los exámenes de primer trimestre; todos los exámenes de tercer trimestre; todos los exámenes de primero y tercero trimestres; seis consultas y exámenes; seis consultas y revisión de parto; seis consultas, exámenes y revisión de parto; seis consultas, exámenes, vacuna contra tétano y revisión de parto; presión arterial, peso y altura uterina en todas las consultas; orientación nutricional y señales de alerta durante el embarazo; historia clínica completa y consejo anti-VIH.

Para la recolecta de los datos, efectuada entre 2010 y 2011 por dos personas previamente capacitadas, fueron elaborados dos instrumentos con preguntas cerradas. El primer fue utilizado en entrevista con las gerentes y para guiar la observación en las unidades de salud y contenía informaciones sobre la estructura disponible. El segundo se refería al proceso de atención para recolectar las informaciones solicitadas en los archivos de las embarazadas.

Para el control de calidad, al término de la recolecta de datos, fue sorteado el 10% de los archivos para verificación, concluyéndose que la recolecta fue apropiada.

Para el análisis de los datos, fue utilizado el software estadístico Epi-Info 6.0. Datos relativos a la estructura fueron mostrados a partir de estadística descriptiva; para evaluación de las diferencias de calidad del proceso de

cuidado prenatal entre las UBS y USF, fue utilizado el test ji-cuadrado (χ^2), estableciendo el nivel de significancia $\alpha=0.05$, con cálculo de los *odds ratio* y respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%.

Este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación local (Of. nº 184/2010) y cumplió con todas las normas de investigación con seres humanos.

Resultados

Todos los médicos que prestaban cuidados de prenatal en las UBS eran ginecólogos-obstetras, mientras que, en las USF, predominaban las especialidades Clínica General y Salud de la Familia. Entre los enfermeros especialistas, se destacó el área de Salud de la Familia en un cuarto de las UBS y más de la mitad de las USF. Asistentes sociales miembros del Equipo de Salud Mental, odontólogos y psicólogos de las unidades de salud atendían regularmente a mujeres embarazadas, tanto en UBS como en USF, mientras que el profesional nutricionista estaba disponible solamente en UBS. Los grupos de gestantes eran organizados en la misma proporción en UBS y USF (75,0%), con amplia variación de periodicidad (semanal a bimestral). Todos los enfermeros de los dos modelos participaban de esos grupos, siendo la participación de los médicos menos frecuente: dos casos en USF (16,7%) y cuatro casos en UBS (36,4%). Ningún odontólogo de UBS y tres (30,0%) de USF participaban de las actividades, y también dos (66,7%) nutricionistas que actuaban en UBS. Fueron citadas cuatro actividades de educación permanente con foco en la atención prenatal y, de manera general, profesionales de las USF tuvieron mayor oportunidad de participación que aquellos de las UBS. Tales datos de estructura no fueron presentados en formato de tabla.

Los recursos físicos eran adecuados y semejantes en las UBS y USF. La gran mayoría de los materiales necesarios también estaba disponible en ambos modelos, excepto el Manual Técnico de Prenatal y Puerperio del Estado de São Paulo de 2010⁽⁷⁾ y algunos medicamentos esenciales, ausentes en parte de las UBS y USF.

El análisis de proceso evidenció que, de las embarazadas atendidas, el 93,4% había iniciado en prenatal hasta 17 semanas en las UBS y el 86,0% en las USF (diferencia en el límite de la significancia estadística). En las USF, las consultas de enfermería fueron más frecuentes, mientras que en las UBS fue encontrado mayor número de consultas médicas, con diferencia estadísticamente significativa (Tabla 1).

Tabla 1 – Distribución de las embarazadas en las USF (n=115) y UBS (n= 167) según indicadores de proceso relativos a las consultas y período de realización. Botucatu, SP, Brasil, 2010

Consultas	USF		UBS		p valor	OR (IC)
	N	%	N	%		
Primera <17 semanas	99	86,0	156	93,4	0,039	0,44(0,18-1,04)
Una en 1º trimestre	81	70,4	132	79,1	0,098	0,63(0,35-1,13)
Dos en 2º trimestre	113	98,2	165	98,8	0,705*	0,68(0,07-6,91)
Tres en 3º trimestre	109	94,8	154	92,2	0,398	1,53(0,52-4,69)
Mínimo de seis	108	94,0	162	97,0	0,206	0,48(0,13-1,72)
De enfermería					0,000	0,01(0,00-0,02)
Hasta 3	9	7,8	156	93,4		
4 o más	106	92,2	11	6,6		
Médica					0,000*	240,17(34,55-4778,23)
Hasta 3	68	59,0	1	0,6		
4 o más	47	41,0	166	99,4		

*Corrección Yates

En el primer trimestre del embarazo, las mujeres atendidas en las USF hicieron significativamente más los test coombs indirecto y serología para Hepatitis B, mientras que en las UBS el parasitológico de heces. En el tercer

trimestre, las gestantes realizaron en las USF los exámenes de glucemia, hemograma, coombs indirecto, orina simples o cultura y serologías: sífilis, toxoplasmosis y hepatitis B significativamente más que en las UBS (Tabla 2).

Tabla 2 – Distribución de los exámenes hechos en el primero y tercer trimestres por las embarazadas de las USF (n=115) y UBS (n= 167) durante el prenatal. Botucatu, SP, Brasil, 2010

Exámenes	USF		UBS		p valor	OR (IC)
	Nº	%	Nº	%		
Primer trimestre						
Tipo ABO/Rh	111	96,5	160	95,8	0,761	1,21(0,31-5,07)
Hemograma	113	98,3	165	98,8	0,705	0,68(0,07-6,91)
Serología para sífilis	112	97,4	159	95,2	0,352	1,88(0,44-9,15)
Anti-VIH	111	96,5	164	98,2	0,071	0,17(0,01-1,61)
Glucemia en ayunas	115	100,0	166	99,4	0,405	
Orina simples o cultura	110	95,6	159	95,2	0,861	1,11 (0,32-4,01)
Coombs indirecto	104	90,4	128	77,0	0,028	2,88(1,34-6,30)
Serología para toxoplasmosis	113	98,2	158	94,6	0,119	3,22(0,63-22,00)
Parasitológico de heces	56	48,7	118	70,6	0,000	0,39(0,23-0,67)
Serología para hepatitis B	114	99,2	155	92,8	0,012	8,83(1,17-184,29)
Citología cérvico-vaginal	108	94,0	145	86,8	0,054	2,34(0,91-6,28)
Tercer trimestre						
Hemograma	106	92,0	133	79,6	0,004	3,01(1,31-7,09)
Serología para sífilis	104	90,4	133	79,6	0,014	2,42(1,11-5,34)
Anti-VIH	100	86,9	134	80,2	0,140	1,64(0,81-3,36)
Glucemia en ayunas	104	90,4	101	60,4	0,000	6,18(2,96-13,19)
Orina I o cultura	103	89,5	96	57,4	0,000	6,35(3,11-13,19)
Serología para toxoplasmosis	107	93,0	131	78,4	0,000	3,68(1,56-8,98)
Serología para hepatitis B	83	72,1	92	55,0	0,003	2,11(1,23-3,64)
Coombs indirecto si Rh- (USF n=15 y UBS n=35)	6	40,0	3	8,0	0,024	7,11(1,21-46,38)

Algunos aspectos indicativos de la calidad de la atención prenatal fueron descritos en la Tabla 3. Embarazadas atendidas en las USF mostraron significativamente más registro de la altura uterina

en todas las consultas, historia clínica completamente registrada, orientación nutricional y sobre los señales de alerta durante el embarazo, atención odontológica y prescripción de sulfato ferroso.

Tabla 3 – Aspectos indicativos de calidad de la atención prenatal a las embarazadas atendidas en las USF (n=115) y UBS (n= 167). Botucatu, SP, Brasil, 2010

Variable	USF		UBS		p valor	OR (IC)
	N	%	N	%		
Presión arterial*	114	99,1	166	99,4	0,790	0,69(0,02-25,58)
Peso*	114	99,1	167	100,0	0,227	0,00(0,00-11,97)
Altura uterina*	112	97,3	145	86,0	0,002	5,66(1,56-24,41)
Historia clínica completa	23	20,0	4	2,0	0,000	10,19(3,21-35,96)
Ultrasonografía	105	91,3	156	93,4	0,507	0,74(0,28-1,96)
Vacunación contra tétano	95	82,6	129	77,2	0,273	1,40(0,74-2,67)
Señales de alerta durante el embarazo	107	93,0	91	54,5	0,000	11,17(4,89-26,49)
Consejo anti-VIH	10	8,6	7	4,2	0,118	2,18(0,74-6,57)
Orientación nutricional	107	93,0	85	51,0	0,000	12,9(5,65-30,59)
Atención odontológica	53	46,1	54	32,3	0,019	1,79(1,06-3,01)
Examen de las mamas	54	46,9	63	37,7	0,122	1,46(0,88-2,44)
Prescripción de sulfato ferroso	115	100,0	154	92,2	0,002	-
Revisión de parto precoz	8	7,0	5	3,0	0,118	2,42 (0,70-8,78)
Revisión de parto tardía	67	58,2	104	62,2	0,497	0,85(0,51-1,41)

*En todas las consultas

Indicadores síntesis de proceso son mostradas en la Tabla 4.

La situación de las USF fue significativamente más favorable cuando fueron considerados: exámenes de tercer trimestre; exámenes de primero y tercer trimestres; seis consultas y exámenes; seis consultas, exámenes y revisión

de parto; seis consultas, exámenes, revisión de parto y vacunación contra tétano; registro de presión arterial, peso y altura uterina en todas las consultas; orientación nutricional, orientación sobre los señales de alerta durante el embarazo; historia clínica totalmente completada y consejo antes de la recolecta del test anti VIH (Tabla 4).

Tabla 4 - Indicadores síntesis de proceso de la atención prenatal, considerándose las USF (n=115) y UBS (n=167). Botucatu, SP, Brasil, 2010

Indicador	USF		UBS		p valor	OR (IC)
	N	%	N	%		
Exámenes de 1 trimestre	101	87,8	142	85	0,503	1,27(0,60-2,72)
Exámenes de 3 trimestre	96	83,5	59	35,3	0,000	9,25(4,97-17,38)
Exámenes de 1º y 3º trimestres	87	75,7	53	31,7	0,000	6,68(3,78-11,87)
6 consultas*	77	67	119	71	0,440	0,82(0,47-1,41)
6 consultas* y exámenes	64	55,6	38	22,7	0,000	4,26(2,46-7,39)
6 consultas* y revisión de parto	49	42,6	77	46,1	0,521	0,87(0,52-1,44)
6 consultas*, exámenes y revisión de parto	41	35,7	22	13,2	0,000	3,65(1,95-6,97)
6 consultas*, exámenes, vacuna contra tétano y revisión de parto	36	31,3	17	10,2	0,000	4,02(2,04-8,01)
Presión arterial, peso y altura uterina en todas las consultas	109	94,7	144	86,2	0,020	2,90(1,07-8,26)
Orientación nutricional y señales de alerta durante el embarazo	99	86,0	56	33,5	0,000	12,26(6,36-23,94)
Historia clínica completa y consejo anti VIH	7	6,0	0	0	0,001	-

*Distribuidas durante el embarazo, siendo una en el primero, dos en el segundo y tres en el tercer trimestre.

Discusión

Este estudio consideró para la recolecta de los datos utilizados para la evaluación de la estructura entrevistas con las gerentes de las Unidades de Salud, que pueden no haber sido totalmente imparciales respecto a su propio servicio. Además, los datos de proceso fueron recolectados a partir de los registros en los archivos de las embarazadas, pero se sabe que parte de las acciones puede haber sido efectuada y no registrada. Así, esos aspectos constituyen limitaciones del presente estudio

y deben ser considerados en la interpretación de los resultados alcanzados.

Respecto a los recursos humanos, fueron observadas diferencias en las formaciones de los enfermeros de las UBS y USF, y también diferencias relativas a la participación de otros profesionales del área de salud en el cuidado de embarazadas. Sin embargo, el pequeño número de unidades (ocho UBS y ocho USF) no permitió evaluar si estas diferencias observadas se reflejan o no en

el proceso de cuidado al prenatal. Se observó, de forma general, que en las UBS la atención está centrada en el profesional médico, estando las consultas de enfermería más incorporadas en las USF, hecho relacionado con el cambio en el proceso de trabajo del enfermero promovida por la Estrategia de Salud de la Familia, que aproxima las enfermeras del cuidado, a partir de la elaboración de protocolos de atención que les apoyan⁽¹⁰⁾.

Considerándose los recursos físicos, no fueron encontradas diferencias entre UBS y USF. Equipos e instrumentos para atención a las embarazadas estaban en general disponibles en ambos modelos de atención. Se destaca solamente aspecto relativo a la presencia del Manual Técnico sobre atención prenatal recién publicado por la Secretaría de Estado de la Salud de São Paulo⁽⁸⁾, encontrado con mucho más frecuencia en las USF, probablemente debido a la necesidad de protocolos actualizados para el soporte a las consultas de enfermería.

Todos los exámenes preconizados para el primero y el tercer trimestres están disponibles en la ciudad, incluso en cantidad adecuada. Aunque en el primer trimestre la cobertura haya sido superior al 94,0% en los dos servicios, en el tercer trimestre, incluso cuando se considere la indicación o no de repetición, la cobertura fue bastante inferior, especialmente en las UBS, variando entre el 55,0% y el 79,6%. En estudio sobre evaluación prenatal desarrollado en un municipio de medio tamaño de la región metropolitana de São Paulo, fueron levantadas algunas hipótesis para explicar la baja cobertura de exámenes en el tercer trimestre: los profesionales están habituados a solicitar los exámenes solamente en la primera consulta y muchos dejan de solicitarlos otra vez próximo a la trigésima semana de embarazo y algunas mujeres dejan de hacer los exámenes una segunda vez, aunque fueron solicitados⁽¹¹⁾. Esas hipótesis pueden explicar también lo que ocurrió en este estudio.

Se verificó, de manera general, que no fue dada la importancia debida a la repetición de los exámenes de rutina prenatal, menos hechos en el tercer trimestre, tanto en USF como en UBS, pero con peor resultado en este último modelo de atención. Se destaca el papel importante de estos exámenes en el cribado de enfermedades o condiciones con repercusión perinatal, tales como el diabetes gestacional, incompatibilidad sanguínea materno-fetal y la bacteriuria asintomática del embarazo, además de sífilis, hepatitis B, toxoplasmosis y SIDA, con posibilidad de transmisión vertical.

La importancia, especialmente de la sífilis congénita, es incuestionable, no sólo para Botucatu pero para el país: ese agravio es considerado un claro marcador de la calidad de la atención de salud en el prenatal, ya que

su diagnóstico y tratamiento pueden ser totalmente realizados durante el embarazo, en servicios de atención primaria. Con los resultados alcanzados en este trabajo, se puede cuestionar la calidad de la atención prenatal prestado en el municipio, ya que entre el 10 y 20% de las embarazadas no fue testado para sífilis al final del embarazo.

Otro indicador de calidad del proceso de cuidado prenatal con desempeño muy negativo fue alcanzado en la evaluación de la realización del examen de las mamas, poco efectuado en ambos modelos: poco más de un tercio de las embarazadas pasaron por ese procedimiento. Se considera entonces que fueron perdidas oportunidades, no sólo para la identificación de posibles alteraciones que demandan tratamiento⁽¹²⁾, pero también para evaluar las características mamilares, orientar respecto a los cuidados con las mamas y respecto a la lactancia. Esa situación negativa no difiere de aquella encontrada en estudio llevado a cabo en el sur del país, en una ciudad de tamaño semejante⁽¹³⁾. Sin embargo, es preocupante constatar que los valores alcanzados fueron inferiores a los verificados entre 2004 y 2008 en la misma ciudad⁽¹⁴⁾.

El examen de ultrasonografía no está incluso como procedimiento básico de rutina recomendado por el PHPN a todos los embarazos de bajo riesgo, pero la Secretaría de Estado de la Salud de São Paulo recomienda su realización una o dos veces, dependiendo de la factibilidad, siendo que, en el inicio del embarazo, para el cribado de las cromosomopatías y/o entre 20 y 24 semanas, para evaluación morfológica fetal⁽⁸⁾. Contrariando las directivas del MS, la cobertura en Botucatu fue alta: más que el 90% de las embarazadas de ambos modelos hicieron al menos una ultrasonografía durante el embarazo. Se puede atribuir tal cobertura alta al hecho de que la clientela valoriza y, frecuentemente, solicita ese examen. ¿Pero cómo no se pregunta por que acciones más simples y de eficacia comprobada, como vacunación, examen de mamas y atención odontológico no alcanzaron cobertura tan elevada? Este hecho, menor cobertura de acciones de tecnología leve y alta cobertura de exámenes más caros y tecnología pesada, también ya fue observado en Brasil anteriormente⁽¹⁵⁾.

La atención odontológica, esencial en el cuidado prenatal, fue poco frecuente en los dos modelos de atención, a pesar de la presencia de dentistas en todas las Unidades de Salud, mereciendo evaluación de los posibles determinantes. ¿Existen problemas en la adecuación cuantitativa de esos profesionales y su distribución en los servicios estudiados, o dificultad en la incorporación de la salud bucal en el cuidado prenatal? Competerá a futuros estudios averiguar esas hipótesis, recomendándose la

utilización, también, de método cualitativo, visando a conocer valores y actitudes de profesionales y gestantes sobre esa acción específica. De cualquiera manera, se puede apuntar este como un importante problema de la atención primaria de salud en la ciudad de Botucatu, ya que varios estudios muestran la correlación entre enfermedad periodontal extensa y bajo peso al nacer⁽¹⁶⁾.

No existen evidencias de riesgo para el feto cuando la embarazada es inmunizada con toxoides y vacunas polisacáridas, conjugadas o con virus muertos. Específicamente con relación a la vacuna contra el tétano, de indicación nacional para protección materna y prevención del tétano neonatal⁽¹⁷⁾, la cobertura alcanzada en las UBS y USF estuvo por debajo de la esperada, considerando que ese inmunobiológico siempre estuvo disponible, y que la gran mayoría de las mujeres hizo más de seis consultas de prenatal. Aún más importante es el hecho de que en Botucatu existe, en todo el sistema de atención básica, incluso en las salas de vacuna, informatización, permitiendo el control de las dosis aplicadas y de las embarazadas faltosas.

Se consideró registro de la historia clínica completo cuando todos los campos del impreso para ese fin estaban completados. Ese impreso debe hacer parte del archivo, siendo copia idéntica al archivo de la embarazada. En el presente estudio, la situación de las USF quesito para esta información fue más favorable que la de las UBS. Se destaca que los profesionales frecuentemente desvalorizan el registro sistemático y organizado de las informaciones en los archivos, aunque este sirva como documento que apoya una buena atención y es fundamental en situaciones éticas y jurídicas, representando seguridad tanto para el profesional como para la clientela⁽¹¹⁾. Quizá debido a la mayor necesidad de que los enfermeros se protejan legalmente cuando ofrecen consulta de prenatal, fue encontrada frecuencia superior del relleno completo de este instrumento en las USF, donde el porcentaje de consultas de enfermería fue más elevado.

Cuando se analiza el indicador síntesis del proceso de atención prenatal preconizado por el PHPN, con la realización de seis consultas, exámenes de primer y tercer trimestres, vacuna contra tétano y revisión de parto, la cobertura en las USF fue baja (31,3%), pero tres veces mayor que en las UBS (10,2%). La efectucción del conjunto de esas acciones debe ser más valorizada, ya que representa los procedimientos mínimos para el cuidado prenatal adecuado, destacándose el derecho de toda embarazada de acceso, de manera a obtener atención digna y de calidad⁽⁷⁾. El análisis individual de los componentes de este indicador síntesis evidencia diferencia significativa entre USF y UBS apenas para los

exámenes. La situación encontrada en las USF de Botucatu es mejor que aquella encontrada en estudio desarrollado en la ciudad de São Paulo, que consideró indicadores semejantes, con resultado favorable solamente en el 7,7% de los casos⁽¹⁸⁾.

La evaluación de la atención prenatal considerándose aspectos sociodemográficos de las mujeres y a partir de indicadores cuantitativos es frecuente en la literatura⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Eso no se observa cuando se investiga indicadores de calidad. En la presente investigación, otros dos indicadores síntesis propuestos (historia clínica completa y consejo pre-recolecta de VIH, y orientación sobre nutrición prenatal y señales de alerta durante el embarazo) también estaban significativamente más presentes en las USF, hecho relevante, ya que estos pueden señalar un diferencial en la calidad de las consultas prenatales.

Conclusiones

De manera general, el cuidado prenatal de las USF fue mejor que aquel de las UBS. Sin embargo, los bajos índices de cobertura de acciones básicas, factibles a ambos modelos de atención de salud, son preocupantes y demandan acciones urgentes de los gestores y profesionales involucrados con el cuidado prenatal en el municipio estudiado.

Con base en los resultados del presente estudio, competará a los gestores poner en práctica intervenciones, tales como el incentivo a las enfermeras de UBS para la realización de consultas prenatales de bajo riesgo; acciones para la concientización de los profesionales respecto a la importancia del registro en los archivos; la ampliación de actividades educativas en grupo y la creación de una propuesta de educación permanente para los profesionales que actúan en la Atención Primaria, buscando así garantizar la práctica efectiva de procedimientos básicos, preconizados por el Ministerio de la Salud y Secretarías Estadual y Municipal, y esenciales para el cuidado prenatal.

Referencias

1. Costa AM, Guilhem D, Walter MIM. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2005;5(39):768-74.
2. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15 Suppl 2:3139-47.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

4. Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Pimpão FD. Infant mortality and prenatal care: contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(1):201-10.
5. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-48.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
8. Secretaria do Estado da Saúde (SP). Atenção à gestante e puerpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde; 2010.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades. Botucatu. [acesso 14 set 2012] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=350750>
10. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008;8(1):113-24.
11. Barbosa MA, Fernandes RAQ. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies in the city of Francisco Morato – SP. *Online Braz J Nurs* [internet]. 2008 [acesso 14 set 2012];7(3) Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1861/398>
12. Naughton MJ, Ellis M. I'm pregnant and I have breast cancer. *BMC Câncer*. 2007;7:93-4. doi: 10.1186/1471-2407-7-93.
13. Gonçalves CV, Dias da Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF, et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1783-90.
14. Fonseca CRB, Strufaldi MWL, Carvalho LR, Puccini RF. Risk factors for low birth weight in Botucatu city, SP state, Brazil: a study conducted in the public health system from 2004 to 2008 *BMC Res Notes*. 2012;5:60. doi:10.1186/1756-0500-5-60.
15. Gonçalves CV, Dias da Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Velleca e Lima LC, Garlet G, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):290-5.
16. Cruz SS, Costa MCN, Gomes Filho IS, Vianna MIP, Santos CT. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):782-7.
17. Bricks LF. Vaccines in pregnancy: a review of their importance in Brazil. *Rev Hosp Clín*. 2003;58(5):263-74.
18. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of São Paulo. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2008; 16(6):986-92.
19. Tran TK, Gottvall K, Nguyen HD, Ascher H, Petzold M. Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts – results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam. *BMC Health Services Res*. 2012;12:40. doi:10.1186/1472-6963-12-40.
20. Hollowell J, Oakley L, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Gray R. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:13. doi: 10.1186/1471-2393-11-13.

Recibido: 18.9.2012

Aceptado: 21.1.2013

Como citar este artículo:

Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar.-abr. 2013 [acceso: _____];21(2):[08 pantallas]. Disponible en: _____

día | año
mes abreviado con punto

URL

www.eerp.usp.br/rlae