

Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil

Prenatal care in high-risk pregnancies and associated factors in the city of São Paulo, Brazil

Atención en prenatal de gestantes de riesgo y factores asociados en el municipio de São Paulo, Brasil

Patricia Rodrigues Sanine ¹
Sonia Isoyama Venancio ²
Fernanda Luz Gonzaga da Silva ³
Nathan Aratani ⁴
Maria Lucia Garcia Moita ³
Oswaldo Yoshimi Tanaka ³

doi: 10.1590/0102-311X00103118

Resumo

Avaliou-se a atenção ao pré-natal de gestantes de alto risco e a identificação de fatores associados, no Município de São Paulo, Brasil. Pesquisa avaliativa com 689 gestantes encaminhadas pela atenção primária à saúde (APS) para a atenção especializada (AE) em 2016. Considerou-se o modelo de APS como variável independente principal: unidade de saúde da família (USF), unidade básica de saúde (UBS) e UBS mista. Utilizou-se modelos de regressão logística múltipla (forward selection) para os desfechos “início precoce do pré-natal” e “acompanhamento compartilhado entre AE e APS”. Evidenciou-se maior chance de “início precoce do pré-natal” e “acompanhamento compartilhado entre AE e APS” ser encaminhada por USF. Independentemente da APS, apresentou associação para “início precoce do pré-natal” ter a pele branca, e para “acompanhamento compartilhado entre AE e APS” ter recebido visita domiciliar. Os resultados evidenciam a importância de serviços organizados segundo o modelo USF, que realizam visita domiciliar e são atentos às vulnerabilidades implícitas nas características individuais das gestantes.

Avaliação em Saúde; Cuidado Pré-natal; Integralidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde

Correspondência

P. R. Sanine
Rua Carlos Guadanini 2406, Botucatu, SP 18610-120, Brasil.
patsanine@yahoo.com.br

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brasil.

² Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Brasil.



Introdução

Na busca pela qualificação da atenção à saúde materno-infantil são observados constantes investimentos no Brasil, como a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a implantação da Rede Cegonha e a recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que além de orientarem as práticas a este grupo populacional, organizam os serviços de saúde em nível nacional ^{1,2,3}.

Esse esforço permanente de manter a saúde materno-infantil em destaque nas políticas públicas tem demonstrado resultados positivos para o país, como a queda da mortalidade materna e infantil acima da média mundial entre 1990 e 2012 ^{4,5,6}. No entanto, esses avanços não aconteceram de forma homogênea entre as regiões, evidenciando-se a necessidade de melhoria na qualidade ao cuidado pré-natal ^{7,8}.

No contexto do Estado de São Paulo, caracterizado por uma tradicional e larga extensão da rede de serviços de atenção primária à saúde (APS) ^{9,10}, observa-se melhores resultados em relação a muitos dos estados brasileiros, representados, por exemplo, pela progressiva redução nos coeficientes de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos), incluindo a neonatal e a neonatal precoce – que passaram, respectivamente, de 7,9 e 5,7 no ano de 2012, para 7,5 e 5,4 em 2016 ^{11,12}.

Independentemente dessa tendência de queda nos indicadores de mortalidade infantil, seus valores ainda apontam a necessidade de melhoria na atenção ao pré-natal ^{13,14}, como expresso na porcentagem de nascidos vivos com baixo peso (9,1%) ou de partos cesáreos (59,4%), no ano de 2015 ¹⁵.

O Município de São Paulo, capital do estado, está localizado em uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS-6) com 11.253.503 habitantes ¹⁶, que representa 57% da população da Região Metropolitana de São Paulo. Apresentava, no ano de 2015, aproximadamente 40% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e 55,6% sem plano de saúde e/ou convênio médico ¹².

Organizado em cinco regiões de saúde, o município apresenta diferenças em suas características socioeconômicas, ambientais e epidemiológicas, assim como na distribuição de equipamentos sanitários. A cobertura populacional da ESF varia de 5,8% na Região Oeste a 40,6% na Sul (2015), no percentual de nascidos vivos por partos cesáreos (Leste = 48,5% e Centro-oeste = 62,9%) ou de pré-natal com 7 e mais consultas (Leste = 69% e Centro-oeste = 82,2%), em 2014 ¹².

Apesar do aumento de gestantes que atenderam a recomendação ministerial de 7 ou mais consultas entre os anos de 2012 e 2016 no município (74,8% e 78,3%, respectivamente), houve manutenção nos coeficientes de mortalidade neonatal precoce (5,3 no ano de 2012 e 5,3 em 2015) e mortalidade fetal (7,9 em 2012 e 8,3 em 2013), mantendo-se em 8,1 até o ano de 2015 ¹².

Esses indicadores, associados ao aumento da incidência de sífilis congênita (3,7 para 7,0 por 1.000 nascidos vivos) e da mortalidade materna (36,4 para 55,0 por 100.000 nascidos vivos), entre os anos de 2011 e 2016, reforçam a hipótese de que o número de consultas ou a idade gestacional de início do acompanhamento pré-natal não pode ser considerado, isoladamente, um indicativo de qualidade, uma vez que não garante significativas reduções nos riscos de morbimortalidade materno-infantil ^{8,12,17,18,19}.

As diretrizes nacionais de saúde indicam os serviços de APS como “*porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde*”, se responsabilizando pelo “*acompanhamento longitudinal e continuado*” ¹⁸ (p. 37), garantindo assim o vínculo e a oferta de uma atenção integral à gestante e sua família ^{3,20}.

O Programa Mãe Paulista e a Rede Cegonha ^{21,22} buscaram impulsionar uma melhor assistência à gestante e seus filhos, porém, não foram suficientes para o enfrentamento dos problemas relacionados à consolidação desta linha de cuidado, especialmente na busca pela integralidade da atenção à gestação ^{23,24,25}.

Diante desse contexto, evidenciou-se a existência de fragilidades na atenção ao pré-natal, que apontam para a necessidade de se conhecer os serviços de APS e compreender as formas de funcionamento da linha de cuidado na atenção às gestantes, almejando identificar possíveis fatores diferenciais para a efetividade do cuidado ofertado no acompanhamento ao pré-natal. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a atenção ao pré-natal de gestantes de alto risco e fatores associados no Município de São Paulo.

Método

Pesquisa avaliativa, com base em inquérito realizado no ano de 2016, em serviços de atenção especializada (AE) no Município de São Paulo, com aplicação de entrevistas a gestantes encaminhadas por serviços de APS do Sistema Único de Saúde (SUS).

Insere-se à pesquisa *Inquérito sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras*, que seguiu as normas éticas de pesquisa com seres humanos, sendo aprovada pelos comitês de ética da Universidade Estadual de Campinas e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o registro 43716515.7.1001.5404.

A população do estudo foi definida como sendo o conjunto de gestantes residentes no município e encaminhadas pela APS para acompanhamento nos serviços especializados para gravidez de risco.

Foram definidos três domínios de estudo, segundo o “modelo de serviço de APS” que realizou o encaminhamento da gestante: unidade básica de saúde “tradicional” (UBS), unidade básica de saúde com Estratégia Saúde da Família (UBS mista) e unidade saúde da família “exclusiva” (USF).

Considerou-se como UBS (tradicional) o serviço que tinha equipes compostas por clínico geral e especialistas (incluindo ginecologista-obstetra e pediatra), além de enfermeiro; a UBS (mista) difere-se por conter o modelo “tradicional” associado à ESF ou seja, integra equipes de saúde da família ou Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) junto à UBS “tradicional”; e a USF (exclusiva), por manter equipes compostas por médico generalista, enfermeiro e agente comunitário de saúde (ACS).

Para dimensionar o tamanho da amostra do estudo, utilizou-se a expressão algébrica para proporções:

$$n_0 = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2}$$

em que P é a proporção a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança usado na determinação do intervalo de confiança; e d é o erro de amostragem. Para o total do município, o erro de amostragem seria de 0,04 e em cada domínio de 0,07, considerando $P = 0,50$ e $z = 1,96$. Isso significa que o cálculo do tamanho da amostra para o município levou em consideração a intenção de desagregar os dados segundo os domínios.

Optou-se por entrevistar (antes da consulta médica) todas as gestantes presentes na sala de espera dos serviços de AE, durante o período definido para a coleta dos dados. Para garantir que a distribuição das gestantes pelos serviços com as características de interesse fosse semelhante na amostra e na população de estudo, definiu-se permanecer o mesmo número de dias em todos os serviços.

Essa opção (de entrevistar gestantes em números iguais de dias em todos os serviços) justifica-se pela possibilidade de que as informações relativas ao tamanho dos serviços utilizadas no planejamento de amostragem não estivessem refletindo a realidade (por estarem desatualizadas ou por haver diferenças entre os serviços de um município em relação a características da população de estudo).

Esse período de coleta foi calculado com base no número estimado de consultas médicas mensais às gestantes e o número de serviços de AE para gravidez de risco do município. Tais dados foram obtidos pelo Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) no período de janeiro a outubro de 2015.

Assim, calculou-se um tamanho amostral de 600 gestantes e um período de coleta de 26 dias, que resultou em 689 gestantes que integram a presente casuística.

As entrevistas foram realizadas por pesquisadores experientes e treinados para a realização do inquérito, e a utilização de registro digital (*tablets*), norteadas por questionário padronizado, com 49 questões fechadas orientadas pelos documentos oficiais da área^{2,3,18,20}, construído por consenso de especialistas e pré-teste em duas regiões metropolitanas de diferentes estados brasileiros.

As questões aplicadas às gestantes permitiram uma caracterização sociodemográfica, da gestação atual e da atenção recebida nos serviços de saúde. As variáveis que compuseram a caracterização da atenção às gestantes foram construídas conforme as recomendações da Rede Cegonha³, tais como: captação precoce da gestante; acompanhamento compartilhado entre APS e AE; ações de contrarreferência; acesso a exames/medicamentos; discussão/escolha do tipo de parto; vínculo com a maternidade; além de conhecer e receber a visita do ACS.

Adotou-se a variável “início precoce do pré-natal” como um dos desfechos do estudo, uma vez que sua garantia favorece o reconhecimento de vulnerabilidades e a identificação de possíveis

agravos, apresentando-se como uma das principais estratégias para assegurar a saúde materno-infantil^{3,18,23,26}.

Outro desfecho foi o “atendimento compartilhado entre APS e AE”, pois o retorno da gestante aos serviços de APS pode ser indicativo da completude da atenção integral ao cuidado, sintetizando atributos como vínculo e responsabilização pelo cuidado^{3,18,26}.

As variáveis explanatórias incluem características sociodemográficas referentes às gestantes entrevistadas e características da atenção à gestação que podem exercer influência sobre cada desfecho – “início precoce do pré-natal” e “atendimento compartilhado entre APS e AE”, sendo algumas variáveis comuns aos dois modelos.

Devido à heterogeneidade dos modelos organizacionais operados nos serviços de APS do município e às evidências de que estes apresentam distintas capacidades de respostas^{13,22,25,27}, considerouse o “tipo de serviço de APS” como variável independente de interesse principal, classificando-a em: UBS, UBS mista e USF.

As análises foram realizadas no pacote estatístico IBM/SPSS v.21.0 (<https://www.ibm.com/>). As características sociodemográficas e da atenção ao pré-natal foram apresentadas por meio da distribuição de frequências. A associação entre as variáveis independentes e os desfechos foi analisada inicialmente usando-se os testes qui-quadrado e, posteriormente, modelos de regressão logística múltipla (“*forward selection*”) com a introdução da variável de interesse principal (tipo de serviços de APS) e covariáveis em ordem de significância estatística (selecionadas com base nos valores de $p < 0,20$ na análise bivariada), sendo apresentadas no modelo final as variáveis que apresentaram $p < 0,05$. Cabe destacar que em função do questionário apresentar filtros referentes às diferentes etapas de segmento e realização da atenção à gestação, a análise de algumas variáveis, como por exemplo do “Serviço que procurou ao passar mal”, pode apresentar um número diferente do total das 689 gestantes entrevistadas.

Resultados

As 689 gestantes encaminhadas para AE por serviços de APS que compuseram a casuística eram usuárias do SUS. Aproximadamente 90% delas realizavam acompanhamento pré-natal na AE há mais de três meses no momento da entrevista (39,5% no 2º trimestre e 50,8% no 3º trimestre gestacional).

Destaca-se maior concentração na faixa etária dos 23 aos 30 anos (31,5%) e dos 31 aos 40 anos (36,3%), escolaridade entre 9 e 12 anos de estudos (66,0%), predomínio da cor de pele parda (43,2%) e não possuir convênio médico e/ou plano de saúde (89,9%) (Tabela 1).

Na caracterização da atenção à gestação (Tabela 2), iniciaram precocemente o pré-natal 81,3%, sendo a USF (42,6%) o serviço de APS que mais realizou encaminhamentos para a AE. Cinquenta e sete vírgula oito por cento das gestantes conhecem o ACS responsável pela área de residência e 43,4% receberam visitas domiciliares de profissionais da APS durante a gestação. Solicitou-se exames complementares para 84,5% das gestantes, sendo que 72,5% destas conseguiram a realização pelo SUS. Do total de entrevistadas, 73,1% realizam acompanhamento compartilhado entre os serviços de APS e AE, destacando a troca de informações por meio de registro na carteira da gestante (57,1%), e quando perguntadas sobre o motivo do encaminhamento, cerca de 80% o desconhecem.

A Tabela 3 apresenta a análise bivariada dos fatores associados ao desfecho “início precoce do pré-natal”. Foram selecionadas para compor a análise multivariada as seguintes variáveis: idade entre 19 e 34 anos ($p = 0,016$), de cor da pele branca ($p = 0,073$), que possuíam convênio médico e/ou plano de saúde ($p = 0,179$) e que pagaram pelos exames ($p = 0,037$). Originárias da USF ($p = 0,030$) conheciam o ACS ($p = 0,023$) e relataram receber visita domiciliar durante a gestação ($p = 0,018$), além de retirar medicamentos na APS ($p = 0,144$).

Para o desfecho “atendimento compartilhado entre APS e AE” as variáveis selecionadas foram: ter idade entre 19 e 34 anos ($p = 0,100$), ser acompanhada na APS por USF ($p < 0,001$), conhecer o ACS ($p < 0,001$), além de pegar medicamentos na APS ($p = 0,188$), não ter cor da pele branca ($p = 0,172$), não receber visita domiciliar ($p < 0,001$) e não ter utilizado plano de saúde e/ou convênio médico para o pagamento dos exames ($p = 0,035$) (Tabela 4).

Tabela 1

Distribuição das variáveis sociodemográficas que caracterizam as gestantes entrevistadas em serviços especializados em gestação de alto risco. São Paulo, Brasil, 2016.

Variáveis	n (N = 689)	%
Idade (anos)		
13-18	78	11,3
19-22	75	10,9
23-30	217	31,5
31-40	250	36,3
41-51	69	10,0
Escolaridade (anos de estudos)		
4 ou menos	18	2,6
5-8	140	20,3
9-12	455	66,1
13 ou mais	73	10,6
Não sabe/Não respondeu	3	0,4
Cor da pele		
Branca	256	37,2
Preta	121	17,6
Parda	298	43,2
Amarela	10	1,4
Não sabe/Não respondeu	4	0,6
Possui plano de saúde e/ou convênio médico		
Sim	70	10,2
Não	616	89,4
Não sabe/Não respondeu	3	0,4

Tabela 2

Distribuição das variáveis de caracterização da atenção à gestação prestada a gestantes entrevistadas em serviços especializados em gestação de alto risco. São Paulo, Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Início do pré-natal na APS		
Primeiro trimestre	560	81,3
Segundo trimestre	112	16,2
Terceiro trimestre	17	2,5
Serviços de APS onde iniciou o pré-natal		
UBS (tradicional)	241	35,0
UBS (mista)	154	22,4
USF (exclusiva)	293	42,6
Conhece ACS *		
Sim	398	57,8
Não	291	42,2
Recebeu visita domiciliar *		
Sim	299	43,4
Não	390	56,6

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variáveis	n	%
Retira medicamentos na APS *		
Sim	550	87,4
Não	79	12,6
Profissional que encaminhou para AE *		
Médico generalista	283	41,3
Médico especialista/Ginecologista-obstetra	292	42,6
Outros profissionais de saúde	110	16,1
Trimestre de gestação do encaminhamento para AE		
Primeiro trimestre	353	51,4
Segundo trimestre	257	37,3
Terceiro trimestre	78	11,3
Motivo do atendimento na AE		
Diagnóstico do risco	37	5,4
Sem especificar o motivo	530	77,0
Por agravos específicos	109	15,8
Não sabe/Não respondeu	13	1,8
Retorno na 1ª consulta		
Sim	647	93,9
Não	42	6,1
Sabe a maternidade que realizará o parto		
Sim	345	50,1
Não	344	49,9
Solicitação de exame na AE		
Sim	582	84,5
Não ou não sabe	107	15,5
Realização de todos os exames pelo SUS *		
Sim	422	72,5
Não ou não sabe	160	27,5
Outras formas de pagamento para a realização dos exames *		
Plano de saúde e/ou convênio médico	12	16,7
Particular	60	83,3
Exames não realizados pelo SUS *		
Ultrassonografia	88	88,9
Outros exames	11	11,1
Internação durante a gestação		
Sim	81	11,8
Não	608	88,2
Acompanhamento compartilhado (APS e AE)		
Sim/Continua o acompanhamento na APS	501	73,1
Parou o acompanhamento na APS	169	24,7
Não sabe ou nunca fez acompanhamento na APS	19	2,2
Mecanismos de contrarreferência para APS *		
Carteira da gestante	286	57,1
Relato informal (apenas)	70	14,0
Outros	58	11,6
Não leva (nenhuma) informação	87	17,3
Serviço que procurou ao passar mal *		
APS	48	13,7
AE	26	7,4
Outros serviços	277	78,9

ACS: agente comunitário de saúde; AE: atenção especializada; APS: atenção primária à saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: unidade básica de saúde; USF: unidade saúde da família.

* Variáveis que não contemplam a amostra total, tendo em vista a sistemática utilizada na coleta dos dados.

Tabela 3

Análise bivariada das variáveis associadas ao início precoce do pré-natal em serviços especializados em gestação de alto risco. São Paulo, Brasil, 2016.

Variáveis	Início precoce do pré-natal				Valor de p *
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade (anos)					
< 19	67	71,3	27	28,7	
19-34	323	84,1	61	15,9	0,016
35 ou mais	170	80,6	41	19,4	
Cor da pele					
Branca	217	84,8	39	15,2	
Preta/Parda/Amarela	340	79,3	89	20,7	0,073
Escolaridade (anos de estudos)					
< 8	123	77,8	35	22,2	
9-12	376	82,6	79	17,4	0,382
> 13	58	79,5	15	20,5	
Possui plano de saúde e/ou convênio médico					
Sim	61	87,1	9	12,9	
Não	496	80,5	120	19,5	0,179
Serviços de APS onde iniciou o pré-natal					
UBS (tradicional)	184	76,3	57	23,7	
UBS (mista)	125	81,2	29	18,8	0,030
USF (exclusiva)	250	85,3	43	14,7	
Conhece ACS					
Sim	335	84,2	63	15,8	
Não	225	77,3	66	22,7	0,023
Recebeu visita domiciliar					
Sim	255	85,3	44	14,7	
Não	305	78,2	85	21,8	0,018
Retira medicamentos na APS					
Sim	455	83,5	95	16,5	
Não	60	75,9	19	24,1	0,144
Profissional que encaminhou para AE					
Médico	244	86,2	39	13,8	
Especialista/Ginecologista-obstetra	224	76,7	68	23,3	0,013
Outros	86	81,9	19	18,1	
Pagou ultrassonografia					
Sim	319	80,4	78	19,6	
Não	238	82,4	51	17,6	0,508
Realizou exame com plano de saúde e/ou convênio médico					
Sim	12	100,0	0	0,0	
Não	77	88,5	10	11,5	0,215
Realizou exame com pagamento particular					
Sim	57	95,0	30	5,0	
Não	32	82,1	7	17,9	0,037

ACS: agente comunitário de saúde; AE: atenção especializada; APS: atenção primária à saúde; UBS: unidade básica de saúde; USF: unidade saúde da família.

* Referente ao teste do qui-quadrado.

Tabela 4

Análise bivariada das variáveis associadas ao atendimento compartilhado em serviços especializados em gestação de alto risco à atenção primária. São Paulo, Brasil, 2016.

Variáveis	Atendimento compartilhado AE e APS				Valor de p *
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade (anos)					
< 19	60	65,9	31	34,1	
19-34	288	76,8	87	23,2	0,100
35 ou mais	153	75,0	51	25,0	
Cor da pele					
Branca	177	71,7	70	28,3	0,172
Preta/Parda/Amarela	321	76,4	99	23,6	
Escolaridade (anos de estudos)					
< 8	119	76,8	36	23,2	
9-12	329	74,4	113	25,6	0,609
> 13	51	71,8	20	28,2	
Possui plano de saúde e/ou convênio médico					
Sim	51	76,1	153	25,5	0,883
Não	448	74,5	16	23,9	
Início do pré-natal na APS					
Primeiro trimestre	406	74,4	140	25,6	0,504
Segundo trimestre	85	77,3	25	22,7	
Terceiro trimestre	10	71,4	04	28,6	
Serviços de APS onde iniciou o pré-natal					
UBS (tradicional)	156	67,9	74	32,1	< 0,001
UBS (mista)	103	67,7	49	32,3	
USF (exclusiva)	242	84,0	46	16,0	
Conhece ACS					
Sim	318	81,3	73	18,7	< 0,001
Não	183	65,6	96	34,4	
Recebeu visita domiciliar					
Sim	248	84,9	44	15,1	< 0,001
Não	253	66,9	125	33,1	
Retira medicamentos na APS					
Sim	411	76,2	128	23,8	0,188
Não	54	71,0	22	29,0	
Profissional que encaminhou para AE					
Médico	221	80,1	55	19,9	0,080
Especialista/Ginecologista-obstetra	194	68,3	90	31,7	
Outros	85	77,3	23	22,7	
Tempo de gestação quando foi encaminhada para AE					
Primeiro trimestre	253	74,0	89	26,0	0,604
Segundo trimestre	193	76,3	60	23,7	
Terceiro trimestre	55	74,3	19	25,7	
Motivo do atendimento na AE					
Acompanhamento especializado	391	75,6	126	24,4	0,477
Diagnóstico	25	69,4	11	30,6	
Outros motivos	85	72,7	32	27,3	

(continua)

Tabela 4 (continuação)

Variáveis	Atendimento compartilhado AE e APS				Valor de p *
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Pagou ultrassonografia					
Sim	294	75,4	96	24,6	0,382
Não	205	73,7	73	26,3	
Realizou exame com plano de saúde e/ou convênio médico					
Sim	7	70,0	3	30,0	0,217
Não	73	84,9	13	15,1	
Realizou exame com pagamento particular					
Sim	51	86,4	08	13,6	0,189
Não	29	78,4	08	21,6	
Tempo de gestação no momento da entrevista					
Primeiro trimestre	52	81,2	12	18,8	0,552
Segundo trimestre	196	75,1	65	24,9	
Terceiro trimestre	253	73,3	92	26,7	

ACS: agente comunitário de saúde; AE: atenção especializada; APS: atenção primária à saúde; UBS: unidade básica de saúde; USF: unidade saúde da família.

* Referente ao teste do qui-quadrado.

Na Tabela 5, são apresentadas as variáveis que compuseram os modelos finais para ambos os desfechos, sendo que para o “início precoce do pré-natal” as UBS tradicional e mista conferiram maior chance de a gestante não iniciar precocemente o pré-natal, porém, apenas a UBS tradicional apresentou associação significativa. Além disso, as gestantes que se autodeclararam pretas/pardas/amarelas apresentaram chance 1,5 vez maior de iniciar o pré-natal tardiamente, mantendo a associação, independente, do tipo de serviço de APS que realizou o encaminhamento.

Já em relação ao desfecho “atendimento compartilhado entre APS e AE”, verificou-se que a USF influenciou de forma positiva sua presença e as UBS Mista apresentaram duas vezes a chance deste compartilhamento não ocorrer (IC: 1,280-3,341). Outra variável significativa foi a ausência de visitas domiciliares, que aumentou em 2,4 vezes a chance do não compartilhamento entre os serviços (Tabela 5).

Discussão

A atenção à gestação estabelece o acompanhamento pré-natal como uma das principais estratégias dos serviços de saúde^{1,2,3,18,28}, que por meio de uma atenção integral e integrada, destacam o início precoce e o compartilhamento do cuidado como ações que qualificam a assistência à necessidade de cada gestante, reduzindo a ocorrência de agravos evitáveis^{2,3,8,13,22,26,27}.

O presente trabalho permitiu a caracterização da atenção às gestantes de alto risco no Município de São Paulo e os resultados evidenciaram que, para além do modelo organizacional da APS – que apresentou associação com os atributos “início precoce do pré-natal” e “atendimento compartilhado entre APS e AE” – características individuais das gestantes como a cor da pele, e da atenção ao pré-natal, como a realização de visita domiciliar, exercem influência significativa sobre os desfechos elencados.

Assim como identificado em estudos de revisão sistemática e de abrangência nacional e estadual^{13,23,29}, a análise do percurso das gestantes nessa linha de cuidado permitiu identificar avanços, como o início precoce do pré-natal, o encaminhamento precoce para o ambulatório de alto risco e o acesso

Tabela 5

Modelo de regressão logística múltipla das variáveis relacionadas aos desfechos “início precoce do pré-natal” e “atendimento compartilhado” na atenção à gestação em serviços especializados em gestação de alto risco e a atenção primária. São Paulo, Brasil, 2016.

Variáveis	OR (ajustado)	IC95%	Valor de p *
Desfecho “início precoce do pré-natal”			
Serviços de APS onde iniciou o pré-natal			
UBS (tradicional)	1,934	1,240-3,017	0,004
UBS (mista)	1,378	0,819-2,321	0,227
USF (exclusiva)	1,000		
Cor da pele			
Branca	1,000		
Preta/Parda/Amarela	1,523	1,004-2,312	0,048
Desfecho “atendimento compartilhado AE e APS”			
Serviços de APS onde iniciou o pré-natal			
UBS (tradicional)	1,476	0,903-2,413	0,120
UBS (mista)	2,068	1,280-3,341	0,003
USF (exclusiva)	1,000		
Recebeu visita domiciliar			
Sim	1,000		
Não	2,390	1,518-3,763	< 0,001

ACS: agente comunitário de saúde; AE: atenção especializada; APS: atenção primária à saúde; IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*; UBS: unidade básica de saúde; USF: unidade saúde da família.

* Regressão logística múltipla.

aos medicamentos no âmbito da APS. Por outro lado, importantes fragilidades foram identificadas no acesso à realização de exames, especialmente da ultrassonografia. Merece destaque, apesar de não ter se mantido no modelo final, o número de gestantes que relataram pagar por exames, o que pode indicar desigualdades na oferta de serviços que são refletidas no acesso.

Além disso, um importante marcador de qualidade da atenção, que consiste no conhecimento da maternidade em que ocorrerá o parto ³, mostrou situação crítica. Próximo aos valores nacionais aos quais menos de 60% das gestantes foram orientadas sobre a maternidade de referência para o parto ²⁹, esse resultado possibilitou visualizar questões como o vínculo e a possível peregrinação das gestantes à procura de maternidade, o que é preocupante tratando-se de uma gestação com maior risco de intercorrências ^{3,23}.

A USF foi o serviço que mais encaminhou as gestantes para AE. Diferentemente da crença das gestantes que confiam mais no médico especialista ²⁵, esse resultado demonstra que tanto o médico generalista quanto o especialista tomam a mesma conduta ao identificarem possíveis riscos. Porém, observou-se que as gestantes possuem pouca informação sobre os motivos desse encaminhamento, sugerindo a necessidade de envolvê-las no processo de cuidado ³⁰.

Conforme já apontado pela literatura, há uma associação entre a implantação da ESF e a melhoria da qualidade do pré-natal ^{11,31,32}. Quando comparada aos serviços do tipo UBS tradicional, a ESF destaca-se por apresentar uma organização que favorece a identificação das necessidades de saúde da população e maior integração com as famílias e comunidade, ampliando o vínculo do serviço com a população. Exemplificam essa organização as práticas como a delimitação de área de abrangência, restrição do tamanho da população coberta, abordagem por equipe multiprofissional, visitas domiciliares e atuação dos ACS ³².

Essa associação pode ser exemplificada pelo aumento na porcentagem de consultas de pré-natal no Município de São Paulo, que passou de 46,9% para 51,4% entre os anos de 2011 e 2014 ¹² e, também, foi evidenciada no presente trabalho pela influência positiva da USF sobre o início oportuno ao pré-natal.

Considerando que a busca ativa realizada pelo ACS, que compõe a equipe de saúde da família, favorece a identificação oportuna de gestantes, os achados deste estudo se apresentam coerentes e corroboram as publicações de vários estados brasileiros que apontam a USF como o serviço que apresenta maior chance de iniciar o pré-natal precocemente ^{8,13,33}.

Entretanto, assim como já descrito em outros estudos, preocupa os relatos de gestantes que apesar de realizarem pré-natal em USF desconhecem o ACS ou não receberam visita domiciliar durante a gestação, sugerindo limitações quanto ao vínculo, além de falhas na organização das ações de vigilância que justificariam as ocorrências com início tardio ^{13,26}.

A literatura aponta que o atendimento compartilhado de maneira apropriada, ou seja, mantendo uma comunicação articulada entre os serviços, torna-se um importante diferencial na atenção à gestação ^{34,35}. Apesar do expressivo número de atendimentos compartilhados identificados neste estudo, chama atenção a existência de gestantes que não levaram nenhuma informação de volta à APS ou a levam apenas de forma informal.

Essa comunicação realizada pela própria gestante entre os serviços de APS e AE foi relatada em um estudo realizado em Cuiabá ²⁴, evidenciando que essa falta de articulação entre os serviços também ocorre em outros estados brasileiros. Cabe destacar que esse achado reforça a importância da utilização da carteira da gestante como uma ferramenta importante nesse processo e que, segundo estudos, pouco utilizada pelos profissionais ou com anotações incompletas ²⁸.

A prática da visita domiciliar é reconhecida como uma importante estratégia dos serviços de APS para a melhoria da qualidade à gestação, especialmente em países de baixa e média rendas ^{36,37}.

Acerca das visitas domiciliares e sua influência sobre o cuidado compartilhado, destacam-se vantagens como maior liberdade e construção coletiva na condução do cuidado, além de favorecerem o conhecimento e a vivência no contexto do usuário. Assim, a atenção realizada fora do serviço de saúde permite a construção e consolidação de vínculo ^{26,33}, o que poderia justificar a permanência significativa da variável "Recebeu visita domiciliar" como indutora do atendimento compartilhado entre APS e AE.

Cabe destacar que tal resultado ganha maior relevância diante das alterações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ²⁰, que reduz o número de ACS por serviço, flexibilizando a equipe e restringindo sua atuação às áreas de maior vulnerabilidade.

Embora nem todas as características das gestantes, como por exemplo, idade e escolaridade, tenham demonstrado, isoladamente, associação significativa com os desfechos do estudo, a variável cor da pele diferenciou a condição de utilização da oferta de serviços, apontando a existência de iniquidades, especialmente no início precoce do pré-natal.

Esses achados corroboram com estudos, nacionais e internacionais, que apontam as vulnerabilidades relacionadas à cor da pele ^{19,23,28,38,39} e destacam sua importância como marcador de desigualdade que está relacionado diretamente ao início precoce do acompanhamento pré-natal, ou seja, representa um fator limitador do acesso, independentemente do modelo de APS utilizado pelas gestantes.

É inquestionável a influência dos fatores socioeconômicos sobre a saúde ^{40,41}. Levando em consideração que a cor da pele é compreendida como um proxy desses fatores, cabe destacar que as limitações evidenciadas ganham maior destaque na medida em que o Município de São Paulo, assim como todo o Brasil, é composto por uma grande miscigenação, reforçando a necessidade da inserção e ampliação social nos serviços.

A influência da ESF sobre o início precoce do pré-natal e o atendimento compartilhado entre APS e AE identificada neste estudo é reforçada pelos dados municipais das regiões Leste e Sul no ano de 2015, que apresentam semelhanças entre usuários SUS dependentes (Leste = 67,8%; Sul = 62,7%) e o número de serviços de APS (Leste = 112; Sul = 121), diferenciando-se apenas em relação à cobertura da ESF (Leste = 39,3%; Sul = 71,3%). Os melhores resultados nos indicadores de saúde da Região Sul, coberta por maior número de equipes de saúde da família em relação ao coeficiente de mortalidade perinatal (Leste = 15,5; Sul = 13,3) e de mortalidade fetal (Leste = 9,7; Sul = 7,6), por 100 mil nascidos vivos, são favoráveis à influência positiva deste modelo nos indicadores de atenção à gestação ¹².

Os autores reconhecem os limites do estudo por realizarem as entrevistas nos serviços de saúde e por não identificarem os possíveis encaminhamentos feitos diretamente pelos serviços de pronto atendimento ou urgência e que, portanto, podem não refletir a realidade de todas as gestantes de alto risco do município. No entanto, cabe destacar que mesmo diante dessas limitações os resultados apre-

sentados ganham relevância, especialmente, pensando que as dificuldades devem se agravar – como já observado pelo aumento da mortalidade infantil – visando, assim, a contribuir com evidências que favoreçam investimentos bem aplicados e direcionados a ações de maior impacto nos indicadores de saúde ^{42,43}.

Considerações finais

O presente trabalho buscou contribuir para o entendimento dos avanços e desafios que se colocam para a qualificação da atenção à gestação. Como já referenciada a importância da implantação do modelo USF como estratégia para a equidade em saúde, evidenciou-se este modelo organizacional como o que imprime maior chance de a gestante iniciar o pré-natal precocemente, além de manter o acompanhamento compartilhado durante a gestação de alto risco.

Entretanto, independentemente do modelo operado no serviço de APS, destacam-se importantes questões que influenciam nesse resultado, como as vulnerabilidades individuais das gestantes, especialmente em não ter a cor da pele branca, e fragilidades identificadas no percurso das gestantes da APS à AE, em particular, relacionada à visita domiciliar.

Tais resultados reforçam a influência positiva da USF sobre os desfechos relacionados à gestação, a importância da construção de práticas de saúde mais inclusivas, além do potencial das visitas domiciliares para garantir a ampliação do acesso e da integralidade no cuidado.

Colaboradores

Todos os autores participaram de todas as etapas de elaboração do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Patricia Rodrigues Sanine (0000-0002-7668-0327); Sonia Ioyama Venancio (0000-0001-7147-3292); Fernanda Luz Gonzaga da Silva (0000-0002-2576-458X); Nathan Aratani (0000-0002-4602-7319); Maria Lucia Garcia Moita (0000-0001-9548-4981); Oswaldo Yoshimi Tanaka (0000-0002-5653-0794).

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração dos serviços de atenção à gestação, em especial, às usuárias que responderam ao inquérito, além do Grupo de Pesquisa AcesSUS, responsável por todo planejamento e coleta dos dados. Agradecem, também, ao Dr. Marcos Drumond Junior, cujo apoio foi essencial para a construção do banco de dados. A pesquisa financiada pelo MCTI/CNPq/MS – SCTIE – Decit nº 41/2013.

Referências

1. Sanine PR, Castanheira ERL. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2018; 25:199-215.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2015; 6 ago.
3. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388:1775-812.
5. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Zhu JPJ, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2016; 388:3027-35.
6. Venancio SI, Rosa TEC, Sanches MTC, Shigeno EY, Souza JMP. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2016; 16:283-93.

7. Vega CEP, Soares VMN, Nasr AMLF. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00197315.
8. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:789-800.
9. Samoto AK, Venancio SI. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP. *BIS, Bol Inst Saúde* 2014; 15 Suppl:23-31.
10. Mota A, Schraiber LB. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc* 2011; 20:837-52.
11. Lourenço EC, Guerra LC, Tuon RA, Silva SMCV, Ambrosano GMB, Corrente JE, et al. Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19:2055-62.
12. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *TabNet*. <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=6522> (acessado em 20/Set/2017).
13. Sanine PR, Zarili TFT, Nunes LO, Dias A, Castanheira ERL. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00094417.
14. Sala A, Mendes JDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saúde Soc* 2011; 20:912-26.
15. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista da Primeira Infância. <http://www.ippi.seade.gov.br/frontend/#/> (acessado em 21/Set/2017).
16. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB nº 36, de 21 de setembro de 2011. *Diário Oficial do Estado de São Paulo* 2011; 22 set.
17. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (10):CD000934.
18. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 32).
19. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1053-64.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
21. Secretaria Municipal de Saúde. Rede de Proteção à Mãe Paulistana também é Rede Cegonha: relatório convênio 004/2012. Janeiro de 2009 a março de 2015. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2015.
22. Succi RCM, Figueiredo EM, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm* 2008; 16:986-92.
23. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Colet (Rio J.)* 2016; 24:252-61.
24. Corrêa ACP, Dói HY. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. *Ciênc Cuid Saúde* 2014; 13:104-10.
25. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2007; 7:75-82.
26. Feuerwerker LCM, organizador. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
27. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21:535-42.
28. Bryant AS, Worjolah A, Caughey AB, Washington AE. Racial/ethnic disparities in obstetrical outcomes and care: prevalence and determinants. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:335-43.
29. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S85-100.
30. Oliveira VJ, Moreira AMF. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2011; 15:103-9.
31. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:1499-509.
32. Flôr CR, Oliveira CL, Cardoso CS, Rabelo CF, Gontijo BL, Carvalho SF, et al. Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20:714-26.
33. Arce VAR, Souza MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad Saúde Colet (Rio J.)* 2014; 22:62-8.
34. Cabrita BAC, Abrahão AL, Rosa AP, Rosa FSF. A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde* 2015; 14:1139-48.

35. Xavier RB, Bonan C, Silva KS, Nakano AR. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. *Interface (Botucatu)* 2015; 19:1109-20.
36. Edmond KM, Yousufi K, Anwari Z, Sadat SM, Staniczai SM, Higgins-Steele A, et al. Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? A population-based intervention study. *BMC Med* 2018; 16:106.
37. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2015; 37:140-7.
38. Sánchez-Gómez A, Cevallos W, Grijalva MJ, Silva-Ayçaguer LC, Tamayo S, Jacobson JO, et al. Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública* 2016; 40:341-6.
39. Mangwi Ayiasi R, Kolsteren P, Batwala V, Criel B, Orach CG. Effect of village health team home visits and mobile phone consultations on maternal and newborn care practices in Masindi and Kiryandongo, Uganda: a community-intervention trial. *PLoS One* 2016; 11:e0153051.
40. Zere E, Kirigia JM, Duale S, Akazili J. Inequities in maternal and child health outcomes and interventions in Ghana. *BMC Public Health* 2012; 12:252.
41. Rowe RE, Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med* 2003; 25:113-9.
42. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Brazil's health catastrophe in the making. *Lancet* 2018; 392:731-2.
43. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 15:e1002570.

Abstract:

This study assessed prenatal care in high-risk pregnancies and associated factors in the city of São Paulo, Brazil. This was an evaluative study of 689 pregnant women referred from primary care (PHC) to specialized care in 2016. The type of PHC model was used as the main independent variable: family health units (USF), basic health units (UBS), and UBS/mixed. Multiple logistic regression models with forward selection were used for the outcomes “early initiation of prenatal care” and “shared follow-up between specialized care and PHC”. Referral by a USF was associated with higher odds of “early initiation of prenatal care” and “shared follow-up between specialized care and PHC”. Independently of the type of PHC, there were associations between “early initiation of prenatal care” and white skin color, and between “shared follow-up between specialized care and PHC” and having received a home visit. The results demonstrate the importance of services organized according to the USF model, which conducts home visits and is attuned to the implicit vulnerabilities in pregnant women’s individual characteristics.

Health Evaluation; Prenatal Care; Integrality in Health; Health Services Accessibility; Primary Health Care

Resumen:

Se evaluó la atención prenatal en gestantes de alto riesgo y la identificación de factores asociados, en el municipio de São Paulo, Brasil. Se realizó una encuesta evaluativa a 689 gestantes que fueron dirigidas desde la atención primaria a la salud (APS) a la atención especializada (AE) en 2016. Se consideró el modelo de APS como variable independiente principal: unidad de salud familiar (USF), unidad básica de salud (UBS) y UBS/mixta. Se utilizaron modelos de regresión logística múltiple (forward selection) para los resultados “inicio precoz de prenatal” y “seguimiento compartido entre AE y APS”. Se evidenció una mayor oportunidad de “inicio precoz de la atención prenatal” y “seguimiento compartido entre AE y APS” siempre que fuera dirigido por USF. Independientemente de la APS, se presentó asociación en “inicio precoz de la atención prenatal”, tener la piel blanca y, en “acompañamiento compartido entre AE y APS”, haber recibido una visita domiciliaria. Los resultados muestran la importancia de los servicios organizados según el modelo USF, que realizan una visita domiciliaria y están atentos a las vulnerabilidades implícitas en las características individuales de las gestantes.

Evaluación en Salud; Atención Prenatal; Integralidad en Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud

Recebido em 27/Mai/2018

Versão final reapresentada em 06/Mar/2019

Aprovado em 30/Abr/2019