



QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM RELAÇÃO ÀS SOROLOGIAS SÍFILIS, HIV E HEPATITE B EM GESTANTES DE UNIDADE DE SAÚDE EM NATAL/RN*

RESUMO

INTRODUÇÃO: A assistência pré-natal (APN) é um dos pilares do cuidado à saúde materno-infantil. Para atingir seus propósitos, é necessário que a assistência oferecida cumpra requisitos mínimos. **OBJETIVO:** Descrever a vigilância de sífilis, HIV e hepatite B em Unidade de Saúde da Família de Natal/RN. **METODOLOGIA:** Foram utilizados prontuários e cartões das gestantes que eram cobertas pela Estratégia Saúde da Família entre 2009 e julho de 2010. Utilizou-se um protocolo para coleta de dados em prontuário, obtendo-se desde a identificação da paciente até os resultados

dos testes sorológicos com data de realização e do retorno dos exames. Os procedimentos de análise envolveram estatísticas descritivas e bivariadas utilizando o programa Primer, versão 3.0. Para a qualidade do pré-natal foi utilizado índice de Kessner modificado por Takeda. **RESULTADOS:** 77,21% possuíam registro da solicitação de VDRL na 1ª consulta e 25,31% no 3º trimestre. 12,66% e 14,28% não realizaram o primeiro e o segundo VDRL, respectivamente. A sorologia para HIV foi solicitada em 53,16% das gestantes na primeira consulta e em 7,59% no último trimestre. 13,92% não realizaram

*Antônio Medeiros Júnior (soriedemjunior@gmail.com); Amanda Samara Davi de Lima (amandasmed@gmail.com); Ana Marina Dutra Ferreira da Silva (anamarinadutra@gmail.com); Maria Elizabeth Molick de Lima (molick@supercabo.com.br); Lidence Ferreira Lima Lopes (ceveli@uol.com.br)

o primeiro e 3,79%, a segunda sorologia. Encontramos 25,31% de solicitações de HbsAg, 16,45% não o realizaram. As gestantes levaram até 112 dias para realizar as sorologias e até 154 para retornarem com o resultado. Quanto à qualidade, 46,80% de pré-natal foram classificados como adequados. **CONCLUSÕES:** Encontramos um percentual relevante de sorologias não realizadas e ainda maior percentual de registros sem informação, com destaque para o sub-registro de prontuários médicos de mulheres grávidas e cartões de gravidez. O longo tempo na realização e retorno com resultados das sorologias tem razão multifatorial, que vai desde a falta de estrutura e processos de trabalho deficientes no

sistema de saúde até as dificuldades enfrentadas por mulheres grávidas para romper as limitações da rede. Assim, sorologias básicas recomendadas pelo Ministério da Saúde não são realizadas de forma satisfatória nessa Unidade de Saúde de Natal, e, quando realizadas, o retorno com os resultados muitas vezes leva mais tempo do que o esperado. Embora não possamos garantir a validade externa deste estudo, esta parece ser a realidade de outros locais em todo o país.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal.
Atenção primária à saúde.
Doenças sexualmente transmissíveis.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal (APN) é um dos pilares do cuidado à saúde materno-infantil, cuja relevância para a redução da morbimortalidade dessa população já se encontra estabelecida¹. Para atingir seus propósitos, é necessário que a assistência oferecida cumpra requisitos mínimos.

Tradicionalmente, o número de consultas e a época de início do acompanhamento pré-natal têm sido os indicadores mais comumente empregados na avaliação da APN (tanto pelo Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento – PHPN – quanto pelo *Adequacy of Prenatal Care Utilization* – APNCU). Entre os indicadores empregados para o estudo da adequação do cuidado pré-natal, evidenciam-se dois grupos distintos: os de utilização ou quantitativos e os de conteúdo ou de processo ou qualitativos. A maioria das investigações se concentra no uso dos indicadores quantitativos². As medidas combinadas mais frequentemente escolhidas são o Índice de Kessner^{3,4} adaptado por Takeda⁵ e o APNCU *Index* ou Índice de Kotelchuck⁶.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza no mínimo seis consultas pré-natais, sendo a primeira no primeiro trimestre, outras duas no segundo trimestre e as três últimas no terceiro trimestre de gestação. Além disso, recomenda

também que a primeira consulta seja até 17 semanas de gestação. Além da realização do número de consultas recomendado, dentro da precocidade preconizada, é necessário que elas sejam de boa qualidade, aspecto que tem sido negligenciado^{1,7}. A definição do que seja assistência pré-natal de qualidade encontra dificuldades dentro da natureza diversificada da própria APN, constituída de um amplo espectro de ações a serem oferecidas em momentos oportunos, ao longo da gestação. Entre as consultas, o rastreamento de infecções verticalmente transmissíveis, tais como HIV, sífilis e hepatite B, é uma das intervenções com possibilidade de maior impacto sobre a saúde perinatal, porquanto à identificação da doença pode-se seguir o tratamento eficaz, visando a cura materna ou a prevenção da infecção fetal.

O PHPN preconiza alguns exames laboratoriais e sorologias que devem ser solicitados de acordo com o período gestacional⁷. No entanto, a solicitação em tempo gestacional adequado não garante um retorno em tempo hábil desses exames laboratoriais para que, a depender dos resultados, a equipe médica da unidade de saúde possa intervir com a finalidade de que não haja acometimento fetal. Desse modo, a precocidade

da avaliação sorológica, essencial para o sucesso da triagem durante o pré-natal, parece ser um desafio a ser enfrentado. Como demonstrado em alguns estudos, apesar da alta cobertura do pré-natal no Brasil, muitas gestantes deixam de se submeter ao teste anti-HIV, seja por dificuldade de acesso e/ou pela qualidade da atenção⁸. Outros estudos vão além e apontam que problemas estruturais nos serviços de apoio ao diagnóstico, com tempos demasiado longos para retorno dos resultados, parecem ser os principais

limitantes para o alcance da cobertura de 100% das gestantes com os exames VDRL e anti-HIV⁹. Vários autores têm defendido que o uso de testes com resultado imediato, realizados na própria unidade de saúde, permitiria intervenções mais oportunas^{10,11}. Diante disso, avaliar a adequada solicitação dos exames laboratoriais é tão importante quanto avaliar a época gestacional do retorno dessa gestante com os resultados desses exames, sendo um item importante a ser validado na qualidade da APN.

OBJETIVO GERAL

Diante da importância do tema, o objetivo geral deste trabalho foi descrever a assistência pré-natal na Unidade de Saúde da Família (USF) de Nazaré, situada no Distrito Oeste – Natal/RN,

quanto à vigilância de sífilis, HIV e hepatite B, estimando a cobertura desses testes sorológicos e identificando o período gestacional da solicitação e do retorno dos resultados dos exames.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado na USF de Nazaré, pertencente ao Distrito de Saúde – Oeste, no município de Natal/RN, abrangendo toda a área coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF). O bairro tem aproximadamente 16.000 habitantes, sendo a população adstrita organizada em três áreas, cada uma com aproximadamente cinco microáreas, totalizando 2.304 famílias.

O delineamento do estudo foi observacional individuado transversal analisando-se os prontuários das pacientes⁸. A amostra foi estimada considerando a média anual de pré-natal realizado na USF, sendo esperado um total de cerca de 130 gestantes pertencentes à área coberta pela ESF. O projeto foi desenvolvido por estudantes do curso de medicina integrantes do Programa de Educação Tutorial pela Saúde (PET-Saúde da Família Natal/RN), seu tutor e preceptores, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e profissionais de saúde da Unidade referida, respectivamente, com recursos próprios para subsidiar os gastos advindos com a pesquisa.

Para a coleta de dados, inicialmente foi realizado um levantamento dos prontuários no Setor de Arquivo da Unidade e, posteriormente, realizada a busca ativa do cartão da gestante a partir do endereço registrado e oferecido o convite para participar do estudo por meio da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídas as gestantes inseridas no SIS Pré-natal, que eram cobertas pela ESF e cujo primeiro atendimento tivesse sido realizado entre o ano de 2009 e julho de 2010, sendo excluídas as gestantes com mudança de endereço no início do pré-natal e aquelas que sofreram abortos no início da gestação.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi uma ficha criada pelos integrantes do projeto contendo dados sobre a identificação da paciente, tais como seu nome, área e microárea; a data da última menstruação; a data provável do parto; antecedentes de DST; o número de consultas pré-natal realizadas, dessas, quantas foram realizadas pelo médico e quantas pela enfermagem; o resultado dos testes sorológicos com preenchimento

da data de realização e do retorno da gestante com os resultados e, para as sorologias positivas, a convocação do parceiro ao tratamento e se houve a sua presença. Essas informações foram coletadas no prontuário e cartão da gestante.

Os dados foram armazenados em planilha do Excel 2010. As análises estatísticas foram realizadas no programa Primer, versão 3.0. A análise envolveu procedimentos de estatística descritiva e análises bivariadas. Para análise da qualidade do pré-natal, foi utilizado o índice de Kessner modificado por Takeda (1993), que consta de um algoritmo baseado

no trimestre em que o cuidado pré-natal se inicia e no número de consultas, ajustado para a idade gestacional, sendo definido por três categorias de utilização: pré-natal adequado, intermediário e inadequado². Sendo, nesse estudo, considerado adequado quando houve seis ou mais consultas e início do pré-natal antes de vinte semanas; inadequado quando o início do pré-natal se deu após 28 semanas ou menos de três consultas; e intermediário nas demais situações.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRN protocolo 514/2010.

RESULTADOS

No levantamento feito nos registros do SIS Pré-natal, havia cadastro de 142 gestantes. No entanto, foram encontrados 85 prontuários e cartões das gestantes. As perdas decorreram por mudanças de endereços das gestantes com prontuários não encontrados nem no arquivo morto da Unidade (54), um registro de não grávida e dois abortos no início da gestação.

A idade média das gestantes foi de 24,75 anos (DP = 7,42) variando de 14 a 44 anos. E 17,72% se encontravam em gestação de risco de acordo com a idade (< 15 anos e > 35 anos).

A idade gestacional média da primeira consulta foi de cerca de 3 meses (98,31 dias), sendo que 59,49% iniciaram o pré-natal de acordo com o preconizado, 37,97% não iniciaram antes dos 5 meses de gestação e não havia informação sobre a idade gestacional de início em 2,53% das gestantes.

Apenas 1,37% das gestantes tinham registrado histórico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) no prontuário e 7,59% não tinham qualquer informação registrada nesse item.

Em relação ao número de consultas, a média foi de 8,09, sendo o mínimo encontrado de 1 consulta e o máximo de 18 consultas. Dessas,

em torno de 3,92 foram consultas médicas e 4,24 da enfermagem. 68,35% das gestantes atingiram o número mínimo de consultas.

Em relação às sorologias, 77,21% possuíam registro da solicitação do VDRL na 1ª consulta, conforme o recomendado. Já o segundo teste do VDRL, preconizado para ser solicitado próximo à 30ª semana, só foi solicitado em 25,31% das pacientes de acordo com o recomendado. Havia registro da sorologia para HIV em 60,75% pacientes, dentre esses 53,16% foram solicitadas na primeira consulta; registros sobre a 2ª sorologia para HIV foram encontrados em 7,59%. Houve 25,31% de solicitação de HbsAg de acordo com o recomendado – próximo à trigésima semana.

Dos registros encontrados, 12,66% e 14,28% não realizaram o primeiro e o segundo VDRL, respectivamente. Em relação ao HIV, 13,92% não realizaram o primeiro exame e 3,79%, o segundo. 16,45% não realizaram o HbsAg. Dentre os motivos registrados encontravam-se desinteresse por parte da gestante, transferência para outra unidade e abortamento.

As porcentagens de solicitações de sorologias realizadas de acordo com o recomendado estão explicitadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Porcentagem de pacientes a que foram solicitadas as sorologias recomendadas.

	SIM (%)	NÃO (%)	SEM INFORMAÇÃO (%)
VDRL 1ª CONSULTA	77,21	2,53	20,25
VDRL PRÓXIMO À 30ª SEMANA	25,31	7,59	67,10
HIV 1ª CONSULTA	53,16	7,59	39,24
HIV PRÓXIMO À 30ª SEMANA	7,59	5,06	87,35
HbsAg PRÓXIMO À 30ª SEMANA	25,31	53,16	24,28

Fonte: Pesquisa realizada no pré-natal de gestantes acompanhadas em USF do Município de Natal/RN, 2010.

Foram computados também os tempos entre a solicitação das sorologias e a realização das mesmas pelas pacientes (T1) e entre a realização dos exames e o retorno à unidade de saúde (T2). Esses tempos estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Tempos em dias entre a solicitação das sorologias e sua realização (T1) e entre a realização dos exames e o retorno à consulta (T2).

	T1	T2
VDRL 1	31,82 (± 40,67)	22 (± 20,11)
VDRL 2	13,30 (± 16,04)	21,79 (± 24,88)
HIV 1	16,61 (± 19,77)	26,64 (± 19,99)
HIV 2	5 (± 2,82)	48,14 (± 51,04)
HbsAg	21,64 (± 27,63)	26,70 (± 14,82)

Fonte: Pesquisa realizada no pré-natal de gestantes acompanhadas em USF do Município de Natal/RN, 2010.

Por fim, avaliamos a qualidade do pré-natal de acordo com o índice de Kessner modificado por Takeda, e encontramos que 46,80% dos pacientes tiveram seu pré-natal classificado como adequado, 35,40% foram classificados como intermediário, 12,70% como não adequado e não havia informação suficiente em 5,10% dos prontuários e cartões das gestantes.

DISCUSSÃO

No presente estudo, constatamos que a qualidade do processo de assistência pré-natal, de acordo com as variáveis analisadas, foi adequada em menos de 50% dos atendimentos.

A média de idade da gestante foi igual ao estudo realizado em São Paulo¹³ e superior à média nacional em 2010, que foi de 15,90 anos, mas inferior ao constatado em estudo realizado em município do Sul do país, que foi de 25

anos⁷. O Ministério da Saúde, por meio do Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, define a gravidez de alto risco a que se inicia antes dos 15 anos de idade ou após os 35 anos. No nosso estudo, 17,72% das mulheres estão nessa categoria.

O ingresso precoce no pré-natal das gestantes natalenses foi superior ao das gestantes paulistas¹³, com média de 20,7 semanas, e mineiras¹⁴, com 17,4 semanas, mas inferior

ao das gestantes do município do Rio Grande (RS)¹⁵, com 13 semanas. A captação precoce de gestantes para início do pré-natal é de extrema importância para sua qualidade, por isso o serviço avaliado foi satisfatório em quase 60% dos atendimentos, iniciando o acompanhamento em até 17 semanas. Índice superior ao encontrado em Caxias do Sul (34,7%)¹⁶ e inferior ao registrado em outros estudos: São Paulo (69%)¹⁷, São Luiz do Maranhão (63%)¹⁸ e Criciúma/SC (83,1%)¹⁵.

No registro de antecedentes de DST, apenas 1,37% teve algum agravo. Um percentual pequeno que não se sabe se representa a realidade ou se é um retrato de subdiagnósticos. Não se encontrou na literatura estudos com tal análise.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, no Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde, partindo de 1,2 consulta por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. No local do estudo, houve número considerável de consultas por gestante, sendo superior a outros locais do país: São Bernadinho/SC (6,08)¹⁹, São Luís/MA (6,6)²⁰, São Paulo/SP (8,0)²¹ e Santa Maria/RS (6,8)⁷. O número mínimo de consultas foi alcançado em 57,1% dos pré-natais realizados, um percentual superior à média nacional em 2010, de acordo com dados do IBGE. Sendo o estado com pior índice o Maranhão (24%) e o melhor o Paraná (77%). Diante do exposto, nota-se que não há grandes disparidades nos números apresentados até aqui quando se compara nossos resultados com outros estados e a média nacional. No entanto, ao se analisar outros itens que compõem o pré-natal, a realidade que se mostrou foi um alto percentual de sub-registro, principalmente no relativo aos exames laboratoriais indicados pelo MS para o acompanhamento da APN.

Em relação às sorologias solicitadas, encontramos um percentual relevante de sorologias não realizadas conforme recomenda o Manual Técnico do Ministério da Saúde e um percentual

ainda maior de prontuários sem informação, evidenciando o sub-registro dos prontuários e dos cartões das gestantes. A falta do registro adequado das informações é um entrave para o correto planejamento e organização dos serviços de saúde. Em muitos prontuários encontrávamos apenas os resultados das sorologias, mas não o dia de solicitação, o que dificultou a análise da qualidade do atendimento. O mesmo problema foi encontrado em tese realizada em Manaus, a qual teve como resultado que menos da metade dos prontuários continha o registro da solicitação das sorologias, e em várias situações a descrição de solicitação não especificava quais exames foram solicitados nem existia um padrão seguido por todas as unidades²⁰.

O sub-registro no contexto da atenção pré-natal já foi descrito em outros estudos presentes na literatura nas mais variadas regiões do Brasil. Um estudo realizado em 2010 em um município do estado de São Paulo²², encontrou como principais problemas para a realização da pesquisa o sub-registro e a má conservação dos prontuários. O mesmo problema foi encontrado neste estudo, com vários prontuários incompletos, sem anotações de todas as consultas, falta de dados pessoais e sobre a gestação da paciente, o que se constitui em uma falha legal por documentação médica inadequada. Em algumas situações a falta de informações relativas às sorologias se deve ao não retorno da gestante para a próxima consulta, além de carência do registro da busca ativa dessa gestante, e dificuldades no trabalho em equipe para esclarecimento do motivo pelo qual ela não compareceu.

Estudo realizado em Salvador, utilizando também análise de prontuário, constatou início tardio do acompanhamento, falha no fornecimento de registro escrito do pré-natal, alta antes do parto e condutas em desacordo com as recomendações do Ministério da Saúde²³.

Neste estudo, procuramos contabilizar também quantos dias em média as gestantes levaram para realizar os exames depois da solicitação e quantos dias após a realização retor-

naram para mostrar os resultados. O mínimo de dias obtido para a realização das sorologias foi de 1 dia e o máximo de 112 dias, indicando que algumas pacientes tiveram dificuldade de acesso ao laboratório, o qual não se encontra mais na Unidade de Saúde, só possuindo acesso ao Laboratório Central da Cidade, que se encontra distante do território da Unidade ou mesmo não tiveram condições para realizá-los. Para o retorno, o mínimo de dias foi de 1 dia e o máximo de 154 dias, o que pode ser um indicio de dificuldade de acesso à Unidade, da demora do laboratório para a realização dos testes ou mesmo dificuldades da gestante de retornar com os resultados. Também observamos que as médias de tempo variaram de acordo com a sorologia (Tabela 2), indicando que algumas sorologias estão mais disponíveis que outras. O fato de o VDRL obter as menores médias para o retorno pode ser explicado pela facilidade de se obter o seu reagente em comparação com as outras duas sorologias.

Os exames realizados próximo à 30^a semana de gestação também foram realizados de forma mais rápida, o que pode refletir uma maior preocupação por parte das gestantes em realizar essas sorologias e conseguir os resultados, tendo em vista a proximidade do parto. Durante o período desse estudo, o HbsAg não estava sendo realizado por alguns meses, reduzindo o número de gestantes que fizeram esse teste, o que pode ter causado um viés na média obtida. Não encontramos nenhum outro estudo na literatura que descreva o tempo entre a solicitação e a realização e entre a realização e o retorno dessas sorologias no âmbito da atenção básica de saúde, mas podemos constatar que existe uma dificuldade multifatorial, a qual abrange desde a falta de estrutura e processos de trabalho deficientes do sistema de saúde do município às dificuldades enfrentadas pelas gestantes para romper as limitações da rede. É importante frisar que quanto mais cedo a gestante tiver em mãos o resultado dessas sorologias, maiores serão as oportunidades

de oferecer tratamento à paciente e de impedir a transmissão vertical dessas doenças, as quais podem ser muito deletérias ao feto, e seu tratamento, mais oneroso ao Estado.

Em nosso estudo utilizamos o índice de Kessner modificado por Takeda. Essa classificação é importante para estabelecimento de metas e planejamento de ações por parte dos gestores, pois permite uma visão geral da qualidade da assistência às gestantes de acordo com parâmetros objetivos definidos como metas pelo Ministério da Saúde. Já se mostrou também que tal índice pode ser preditor de baixo peso ao nascer²⁴, podendo ser utilizado como ferramenta para planejamento de ações que beneficiem os recém-nascidos.

Obtivemos que 46,8% das gestantes puderam ter seu pré-natal classificado como adequado, o que é inferior aos 59% encontrados em Santa Maria no Rio Grande do Sul no ano de 2012⁷, porém superior ao encontrado em Juiz de Fora, o qual atingiu 27,6%²¹ de adequação no primeiro semestre de 2002, e São Paulo, que conseguiu valores de 38,4%, entre os anos de 2000 e 2001¹⁴. A porcentagem de pré-natais inadequados foi semelhante à de Juiz de Fora (12,70% e 11,9%, respectivamente), porém muito superior ao encontrado em Santa Maria, que foi de 3% apenas. Conclui-se que, apesar de não possuímos os piores índices nacionais, estamos ainda longe de oferecer uma assistência adequada para a maioria das gestantes em nível de pré-natal.

O fato de a população do estudo ser restrita a um bairro da cidade não permite extrapolar os dados para outras populações, garantindo somente a validade interna. No entanto, apesar dessa limitação, o estudo sugere que os resultados possam ser semelhantes aos de gestantes de outros bairros do município que possuam características próximas às estudadas, além de fornecer informações acerca do serviço em questão. Entre as limitações que os dados secundários costumam impor, salientamos, também, o que se refere à dificuldade em estimar a frequência de sub-registro.

CONCLUSÕES

Nossos achados corroboram que existe a necessidade de investir no acompanhamento pré-natal adequado como garantia de detecção precoce de problemas e tratamentos necessários, de modo a impactar nos indicadores de qualidade do pré-natal e de mortalidade infantil, principalmente no componente neonatal.

Para concluir, pode-se sugerir que para melhor adequação das ações de controle da transmissão vertical da sífilis, do HIV e da hepatite B, esforços devem ser direcionados para fortalecer as estruturas laboratoriais ou buscar alternativas de testagem sorológica, tais como os testes rápidos, visando disponibilizar oportunamente o resultado dos exames.

QUALITY OF PRENATAL IN SEROLOGY RELATION SYPHILIS, HIV AND HEPATITIS B IN PREGNANT WOMEN OF HEALTH UNIT IN NATAL/RN

ABSTRACT

INTRODUCTION: Prenatal care (NPC) is one of the pillars of care for maternal and child health. To achieve its purpose, it is necessary that the care provided meets minimum requirements. **OBJECTIVE:** To describe the surveillance of syphilis, HIV and hepatitis B in a Family Health Unit of Natal, capital of Rio Grande do Norte. **METHODOLOGY:** We used patient records and “pregnancy cards” who were covered by the Family Health Strategy in 2009 until July 2010. The instrument used was a protocol for data collection from the identification of the patient until the results of serological tests with date of completion and return of the exams. The analysis procedures involved descriptive statistics and bivariate analyzes using the program Primer, version 3.0. For the quality of prenatal care was used Kessner index modified by Takeda. **RESULTS:** Regarding to VDRL, we found 77.21% records of request in the 1st consultation, and 25.31% of the records in the last trimester, 12.66% and 14.28% did not perform the first and second VDRL, respectively. HIV serology was performed in 53.16% at the first visit; we obtained 7.59% records request in the last quarter, 13.92% did not attend the first test and 3.79%, the

second. There was 25.31% request HBsAg, 16.45% were not screened. The women took up to 112 days to perform serology and up to 154 to return with the result. 46.80% of prenatal were classified as appropriate. **CONCLUSIONS:** In serology requested we find a significant percentage of serology unrealized and even higher percentage of records without information, highlighting the underreporting of medical records of pregnant women and pregnancy cards. The long time in the making and return with serology results has a multifactorial difficult, which ranges from the lack of structure and deficient work processes in health system to the difficulties faced by pregnant women to break through the limitations of the network. Thus, basic serology recommended by the Ministry of Health are not performed satisfactorily in the Health Unit of Natal, and, when done, return with the results often takes longer than expected. Although we can not ensure the external validity of this study, this seems to be the reality of other locations around the country.

Keywords: Prenatal Care.
Primary Health Care.
Sexually Transmitted Diseases.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La atención prenatal (APN) es uno de los pilares de la atención a la salud materna e infantil. Para lograr su objetivo, es necesario que la atención recibida cumple con los requerimientos mínimos. **OBJETIVO:** Describir la vigilancia de la sífilis, el VIH y la hepatitis B en la Unidad de Natal/RN. **METODOLOGÍA:** Las tarjetas y registros de mujeres embarazadas que fueron cubiertos por la Estrategia de Salud de la Familia en 2009 hasta julio de 2010 un protocolo se utilizó para recopilar datos en los registros médicos, la obtención de la identificación del paciente hasta que se utilizaron los resultados pruebas serológicas con fecha de finalización y el retorno de los exámenes. Los procedimientos de análisis que participan estadística descriptiva y análisis bivariado utilizando el software Primer, versión 3.0. Por la calidad de la atención prenatal se utilizó el índice Kessner modificado por Takeda. **RESULTADOS:** 77.21% tenían un registro de la solicitud en la primera consulta VDRL, y 25.31% en el 3er trimestre. 12,66% y 14,28% no hacen que la primera y segunda VDRL, respectivamente. Se pidió a la prueba del VIH en 53.16% de las mujeres embarazadas en la primera visita y 7,59% en el último trimestre. 13.92% no hizo el primero y 3,79%, la segunda serología. Encontramos 25,31% de las solicitudes de HBsAg, 16.45%

no fueron seleccionados. Las mujeres tomaron hasta 112 días para realizar la serología y hasta 154 para regresar con el resultado. 46.80% como la calidad de la atención prenatal se clasificaron según el caso. **CONCLUSIONES:** Se encontró un porcentaje significativo de la serología no realizada e incluso mayor porcentaje de registros sin información, especialmente la subdeclaración de las historias clínicas de las mujeres embarazadas y las tarjetas de embarazo. El largo tiempo en la fabricación y el retorno con el estado serológico es razón multifactorial, que van desde la falta de infraestructura y los procesos de trabajo deficientes en el sistema de salud a las dificultades que enfrentan las mujeres embarazadas para romper las limitaciones de la red. Por lo tanto, la serología básico recomendado por el Ministerio de Salud no se llevan a cabo de manera satisfactoria en esta Unidad de Salud en Navidad, y cuando se hace, regresar a los resultados a menudo toma más tiempo de lo esperado. Si bien no podemos garantizar la validez externa de este estudio, esto parece ser la realidad de otros lugares del país.

Palabras clave: Cuidado Prenatal.
Atención Primaria de Salud.
Enfermedades de Transmisión Sexual.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 1, p. 15-25, jan. 2005.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 168-205.

ALMEIDA-SILVA, F. F. **Syphilis and HIV in pregnancy**: an investigation of the prenatal care at SUS in the city of Rio de Janeiro, 2007/2008. Dissertation (Masters in Epidemiology in Public Health) – National School of Public Health, Rio de Janeiro, 2010.

ANVERSA, E. T. R. et al. 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**, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

ASSAD, F. M.; RECH, C. R. A. Avaliação da Atenção Pré-Natal na Unidade Básica de Saúde de São Bernardino – SC. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 56-62, ago. 2003.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora (MG). **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov. 2003.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [periódicos na Internet], v. 12, n. 3, p. 269-280, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292012000300007&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000300007>. Acesso em: 24 jun. 2013.

FIGUEIREDO, E. M. et al. The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. **An Acad Bras Cienc**, v. 81, n. 3, jul. 2009.

FONSECA, C. R. B. et al. 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**, v. 5, n. 60, jan. 2012.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [periódicos na Internet], v. 25, n. 11, p. 2507-2516, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200900110_020&lng=en>; <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100020>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

KESSNER, D. M. **Infant Death**: an Analysis Of Maternal Risk And Health Care. Institute of Medicine: National Academy of Sciences; 1973.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da Cidade de São Paulo. **Rev Saúde Matern Infant.**, v. 5, n. 1, S23-32, dez. 2005.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **Am J Public Health**, v. 84, n. 9, p. 1414-1420, sep. 1994.

LIMA, B. G. C. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. **Rev. baiana saúde pública**, v. 28, n. 1, p. 9-18, jan./jun. 2004.

MISUTA, N. M. et al. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [periódicos na Internet], v. 8, n. 2, p. 197-205, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292008000200007&lng=en>. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000200007>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

MONTEIRO, C. A.; FRANÇA, J. I.; CONDE, W. L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública** [periódicos na Internet], v. 34, n. 6, p. 19-25, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000700005&lng=en>; <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000700005>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

QUICK, J. D.; GREENLICK, M. R.; ROGHMANN, K. J. Prenatal care and pregnancy outcome in a HMO and general population: a multivariate cohort analysis. **Am J Public Health**, v. 71, n. 4, p. 381-390, apr. 1981.

RIBEIRO FILHO, B. **Avaliação de qualidade da atenção pré-natal em quatro unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manuas – AM**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SCHRAG, S. J. et al. Prenatal screening for infectious diseases and opportunities for prevention. **Obstet Gynecol**, v. 102, n. 4, oct. 2003.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública** [periódicos na Internet], v. 20, n. 5, p. 1160-1168, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500009&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2004000500009.2004>. Acesso em: 13 jan. 2013.

TAKEDA, S. M. P. **Avaliação de Unidade de Atenção Primária**: Modificação dos Indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção. Pelotas. Dissertação (Mestrado em epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1993.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [periódicos na Internet], v. 24, n. 5, p. 293-299, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032002000500002&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002>. Acesso em: 15 jan. 2013.

WARNER, L. et al. Missed opportunities for congenital syphilis prevention in an urban southern hospital. **Sex Transm Dis.**, v. 28, n. 2, p. 92-98, feb. 2001.