

Longitudinalidade do cuidado: Perspectivas de gestantes atendidas em serviço de atenção básica.

Longitudinality of care: Perspectives of pregnant women attended at the primary care service.

Bianca Danielle da Silva¹; Jessica Patricia Florêncio¹; Tayna dos Santos Sales Sales¹; Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula ²

¹ Acadêmicas de Enfermagem pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES/UNITA Caruaru-PE, Brasil. biancadanienfermagem@gmail.com; jessicap.florencio@gmail.com; tayna.fan2@gmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Saúde Materno Infantil (IMIP). Docente do curso de Graduação em Enfermagem - ASCES/UNITA, Caruaru-PE, Brasil. wesllaalbuquerque@asc.es.edu.br
Autora responsável: Tayna dos Santos Sales, Endereço: Rua Sebastião Cabral, n 23, Cidade Alta, Caruaru- PE. CEP: 55031-060. Contato: (81) 99743-2945. Email: tayna.fan2@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o atributo da longitudinalidade do cuidado sob a perspectiva das gestantes atendidas em serviços de Atenção Básica no município de Caruaru-PE, mediante utilização do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool- Brasil). **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Caruaru - PE. A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2017 a março de 2018, sendo a amostra constituída por 200 gestantes. Utilizou-se análise descritiva por meio do software Epi Info 7. **Resultados:** Verifica-se um perfil socioeconômico da amostra, como classe D, com escolaridade de média de 9,7 anos de estudo, grau de filiação com o serviço de 2,72 e média geral do atributo longitudinalidade igual a 6,93. **Conclusão:** Existem bons resultados relacionados à eficiência e eficácia da assistência pré-natal no âmbito da atenção primária à saúde, entretanto deve-se ter o cuidado da manutenção na continuidade do cuidado.

Descritores: Cuidado Pré-natal; Enfermagem; Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para utilização dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como reguladora da assistência à saúde dos usuários dentro do sistema. ¹ Além de contar com os princípios basilares do SUS para melhor execução do seu papel, a APS deve contar com quatro atributos essenciais a fim de otimizar o cuidado frente às demandas e suas especificidades. São eles: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. ²

A assistência à saúde de qualidade, na APS, vem sendo discutida desde as iniciativas acertadas na conferência de Alma-ATA, em 1978, como forma de expandir os conceitos de saúde, assim como, maximizar a visão de cuidado, nesse nível de atenção à saúde. O Primary Care Assessment Tool (PCATool), criado no ano 2000, consiste em questionário estruturado que mensura os atributos essenciais e derivados da APS, conforme a avaliação dos usuários, gestores e profissionais de saúde. ³

A longitudinalidade é considerada característica central e exclusiva da APS, sendo entendida como aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. Do mesmo modo, esse cuidado longitudinal é estabelecido mediante relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários, considerando suas características sociais, econômicas e culturais. ⁴ O exercício deste atributo contribui para uma tríade de continuidade do cuidado, que aborda a esfera gerencial, informacional e relacional. ⁵

No cenário da atenção à mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) propõe uma assistência integral a qual envolva também suas necessidades recentemente elencadas como problemas de saúde pública, a vulnerabilidade aos cânceres de colo uterino e mama, por exemplo, assim como se manteve abordagens relativas à qualificação na assistência em seu período gravídico-puerperal, incluindo a atenção ao pré-natal em um contexto de acompanhamento longitudinal. ⁶

A atenção à mulher no período pré-natalista é, incontestavelmente, necessária para o acompanhamento do desenvolvimento da gestação, sendo um recurso ímpar para evitar desfechos perinatais desfavoráveis para o binômio mãe/bebê. Dentro desse contexto de acompanhamento, são desenvolvidas práticas educativas voltadas para o empoderamento feminino em relação aos direitos sexuais e saúde reprodutiva, de modo contemplar a singularidade específica de cada gestante. ⁷

Ao considerarem-se as necessidades diferenciadas que são evidenciadas pela mulher em seu ciclo gravídico-puerperal e a estratégia de redução dos indicadores de

morbimortalidade materna e perinatal, a assistência pré-natal qualificada apresenta-se com grande importância tendo em vista a possibilidade de diagnóstico precoce, tratamento e controle de possíveis intercorrências evidenciadas em quaisquer dimensões.⁸

Dessa forma, no contexto do ciclo gravídico, a aplicabilidade no pré-natal, do atributo da longitudinalidade faz-se necessária, pois reflete um indicador de qualidade na continuidade do cuidado, este que deve ser desenvolvido de maneira integral, equânime e horizontal. Implica diretamente na otimização da instrução para a gestante, prevenção e precaução em relação ao desenvolvimento de possíveis complicações inerentes ao período gestacional. Contudo, a possibilidade de um déficit em qualidade da assistência quanto à efetividade desse atributo ainda existe.⁹

Diante do exposto o presente estudo objetivou avaliar o atributo da longitudinalidade do cuidado sob a perspectiva das gestantes atendidas em serviços da Atenção Básica no município de Caruaru-PE, mediante utilização do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool- Brasil).

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Caruaru, PE, situado na região Nordeste, no Brasil. O referido município conta com 70 unidades de saúde, sendo 66 unidades da ESF e 4 unidades básicas de saúde tradicionais.

A população do estudo foi composta por gestantes que realizaram pré-natal nas UBS que estivessem em funcionamento há no mínimo 1 ano e cuja equipe de saúde estivesse completa, sendo esses os critérios de elegibilidade. O cálculo da amostra foi realizado considerando os seguintes parâmetros: população de gestantes cadastradas com idade superior a 18 anos, 438 gestantes segundo informação da Secretaria Municipal de Saúde, frequência do evento de 50%, nível de confiança de 97% e erro estimado de 3%, dessa forma, obteve-se uma amostra de 323 gestantes. Para a seleção da amostra foi utilizada amostragem probabilística do tipo aleatória simples, sendo considerada a proporcionalidade do número de gestantes de cada unidade.

A coleta de dados ocorreu no período de junho de 2017 a abril de 2018, por meio de visita domiciliar. Utilizou-se para a coleta de informações o instrumento *Primary Care*

Assessment Tool (PCATool - Brasil) na versão adulto. O referido foi validado no Brasil e publicado pelo Ministério da Saúde. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾

O PCATool versão adulto é composto por 87 itens divididos em 10 componentes relacionados a atributos da APS. Para fins desse estudo, foram analisadas as 14 questões que permitem avaliar o atributo longitudinalidade. O instrumento possibilita a construção de escores por meio da escala de Likert com intervalo de um a quatro para cada atributo. Para cada uma das perguntas são possíveis as seguintes respostas e respectivos valores: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). ¹⁰

A fim de complementar as informações sobre as características socioeconômicas e assistenciais do pré-natal, foi utilizado um instrumento elaborado pelas autoras. Foram coletados dados como: idade, anos de estudo da gestante e do parceiro, renda familiar, classe econômica (de acordo com os critérios adotados pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, em 2014), recebimento do benefício do programa bolsa família, condições ambientais das residências, idade gestacional (IG) do início do pré-natal e atual, procedimentos relacionados a consulta (aferição de PA, ausculta do BCF, verificação de edema e medida da altura de fundo uterino), realização de USG obstétrica, orientações acerca da amamentação e situação vacinal da gestante.

Quanto ao processamento dos dados, estes foram digitados, após revisão dos formulários, em um banco específico criado no programa Microsoft Excel 2010. A análise dos dados pertinente ao atributo longitudinalidade seguiram as orientações do Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *Primary Care Assessment Tool* (PCATool – Brasil), para o cálculo do escore desse atributo essencial da APS. ¹⁰

O grau de afiliação do usuário com o serviço foi calculado seguindo também as normas descritas no PCATool- Brasil de forma que se todas as respostas (A1, A2, A3) forem não, pontua-se 1; se uma, duas ou três respostas forem sim, porém relativas a serviços diferentes, pontua-se 2; se duas respostas forem sim, relacionadas ao mesmo serviço, pontua-se 3 e se todas respostas forem sim, relativas ao mesmo serviço, pontua-se 4. ¹⁰

O escore para esse atributo calculou-se pela média dos valores das respostas dos itens que o compõe. Conforme comentado, a escala Likert possui um intervalo de 1 a 4 para cada atributo. Todavia, para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo). Os valores de escores \geq a 6,6 foram definidos como elevados, o

que corresponde ao valor três ou mais na escala Likert e os valores < 6,6 foram considerados baixos.¹⁰

Em relação à análise das informações socioeconômicas e de qualidade do pré-natal, foi efetuada análise descritiva para apresentar a frequência das variáveis categóricas e médias das variáveis contínuas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário ASCES-UNITA (CAAE nº 62921816.9.0000.5203), parecer n. 1.905.920, seguindo as recomendações das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

A amostra inicial contemplava o sorteio de 323 gestantes, porém devido a problemas de dificuldade de obtenção de prontuários em algumas unidades, reformas da UBS, licença de alguns enfermeiros, dificuldade de acesso a algumas unidades, endereços não atualizados nos prontuários e ausência das sorteadas no domicílio em 2 momentos diferentes durante a coleta, foram coletados os dados de 200 gestantes.

Assim, serão apresentados resultados de uma amostra de 200 gestantes cadastradas em 26 das 66 UBS existentes no município, sendo vinte e três de zona urbana e três de zona rural. As entrevistas foram realizadas em sua maioria no domicílio das participantes e apenas algumas na unidade básica, devido ao fato de que as gestantes encontravam-se presentes no momento do sorteio para a realização de consulta pré-natal.

Das entrevistadas a média de idade foi de 26,73 anos, com variação entre 18 e 42 anos de idade. Quanto à renda, verificou-se uma média de R\$ 1393, 75, equivalente a 1,5 salários mínimos. De acordo com os critérios adotados pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2014), as famílias classificaram-se majoritariamente em D.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das gestantes assistidas em Unidades Básicas de Saúde. Caruaru-PE, Brasil, 2017/2018.

Variável	N	%
-----------------	----------	----------

Idade

≤ 25 anos	94	47
> 25 anos	106	53

Renda

< 1 salário mínimo	28	14
≥ 1 salário mínimo	172	86

Escolaridade

≤ 8 anos de estudo	53	26,5
> 8 anos de estudo	147	73,5

Bolsa Família

Sim	59	29,5
Não	141	70,5

Ao considerar os aspectos relevantes na assistência pré-natal em relação à paridade, verificou-se que o perfil das gestantes era representado predominantemente por multíparas (52,5%), com uma média de 2 gestações, sendo que aproximadamente 19,5% referiram história de abortamento.

As gestantes apresentavam idade gestacional média de 27 semanas, tendo a maioria iniciado o pré-natal aproximadamente nas primeiras 10 semanas (9,77 de média) e realizado uma média de 4,5 consultas.

Tabela 2 - Caracterização das gestantes segundo antecedentes obstétricos e de assistência pré-natal assistidas em Unidades Básicas de Saúde. Caruaru-PE, Brasil, 2017/2018.

Variável	N	%
Gestações prévias		
1	71	35,5
2	71	35,5
≥ 3	58	29
Paridade prévia		
0	84	42
1	71	35,5
2	34	17
≥ 3	11	5,5
Abortos prévios		
Nenhum	161	80,5
1-2	39	19,5
Idade gestacional atual		
8 - 27 semanas	99	49,5
28 - 35 semanas	71	35,5
36 - 42 semanas	30	15
Idade início de pré-natal		
Até 12 semanas	160	80
> 12 semanas	40	20
Número de consultas pré-natal realizadas		

1 - 5 consultas	140	71
6 ou mais consultas	60	29
Realização de exames		
ABORh	195	97,5
Hb/Ht	195	97,5
Glicemia de Jejum	194	97
Sumário de Urina	194	97
Anti HIV	193	96,5
HBsAg	192	96
VDRL	194	97
Pelo menos 1 Ultrassonografia	187	93,5
Realização de procedimentos obstétricos na consulta		
Verificação de Peso	197	98,5
Aferição de Pressão Arterial	195	97,5
Verificação de BCF	181	90,5
Verificação de Altura Uterina	176	88
Verificação de Edema	143	71,5
Orientação sobre amamentação		
Sim	80	40

Não	120	60
-----	-----	----

Vacinação Hepatite B

0 doses	18	9
1 dose	27	13,5
2 doses	73	36,5
3 doses	82	41

Vacinação DT

0 doses	16	8
1 dose	48	24
2 doses	36	18
3 doses	100	50

Em relação à assistência prestada na consulta pré-natal nas UBS, foi analisada tanto a prática dos procedimentos obstétricos recomendados, quanto à solicitação de exames laboratoriais e de imagem.

Quanto à realização dos procedimentos obstétricos, em 71,5% das cadernetas das gestantes havia registro sobre a verificação de edema. Já quanto aos exames laboratoriais e ultrassonografia (USG) obstétrica, observaram-se elevadas frequências de registro nas cadernetas. Apenas 40% das gestantes declararam ter recebido orientações acerca da amamentação.

Considerando as informações sobre vacinação notou-se a abrangência de 91% para a vacina contra Hepatite B, onde 13,5% possuíam apenas 1 dose e 36,5% com 2 doses. De DT/DTPa a porcentagem corresponde à 92% tendo uma parcela de 24% com apenas 1 dose e 18 % cobertas por 2 doses.

Terminado o levantamento dos dados sociodemográficos e acerca da assistência pré-natal, iniciamos a coleta de dados do PCATool- Brasil. A primeira fase deste avalia o grau de afiliação do usuário acerca dos serviços e profissionais atuantes na assistência.

O grau de afiliação é um indicador importante, pois nos traz a medida de vínculo do usuário com a equipe da UBS. Na amostra obteve-se como média geral o número médio de 2,72 (máx. 4).

O primeiro questionamento é: “Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?” (A1). Assim, 38% da amostra responderam sim, onde 35% referiram procurar o enfermeiro da USF; 17,5% referiram procurar a UBS onde é realizado o pré-natal e 5% relataram procurar a maternidade.

O segundo questionamento é: “Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?”(A2). 65,5% da amostra responderam não, e da porcentagem que respondeu sim, 29% elencaram o profissional enfermeiro como referência nesse quesito.

A seguir a pergunta realizada foi: “Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?” (A3). 75,5% da amostra responderam positivamente, sendo o enfermeiro da ESF o profissional mais referenciado (63,5%).

Ainda houve o questionamento sobre qual profissional foi responsável pela sua última consulta(A4), o que resultou em: 73,5% procuraram o enfermeiro da ESF, 1,5% procuraram a assistência da UBS e 14% procuraram o profissional médico.

Tabela 3 - Avaliação do atributo longitudinalidade do cuidado sob a perspectiva das gestantes assistidas em Unidades Básicas de Saúde. Caruaru-PE, Brasil, 2017/2018.

Variável	N	%
D1 - Regularidade no atendimento		
Com certeza sim	154	77
Provavelmente sim	26	13
Provavelmente não	6	3

Com certeza não	13	6,5
Não sei / Não lembro	1	0,5

D2 - Facilidade de entendimento de fala por parte do profissional

Com certeza sim	177	88,5
Provavelmente sim	16	8
Provavelmente não	2	1
Com certeza não	4	2
Não sei/ Não lembro	1	0,5

D3 - Facilidade de entendimento de respostas do profissional por parte da gestante

Com certeza sim	167	83,5
Provavelmente sim	13	6,5
Provavelmente não	4	2
Com certeza não	16	8
Não sei/ Não lembro	0	0

D4 - Acesso à comunicação telefônica com o médico/ Enfermeiro responsável a fim de responder perguntas

Com certeza sim	71	35,5
Provavelmente sim	10	5
Provavelmente não	19	9,5
Com certeza não	87	43,5

Não sei/ Não lembro	13	6,5
---------------------	----	-----

D5 - Disponibilidade de tempo que o profissional atendente dispõe para falar sobre problemas e preocupações

Com certeza sim	155	77,5
-----------------	-----	-------------

Provavelmente sim	27	13,5
-------------------	----	------

Provavelmente não	5	2,5
-------------------	---	-----

Com certeza não	11	5,5
-----------------	----	-----

Não sei/ Não lembro	13	6,5
---------------------	----	-----

D6 - Sentir-se à vontade em contar problemas e preocupações ao profissional em questão

Com certeza sim	143	71,5
-----------------	-----	-------------

Provavelmente sim	18	9
-------------------	----	---

Provavelmente não	12	6
-------------------	----	---

Com certeza não	24	12
-----------------	----	----

Não sei/ Não lembro	3	1,5
---------------------	---	-----

D7 - O profissional responsável conhece a gestante mais como pessoa do que como alguém com um problema de saúde

Com certeza sim	40	20
-----------------	----	----

Provavelmente sim	23	11,5
-------------------	----	------

Provavelmente não	37	18,5
-------------------	----	------

Com certeza não	93	46,5
-----------------	----	-------------

Não sei/ Não lembro	8	4
---------------------	---	---

D8 - O médico/ Enfermeiro conhece as pessoas com quem a gestante mora

Com certeza sim	121	60,5
-----------------	-----	-------------

Provavelmente sim	23	11,5
-------------------	----	------

Provavelmente não	10	5
-------------------	----	---

Com certeza não	41	20,5
-----------------	----	------

Não sei/ Não lembro	8	4
---------------------	---	---

D9 - O médico/ Enfermeiro sabe quais os problemas mais importantes

Com certeza sim	89	44,5
-----------------	----	-------------

Provavelmente sim	36	18
-------------------	----	----

Provavelmente não	23	11,5
-------------------	----	------

Com certeza não	40	20
-----------------	----	----

Não sei/ Não lembro	5	2,5
---------------------	---	-----

D10 - O médico/ Enfermeiro conhece as história clínica completa

Com certeza sim	137	68,5
-----------------	-----	-------------

Provavelmente sim	18	9
-------------------	----	---

Provavelmente não	14	7
-------------------	----	---

Com certeza não	30	15
-----------------	----	----

Não sei/ Não lembro	1	0,5
---------------------	---	-----

D11 - O médico/ Enfermeiro sabe sobre o emprego ou trabalho da gestante

Com certeza sim	115	57,5
Provavelmente sim	12	6
Provavelmente não	16	8
Com certeza não	54	27
Não sei/ Não lembro	3	1,5

D12 - O médico/ Enfermeiro saberia de alguma forma caso tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos

Com certeza sim	69	34,5
Provavelmente sim	31	10,5
Provavelmente não	38	19
Com certeza não	49	24,5
Não sei/ Não lembro	13	6,5

D13 - O médico/ Enfermeiro sabe os medicamentos que a gestante está tomando

Com certeza sim	182	91
Provavelmente sim	11	5,5
Provavelmente não	1	0,5
Com certeza não	6	3
Não sei/ Não lembro	0	0

D14- Se fosse fácil, mudaria o serviço de saúde/ médico/ Enfermeiro para outro

Com certeza sim	54	27
Provavelmente sim	31	15,5

Provavelmente não	38	19
Com certeza não	115	57,5
Não sei/ Não lembro	12	6

Quando questionadas, as gestantes elencaram majoritariamente o enfermeiro como profissional de destaque no cuidado, onde 35% referiram procurar o enfermeiro quando ficam doentes ou precisam de conselhos sobre a saúde; 29% declararam que esse profissional é o que mais o conhece como pessoa e 63,5% declararam estes como profissionais responsáveis pelo seu atendimento de saúde. Sobre o profissional ou serviço de saúde procurado pela última vez, 73,5% da amostra relatou a procura pelo profissional de enfermagem.

Dentre os dados colhidos do PCATool atenta-se para o baixo índice que as gestantes agregaram ao nível de conhecimento do indivíduo em si, por parte da equipe de saúde, alegando que este o vê, em alguns casos, como somente alguém que está com uma queixa ou problema de saúde, desconfigurando o perfil longitudinal da APS e ainda, para o resultado de média geral apresentado que foi de 6,93.

DISCUSSÃO

Considerando os estudos já realizados sobre a adesão ao pré-natal, verifica-se uma notória relação entre as condições socioeconômicas da gestante, como condicionante para a solicitude do acompanhamento pré-natal ¹². A renda familiar de grande parte das gestantes excede um salário mínimo, o que facilitaria o acesso aos serviços de saúde e a adesão às condutas propostas pela equipe.

De acordo com a lei 8080/90, além do condicionante econômico de renda, existem outros fatores que determinam a aquisição da oferta pelos serviços de saúde. O grau de escolaridade, as condições sanitárias, a disponibilidade de lazer, e o acesso aos recursos sociais dispostos para a sociedade civil, são variáveis indicativas de estrutura social decisiva quando se trata do fator acesso às instâncias de saúde.

Partindo do pressuposto de que, a gravidez é uma fase que inclui não só a gestante, mas sim, as pessoas que convivem no seu ciclo social, principalmente o companheiro, essa

inclusão de atores no processo de transformações físicas e emocionais, pelos quais a mulher perpassa, a influência do cônjuge é representativa nesse contexto de adesão, considerando além dos fatores estruturais e culturais, como também ao grau de instrução deste.¹³

Em concordância com o supracitado, no que tange à adesão e acesso às consultas, verifica-se que as entrevistadas iniciaram as consultas em meados do primeiro trimestre, tempo este considerado hábil e efetivo para o início das intervenções profiláticas e curativas no início da gestação de acordo com os parâmetros preconizados pelo PHPN, além disso, permite-se devido a este fato, uma estimativa idade gestacional de forma mais precisa e uma consequente melhor avaliação materna e fetal que poderá interferir positivamente em possíveis decisões conflituosas relacionadas a riscos gestacionais futuros.¹⁴

Assim como se estima que o acompanhamento pré-natal tenha início no primeiro trimestre gestacional, preconiza-se também que aconteçam no mínimo 6 consultas durante a gestação, sendo essas inicialmente mensais, quinzenais a partir da 28ª Semana até a 36ª de onde passarão a ser realizadas semanalmente, até o parto¹⁵. O presente estudo demonstra que as maiorias das gestantes apresentaram-se com o número mínimo de consultas ainda inferior ao preconizado, entretanto deve-se considerar que 49.5% da amostra encontrava-se com idade gestacional atual entre o primeiro e segundo trimestre gestacional, logo, com possibilidade evidente de atingir a meta até o final da gestação.

No que diz respeito à solicitação de exames laboratoriais e de imagem (neste caso, a Ultrassonografia Obstétrica), encontrou-se grande competência dos profissionais de saúde, onde quase a totalidade de mulheres acompanhadas obteve acesso a esses serviços. Isto reflete a melhoria na qualidade da assistência, posto que ao solicitar exames, o profissional pode identificar os fatores de risco e tomar condutas apropriadas prevenindo possíveis intercorrências maternas e neonatais, na gestação, parto e puerpério.¹⁶

Sabe-se ainda, que na continuidade das consultas pré-natal alguns procedimentos obstétricos, sendo eles a aferição da pressão arterial, a verificação do peso, a palpação obstétrica com finalidade de medição de altura uterina e verificação de apresentação e situação fetal, ausculta de batimentos cardíofetais e a verificação de edema. Em análise da população em amostra, a verificação de edema tratou-se do procedimento mais negligenciado por parte dos profissionais, o que impossibilita a detecção precoce do edema patológico, como preconizado pelo ministério da saúde.¹⁵

Ainda dentre as competências essenciais na assistência pré-natalista, a cobertura vacinal configura-se como um indicativo de efetividade, uma vez que, garante a imunização contra Difteria, tétano e hepatite B para mãe, quanto para o recém-nascido, no caso do

imunobiológico DTPa. Faz parte da abordagem durante a anamnese, a verificação da situação epidemiológica onde a gestante vive, como forma de garantir a imunização desta, principalmente diante das doenças transmissíveis de maneira vertical.¹⁷

Em contrapartida, orientações relativas à amamentação durante as consultas foram negligenciadas em um número bastante relevante de gestantes, o que se caracteriza como um contraponto importante frente ao processo de formador e promotor de autonomia e responsabilidade atribuído ao enfermeiro, além disso, a amamentação trata-se de um processo natural e de suprema importância, dessa forma, faz-se necessário que a nutriz possua orientação suficiente sobre a técnica e a importância do ato para adequado manejo, principalmente tendo em vista que muitas mulheres declararam estar no curso da primeira gestação (nulíparas), e o profissional enfermeiro é tido como o mais hábil em orientação e acompanhamento deste processo que deve ser iniciado desde o pré-natal, a partir do cuidado com as mamas, por exemplo.¹⁸

Sabe-se que a continuidade do cuidado se torna mais fácil quando o usuário é conhecido por toda a equipe. Este, porém foi o grande déficit que encontrado na avaliação da assistência. Na questão D7, representada na tabela 4, nota-se isso. Uma melhor relação interpessoal favorece a familiaridade, vínculo, confiança, segurança, respeito e satisfação do usuário para com o serviço.¹⁹

Mais um item com baixa média dentre os questionados, o D4, reflete que o acesso ao profissional por meio de telefone poderia facilitar a assistência, trazendo a melhoria do padrão de cuidado, reduzindo o tempo de espera para atendimento e favorecendo o relacionamento interpessoal entre equipe e profissional.²⁰

Entre esses aspectos, a aplicação do questionário equivalente ao atributo em questão favoreceu para comprovar de que o enfermeiro é o principal profissional de saúde coautor do processo gravídico da mulher na assistência pré-natal, uma vez que o estabelecimento de maior vínculo relativo à responsabilidade por a saúde, conhecimento como pessoa e procura por questões relacionadas à saúde foi atribuída a este profissional por as mesmas, na consulta de enfermagem, observa-se entre outros aspectos o incentivo ao autocuidado, o que contribui para autonomia e responsabilidade, estabelecendo essa parceria com o profissional da saúde.

21

CONCLUSÃO

O atributo longitudinalidade caracteriza-se como amplo e depende de muitas variáveis para ser presente na prática dos serviços de saúde. Nesse aspecto, o presente estudo verificou que existem bons resultados relacionados à eficiência e eficácia da assistência pré-natal no âmbito da atenção primária à saúde, principalmente quanto à preocupação com a solicitude dos exames e cobertura vacinal, sendo esta uma preocupação sanitária.

Verificou-se boa relação entre usuário e serviço, traduzindo a aplicabilidade dos preceitos do atributo estudado no que se refere ao vínculo, assim como, na continuidade do cuidado. Após avaliação dos resultados expressados na pesquisa, há constância no atendimento longitudinal às gestantes frequentantes aos serviços básicos de saúde do Município de Caruaru e deve-se atentar-se à manutenção da continuidade e efetividade do cuidado.

Percebe-se ainda, que são necessários outros estudos a fim de avaliar os demais atributos aplicados a Atenção primária à saúde no município para que o cumprimento real de todos os preceitos da APS sejam avaliados.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. **Contribution of Primary Care to Health Systems and Health.** Rev Milbank Q. 2015 Sep; 83(3): 457–502. Available from: // <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>.
2. Barbaro MC, Lettiere A, Nakano AMS. **Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária.** Rev. Latino- Am. Enfermagem 2014; 22(1).
3. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. **Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review .** Cien Saude Colet 2017; 22(6): 1881- 1893.
4. Cabral FC, Sand ICPVD. **Longitudinalidade do cuidado: desafio para a superação da medicalização e fragmentação do cuidado no pré-natal.** Rev Enfermagem Saúde Materna e Neonatal 2015; 1(3): 9-44.
5. Cunha EM, Giovanella L. **Longitudinalidade continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2013; 1(16): 29-42.
6. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ISP. **Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado.** Rev esc de Enferm da USP 2013; 47(2):281-7 .
8. Zampieri MFM, Garcia ORZ, Boehs AE, Verdi M. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher.** Textos fundamentais: Série Atenção Primária 2010; 1(1).
9. Araújo SM, Silva ME, Moraes RC, Alves DS. **A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem.** Rev Eletrônica de Ciências 2010; 3(2): 61-67.
10. Brasil, MS. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: PrimaryCareAssessment Toll (PCATool- Brasil).** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

11. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. **Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos.** Rev Bras Med Fam Comunidade 2013 Out-Dez; 8(29):274-84.
12. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. **Fatores associados á não realização de pré-natal em município de grande porte.** Rev Saúde Pública 2014; 48(6):977-984.
13. Santos AL, Rodovanovic CAT, Marcon SS. **Assistência pré-natal: Satisfação e expectativas.** Rev. Rene 2010; 11(1): 61-71.
14. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública 2012; 28(3):425-437.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Cadernos de atenção Básica 2012; 32(1).
16. Melo FS, Carneiro JB, Santos LLR, Alves NF, Campiol NL, Moraes ASBS. **A importância da realização de exames laboratoriais em gestantes durante o pré-natal no município de Guanambi- BA no ano de 2012.** Rev. Pharmacia Brasileira 2010; 1(1): 70.
17. Louzeiro EM, Queiroz RCCS, Souza IBJ, Carvalho LKCAA, Carvalho ML, Araújo TME. **A importância da vacinação em gestantes: Uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012.** R. Interd. 2014; 7(1):193-203.
18. Lima PFS, Santos CN, Silva MV, Junior AAL. **A atuação do enfermeiro na educação em saúde com ênfase no apoio a amamentação exclusiva até os seis meses de idade.** Rev. saúde 2016; 10(1): 33- 41.
19. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais.** Cad. Saúde Pública 2017; 33(3): 1-11.
20. Paula CC, Silva CB, Nazario EG, Ferreira T, Schimith MD, Padoim SMM. **Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa.** Re. Eletrônica de Enfermagem. 2015; 17(4): 1-11.
21. Rodrigues IR, Rodrigues DP, Ferreira MA, Pereira MLD, Barbosa EMG. **Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes.** Rev Rene. 2016; 17(6):774-81