

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**RÚBIA BASTOS SOARES POLGLIANE**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO: AVALIAÇÃO DA  
CONCORDÂNCIA E DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO**

VITÓRIA

2013

RÚBIA BASTOS SOARES POLGLIANE

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO: AVALIAÇÃO DA  
CONCORDÂNCIA E DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia.

Orientador:

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto

Co-Orientadora:

Profa. Dra. Eliana Zandonade

VITÓRIA

2013

**RÚBIA BASTOS SOARES POLGLIANE**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO: AVALIAÇÃO DA  
CONCORDÂNCIA E DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO.**

Defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e à Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Epidemiologia.

Avaliada em 10 de Abril de 2013

Comissão Examinadora:

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Edson Theodoro dos Santos Neto - Orientador  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Zandonade – Co-Orientadora  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Leal– 1a. Examinadora  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim – 2a. Examinadora  
Universidade Federal do Espírito Santo

**VITÓRIA  
2013**

*A Romik, meu amado e querido esposo,  
porque tem sido tudo em minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, o meu agradecimento maior: Amém. O louvor, e a glória, e a sabedoria, e as ações de graças, e a honra, e o poder, e a força sejam ao nosso Deus, pelos séculos dos séculos.

Agradeço ao meu esposo, Romik, pelo amor, paciência, companheirismo e dedicação. A caminhada se torna mais prazerosa ao seu lado. Seu amor e incentivo tornaram esse sonho possível.

Agradeço a minha irmã-amiga Rubielly que vibra comigo a cada dia com cada conquista minha. Juntas somos mais fortes e incansáveis. Divido mais essa alegria com você. Você é o meu amor eterno.

Aos meus pais, Ruth e Robson, minha imensa gratidão e amor. Suas orações grandiosas sempre foram um meio para que eu recebesse grandes bênçãos dos Céus.

Agradeço a minha sogra, Rosângela, por estar ao meu lado, apoiando e orando.

Um agradecimento especial a minha querida professora Luzimar Luciano que com todo carinho me encorajou a fazer o mestrado. Obrigada pela amizade e por ter a honra de ser sua pupila. Agradecimentos eternos, com amor.

Agradeço de forma muito especial ao meu orientador, Professor Edson Theodoro. Tive a oportunidade de receber sua orientação, sua experiência e seu cuidado com a pesquisa. Obrigada pela elaboração e construção de cada etapa do nosso estudo.

Agradeço a professora Eliana Zandonade pelas palavras de incentivo e por ter acreditado em meu potencial desde o início. Sua orientação foi fundamental e, mesmo estando longe, não deixou de contribuir de forma atenciosa.

Agradeço a Dra Maria do Carmo Leal que aceitou gentilmente em participar da minha banca defesa. Suas contribuições, a partir de sua vasta experiência, engrandecerão o estudo.

Agradeço a professora Maria Helena Costa Amorim, a quem tive a alegria de tê-la em minha banca de defesa. Sua experiência e seus ensinamentos em sala de aula contribuíram para o delineamento do estudo.

Agradeço a família e aos amigos por vibrarem e se orgulharem a cada nova realização.

Agradeço a Prefeitura Municipal de Vitória que permitiu e apoiou a realização do estudo.

Agradeço aos gerentes e funcionários das unidades de saúde do município de Vitória por terem me acolhido durante o período de coleta de dados.

Agradeço aos meus colegas enfermeiros da Unidade de Pronto Atendimento 24H em Carapina. As trocas de plantão e os momentos de descontração foram essenciais.

Agradeço aos meus colegas de mestrado por compartilhar os momentos de aprendizado.

Finalmente, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, me deram a oportunidade de chegar até aqui.

Muito obrigada a cada um de vocês!

## RESUMO

**Introdução:** A avaliação do processo da assistência pré-natal assume relevância no sentido de contribuir para com as ações de redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil. **Objetivos:** Verificar a concordância entre os dados registrados no cartão da gestante e no prontuário da Atenção Básica sobre a assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Vitória, Espírito Santo (ES), Brasil; avaliar a adequação da assistência pré-natal no município segundo os critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio dos dados registrados nos cartões das gestantes. **Metodologia:** Entrevistou-se 360 puérperas nas três principais maternidades públicas do município de Vitória-ES, por ocasião do parto, no período de abril de 2010 a fevereiro de 2011. Além da entrevista, realizou-se cópia integral do cartão da gestante e do prontuário médico. As informações sobre a assistência pré-natal, das respectivas mulheres, registradas nos prontuários da atenção básica foram coletadas no período de janeiro a junho de 2012. Os dados foram processados e analisados nos programas SPSS versão 18.0, PEPI versão 4.0 e Microsoft Office Excel 2010. Testes estatísticos de *Kappa*, *Kappa ajustado pela prevalência* e *McNemar* foram aplicados para a verificação da concordância e da tendência de discordância. Além disso, cálculos das frequências absoluta e relativa e intervalos de confiança foram executados para analisar os parâmetros de adequação do processo da assistência pré-natal. **Resultados:** A concordância entre os registros dos cartões das gestantes e prontuários da atenção básica é, em sua maioria, ruim ( $Kappa < 0,20$ ). Nenhuma puérpera teve um processo de assistência pré-natal totalmente adequado segundo os critérios da OMS, enquanto apenas 5% das puérperas realizaram o pré-natal em consonância ao PHPN. **Conclusão:** Recomenda-se que em estudos de avaliação ou monitoramento o cartão da gestante deve ser utilizado como fonte prioritária. A adequação do processo da assistência pré-natal no município está distante do preconizado pelos critérios nacionais e internacionais. Nesse sentido, estratégias devem ser adotadas para garantir a realização dos procedimentos mínimos preconizados e para estabelecer um padrão sistematizado de registro das informações nos prontuários da atenção básica.

**Palavras-chave:** Saúde Materno-infantil; Cuidado Pré-Natal; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação em saúde; Viés (Epidemiologia)



## ABSTRACT

**Introduction:** Process evaluation of prenatal care is relevant in order to contribute to the actions of reducing rates of maternal and infant mortality. **Objectives:** To assess the agreement between the data recorded on the pregnant's card and the medical records of Primary Care on prenatal care in the National Health System city of Vitória, Espírito Santo (ES), Brazil, to evaluate the adequacy of prenatal care in the county according to the criteria established by the Program for the Humanization of Prenatal and Birth (PHPN) and the World Health Organization (WHO) through the data recorded on the pregnant's cards. **Methodology:** Were interviewed 360 puerperae in three main public hospitals of the city of Vitória-ES, at delivery, from April 2010 to February 2011. Besides the interview, was made a full copy of the pregnant's card and the medical records. The information on prenatal care, their women, registered in the records of primary care were collected from January to June 2012. The data were processed and analyzed using SPSS version 18.0, PEPI version 4.0 and Microsoft Excel 2010. Statistical tests of *Kappa*, *Kappa adjusted for prevalence* and *McNemar* were applied to the verification of the consistency and trend of disagreement. Moreover, calculations of absolute and relative frequencies and confidence intervals were performed to analyze the adequacy of the process parameters of prenatal care. **Results:** The concordance between the records of pregnant's cards and medical records of primary care is mostly bad ( $Kappa < 0,20$ ). No puerpera had a process of prenatal care entirely appropriate to WHO criteria, while only 5% of the puerperae had prenatal care in consonance to PHPN. **Conclusion:** It is recommended that in studies evaluating or monitoring the pregnant card must be used as primary source. The adequacy of the process of prenatal care in the city far from that recommended by national and international criteria. Accordingly, strategies should be adopted to ensure the achievement of the minimum recommended procedures and to establish a pattern of systematic recording of information in the medical records of primary care.

**Keywords:** Maternal and Child Health, Prenatal Care, Quality of Health Care, Health evaluation, Bias (Epidemiology)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1	POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL	12
1.2	RELEVÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA SAÚDE COLETIVA	16
1.3	AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	18
1.4	INFORMAÇÃO E SUAS FONTES EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL	22
1.5	AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL	26
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>32</b>
3.1	OBJETIVO GERAL	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>33</b>
4.1	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO	33
4.2	PERFIL SOCIO-ECONÔMICO	33
4.3	POPULAÇÃO E DESENHO DE ESTUDO	34
4.4	AMOSTRA	34
4.5	ESTUDO PILOTO	35
4.6	COLETA DE DADOS	35
<b>4.6.1</b>	<b>Primeira Etapa</b>	<b>35</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Segunda Etapa</b>	<b>36</b>
4.7	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	37
<b>4.7.1</b>	<b>Considerando-se as orientações preconizadas pelo PHPN</b>	<b>37</b>
4.7.1.1	Acesso ao pré-natal	37
4.7.1.1.1	<i>Quantidade de consultas</i>	37
4.7.1.1.2	<i>Mês gestacional da primeira consulta</i>	37
4.7.1.2	Doenças	38
4.7.1.2.1	<i>Hipertensão pré-gestacional</i>	38
4.7.1.2.2	<i>Hipertensão gestacional</i>	38
4.7.1.2.3	<i>Anemia gestacional</i>	38
4.7.1.2.4	<i>Diabetes pré-gestacional</i>	38
4.7.1.2.5	<i>Diabetes gestacional suspeito</i>	39
4.7.1.2.6	<i>Diabetes gestacional confirmado</i>	39
4.7.1.2.7	<i>Infecção urinária</i>	39
4.7.1.3	Medicamentos	39

4.7.1.3.1	Ácido Fólico e Sulfato Ferroso.....	39
4.7.1.3.2	Vacina antitetânica.....	39
4.7.1.4	Exames Laboratoriais.....	40
4.7.1.5	Exames Clínicos.....	40
4.7.1.6	Atividades Educativas.....	40
4.7.1.7	Classificação do Risco Gestacional.....	40
4.7.1.8	Encaminhamento dos Riscos.....	40
<b>4.7.2</b>	<b>Considerando as orientações preconizadas pela OMS.....</b>	<b>41</b>
4.7.2.1	Semanas Gestacionais.....	41
4.7.2.2	Idade Gestacional.....	41
4.7.2.3	Altura Uterina.....	41
4.7.2.4	Pressão Arterial.....	42
4.7.2.5	Peso Materno.....	42
4.7.2.6	Altura Materna.....	42
4.7.2.7	Sorologia para sífilis.....	42
4.7.2.8	Urina tipo I (EAS).....	42
4.7.2.9	Tipagem sanguínea/Fator Rh.....	43
4.7.2.10	Dosagem de Hemoglobina.....	43
4.7.2.11	Imunização antitetânica.....	43
4.7.2.12	Ácido Fólico e Sulfato Ferroso.....	43
4.7.2.13	Batimentos Cardíacos Fetais.....	44
4.7.2.14	Movimentos Fetais.....	44
4.7.2.15	Recomendação em Emergências.....	44
4.7.2.16	Recomendação quanto ao Aleitamento Materno.....	44
4.7.2.17	Referência à Maternidade ou Hospital.....	44
4.8	VARIÁVEIS AVALIATIVAS.....	44
<b>4.8.1</b>	<b>Concordância.....</b>	<b>44</b>
<b>4.8.2</b>	<b>Acesso à assistência pré-natal.....</b>	<b>45</b>
4.9	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	45
4.10	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
5.1	ARTIGO 1.....	47
<b>5.1.1</b>	<b>Resumo.....</b>	<b>47</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Abstract.....</b>	<b>48</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>48</b>
<b>5.1.4</b>	<b>Métodos.....</b>	<b>51</b>

<b>5.1.5 Resultados</b> .....	54
<b>5.1.6 Discussão</b> .....	59
<b>5.1.7 Referências</b> .....	67
<b>5.2 ARTIGO 2</b> .....	72
<b>5.2.1 Resumo</b> .....	72
<b>5.2.2 Abstract</b> .....	73
<b>5.2.3 Introdução</b> .....	73
<b>5.2.4 Metodologia</b> .....	75
<b>5.2.5 Resultados</b> .....	77
<b>5.2.6 Discussão</b> .....	82
<b>5.2.7 Referências</b> .....	89
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	93
<b>REFERÊNCIAS GERAIS</b> .....	95
<b>APÊNDICES</b> .....	104
<b>APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO</b> .....	105
<b>ANEXOS</b> .....	106
<b>ANEXO A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS</b> .....	107
<b>ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	118
<b>ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	119
<b>ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	120
<b>ANEXO E – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA.</b> .....	121

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

As primeiras políticas de saúde surgiram na Europa no século XVIII em um período de grande crescimento demográfico e de expansão econômica decorrentes do capitalismo. Para garantir a produção econômica da sociedade europeia era necessário preservar e conservar a força de trabalho tornou-se necessário então o desenvolvimento de tecnologias para a gestão econômica e política da população. Um dos elementos pertinentes a essa gestão foi o conhecimento dos traços biológicos da população como um dispositivo que permitisse um aumento constante da sua utilidade para que, por meio da elevação do nível de saúde e do bem-estar físico da população, fosse preservada a saúde em geral (FOUCAULT, 1984).

Na Inglaterra, no mesmo século, surgem as primeiras políticas de saúde voltadas para a saúde materna e infantil. Seus principais objetivos eram a medicalização da família e a reorganização da estrutura familiar, preocupando-se em gerir a infância, investindo nesse período do desenvolvimento e proporcionando um espaço de sobrevivência e de evolução para as crianças, por meio da imposição tanto aos pais quanto aos filhos dos cuidados com higiene, limpeza e desenvolvimento do organismo.

Essa política médica traduzia um esforço do estado para perpetuar a força de trabalho, controlando e monitorando o crescimento e o desenvolvimento populacional. Uma das medidas para o exercício desse controle estatal foi a institucionalização do parto, que por meio da medicalização, seguida do desenvolvimento científico e tecnológico, proporcionou melhorias das condições de saúde materno-infantil. (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, há o reconhecimento da necessidade da participação do Estado na vida dos menores, sendo que as primeiras ações governamentais relacionadas à proteção da saúde materno-infantil ocorreram na década de 1920 com a reforma sanitária de Carlos Chagas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). De acordo com Tyrrel (1994) os aspectos

abordados relacionados à saúde materno-infantil limitavam-se às dimensões biológica e funcionalista, delimitados por cuidados médicos. Essa abordagem limitada refletia a visão excludente ocupada pela mulher brasileira até meados do século XX.

Em 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, primeiro órgão governamental que se voltou exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil, foram enfatizados não só os cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e à amamentação. Nesse momento a preocupação maior referia-se ao combate da mortalidade infantil como garantia para se construir uma nação forte, produtiva e capaz de assegurar o desenvolvimento econômico nacional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A partir da década de 1950, o país vivenciou um processo de industrialização e de urbanização acelerado e a mulher passou a assumir novos papéis sociais que lhe conferiram uma nova posição e representatividade social. No mesmo período, com a criação do Ministério da Saúde em 1953, a assistência materno-infantil em nível nacional foi priorizada. No entanto, as diretrizes iniciais apresentavam um cunho nacionalista, inseridas em um modelo centralizador, com ações prioritárias de puericultura e assistência voltada para as camadas mais pobres da população (CANESQUI, 1987).

Na década de 1970, além de um contexto de expansivo crescimento econômico, as mulheres participavam de forma expressiva dos movimentos sociais urbanos (SANTOS, 2010) o que fomentou uma preocupação governamental com a deterioração das condições de vida da população e com as altas taxas de mortalidade infantil. Essa preocupação foi traduzida em ações na área de saúde materno-infantil por meio da publicação das Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, em 1971, pelo Ministério da Saúde (CANESQUI, 1987). Nesse programa estavam previstos cuidados específicos destinados principalmente às mulheres da faixa etária entre 15 e 49 anos como ações de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, de estímulo ao aleitamento materno e nutrição, e medidas para o espaçamento entre as gestações (LEITE; PAES, 2009).

Nota-se que os programas de saúde apresentavam estratégias com uma visão da mulher exclusivamente reprodutora, objetivando uma reprodução saudável, que eram corroboradas por uma assistência obstétrica e neonatal baseada em um modelo médico assistencial privatista, apoiada em um cuidado médico individualizado de base hospitalar e curativa (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Os movimentos de mulheres são críticos a esse enfoque limitado ao ciclo gravídico puerperal e reivindicam mudanças nas políticas de saúde da mulher. Em resposta às reivindicações do movimento feminista, tornou-se necessário oferecer a mulher uma assistência integral, que garantisse o respeito aos seus direitos de cidadã. Foi criado então em 1983, e implantado em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O programa destacou o grupo materno-infantil como prioridade, destinando recursos para a assistência do mesmo, propondo a contemplação da saúde reprodutiva, do planejamento familiar, da prevenção de câncer cervicouterino e de mamas e de questões relativas às doenças sexualmente transmissíveis. Tornando-se um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher (BRASIL, 1984).

Todo esse processo de formulação de políticas de saúde referentes à saúde da mulher e da criança até aqui apresentado apontou para uma evolução importante das ações voltadas para o grupo materno-infantil, culminando com a proposta de um programa pioneiro, inclusive no cenário mundial, o PAISM. Esse programa trouxe a proposta de focar a saúde da mulher e o planejamento familiar superando a visão restrita da mulher, até então limitada ao binômio mãe-filho, rompendo com a visão tradicional e abordando a saúde da mulher baseado no conceito de atenção integral.

Além das concepções feministas, o movimento da reforma sanitária, com suas propostas de reestruturação do modelo de saúde pública brasileiro, também contribuiu para a ampliação dos conceitos de saúde e de saúde da mulher, favorecendo o PAISM (COSTA, 2009). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 há um avanço nas políticas de saúde materno-infantil.

Visando a integralidade da assistência obstétrica e reconhecendo a importância da afirmação dos direitos da mulher, incorporados como diretrizes institucionais, no ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído através da Portaria do Ministério da Saúde nº 569/GM. Os objetivos principais eram reorganizar a assistência e desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações. Para tanto, foram estabelecidos critérios quantitativos mínimos marcadores da qualidade da assistência pré-natal e propostos os princípios gerais e as condições para o adequado acompanhamento pré-natal. Os esforços para operacionalização do programa foram concentrados nas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal e os municípios que aderiram ao programa receberam incentivos financeiros (BRASIL, 2005).

Considerando a necessidade de assegurar ainda mais a melhoria do acesso, da cobertura do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e da assistência à criança, o Ministério da Saúde, no ano de 2011, instituiu a Rede Cegonha. Esse modelo de atenção consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Da mesma forma, assegura à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A implementação dessa rede ocorrerá de forma gradual e sua organização deverá permitir e possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população, organizando-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

As ações de promoção de saúde materno-infantil têm sido norteadas por propostas horizontais e articuladas que priorizam o fortalecimento da atenção primária à saúde e que dimensionam os serviços e os recursos para garantir a efetividade e a qualidade dos serviços. No entanto, mesmo com todo o avanço, as políticas voltadas para a saúde da mulher e da criança ainda continuam em processo de construção e de aplicação prática do conceito de integralidade (SANTOS, 2005) uma vez que ainda hoje a mulher absorve novos papéis na sociedade sem desfazer-se dos anteriormente assumidos. Dessa forma, surgem novas necessidades que precisam



ser contempladas por diversos setores da sociedade, garantido a promoção da saúde e a prevenção de doenças dada à complexidade da saúde da mulher.

Os resultados de todas essas propostas e esforços são observados e traduzidos quando se analisam os indicadores de saúde da população, que são medidas capazes de dimensionar o estado de saúde de uma população, bem como de traduzir o desempenho do sistema de saúde.

## 1.2 RELEVÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA SAÚDE COLETIVA

A mortalidade materna pode ser considerada como um excelente indicador de saúde da população, específico para medir a qualidade da assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido (TANAKA; SIQUEIRA; BANFILE, 1989). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define mortalidade materna como: “morte de uma mulher durante a gestação ou parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1992).

A redução das taxas de mortalidade é um grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. Nesse sentido, na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), no ano 2000, 186 países firmaram um acordo para combater diversos males da sociedade que foram concretizados na adoção de oito Metas de Desenvolvimento, estabelecidas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), entre elas, reduzir em 75% as taxas de mortalidade materna mundiais entre 1990 e 2015 (ONU/PNUD, 2012).

O estudo de Hogan *et al.* (2010) mostra que a mortalidade materna mundial, que era de 526.300 no ano de 1980, reduziu para 342.900 em 2008, sendo a taxa de declínio anual de 1,3% desde 1990. No entanto, essa taxa de declínio anual variou entre os países, trazendo uma percepção generalizada de que o progresso em relação às taxas de mortalidade materna tem sido lento e em muitos lugares até mesmo inexistentes.

Na África Subsaariana entre os anos de 1990 e 2005 não houve redução significativa nas taxas de mortalidade materna. Em países do norte da África, Ásia e América Latina o declínio foi menor do que 1% ao ano (HILL *et al.*, 2007). Já a avaliação dos índices de mortalidade materna em 141 países, representando 78,1% dos nascimentos mundiais, evidenciou que nos países desenvolvidos a média é de sete mortes para cada 100.000 nascidos vivos com variação de quatro a quatorze (BETRAN *et al.*, 2005).

Uma revisão sistemática realizada pela OMS (KHAN *et al.*, 2006) que analisou pelo menos quatro causas de mortes maternas entre as principais (hemorragia, hipertensão arterial, septicemia, obstrução do parto, aborto, gravidez ectópica e embolia) demonstrou que na África e na Ásia os distúrbios hemorrágicos foram a principal causa de morte materna. Na América Latina e no Caribe o maior motivo dos óbitos foi a hipertensão arterial seguida de hemorragia, essa mesma tendência é observada no Brasil (BRASIL, 2012). Nos países desenvolvidos as causas de mortes mais frequentes são devidas a complicações da anestesia e de cesarianas.

Considerando os dados do relatório sobre tendências de mortalidade materna entre os anos de 1990 a 2010, divulgado pela Organização Mundial da Saúde, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e pelo Banco Mundial, em maio de 2012, o Brasil apresentou queda de 51% na taxa de mortalidade materna e o número de óbitos caiu de 120 para 56 a cada 100 mil nascimentos, sendo esse progresso considerado substancial pelo documento (OMS, 2012).

Os dados nacionais apresentam concordância com os dados internacionais apontando para uma redução, no mesmo período, de 141 mortes maternas para 68, traduzindo uma queda de 52%. Porém, esses números ainda estão acima dos definidos pelas metas dos objetivos do milênio, uma vez que o compromisso assumido pelo país prevê a redução do número de óbitos de gestantes para 35 a cada 100 mil nascimentos até o ano de 2015, sendo necessária uma regressão anual de 5,5% (ONU/BR, 2012).

Para uma redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna é reconhecidamente necessária uma assistência pré-natal de qualidade (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Estratégias utilizadas para alcançar esse objetivo incluem o acesso aos métodos contraceptivos, o atendimento especializado durante a gestação e parto e o acesso aos cuidados obstétricos de emergência (ONU/UNFPA, 2010).

No Brasil, a mortalidade materna tem sido motivo de preocupação das autoridades de saúde em todos os níveis de gestão (LAURENTI *et al.*, 2004) e ainda se constitui em um desafio para os serviços de saúde atingindo de forma desigual as regiões brasileiras. O enfrentamento da mortalidade materna tem-se dado usando como estratégias a ampliação do acesso à atenção pré-natal e a criação de Comitês de Morte Materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar. Os comitês investigam todos os óbitos de mulheres em idade fértil e propõe medidas que previnam a ocorrência de novas mortes.

Desde 1996, 90% das gestantes brasileiras têm acesso à atenção pré-natal, sendo que mais de 50% delas fazem mais de sete consultas (LEAL, 2008). Essas iniciativas tem o objetivo de resgatar a atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada a fim de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal.

### 1.3 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Além das abordagens de todas as iniciativas direcionadas à saúde da mulher da criança, está a necessidade de promover ações que contemplem a qualidade da assistência pré-natal. Para estimar a qualidade dos serviços em saúde, Donabedian (1988) recomenda a análise de três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura denota os atributos dos recursos materiais, humanos e da estrutura organizacional; o processo inclui as atividades dos pacientes na procura de cuidados e sua realização, bem como atividades do profissional em realizar um diagnóstico e recomendar ou implementar um tratamento; já o resultado denota o efeito do tratamento sobre o estado de saúde dos pacientes e populações, assim como o grau de satisfação do usuário dos serviços com o cuidado. As informações sobre essas categorias permitem avaliar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários nos

níveis de assistência, além disso, a avaliação da qualidade é um dispositivo administrativo utilizado para monitorar o desempenho e determinar se ele encontra-se dentro dos limites aceitáveis e esperados.

Com relação à qualidade da atenção pré-natal, os principais problemas apontados em estudos da literatura referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento dos registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades reais das pacientes (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Além dessas questões, a qualidade da assistência pré-natal sofre influência e é absolutamente influenciada pelo grau de desenvolvimento dos países e da condição econômica e social das mulheres. Estando diretamente relacionada com as taxas de nascimentos prematuros em todo o mundo, ao elevado número de mortes de mulheres relacionadas à gravidez nos países pobres e aos prognósticos adversos na gestação em países ricos (BECK *et al.*, 2010; NAGAHAWATTE; GOLDENBERG, 2008; WEHBY *et al.*, 2009). Deve-se considerar também que fatores relacionados à saúde dos usuários dos serviços de saúde, à prestação dos cuidados à saúde e à interação desses fatores estão implicados em resultados obtidos da qualidade da assistência pré-natal como a morbidade e mortalidade materna e infantil (SAY; RAINE, 2007).

As atividades de avaliação estão fortemente relacionadas com a disponibilidade da informação. Na avaliação da assistência pré-natal, especificamente, tem sido desenvolvidos métodos ao longo dos anos que sofrem mudanças em função do desenvolvimento tecnológico e científico ocorrido no campo da saúde. Vários estudos têm proposto índices para classificar o cuidado pré-natal (ALMEIDA; BARROS, 2005; COUTINHO *et al.*, 2003; KOFFMAN; BONADIO, 2005; PUCCINI *et al.*, 2003). No entanto, a literatura destaca o índice de Kessner e o índice de adequação da utilização do cuidado pré-natal (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*, APNCU) (ALMEIDA; BARROS, 2005; COIMBRA *et al.*, 2003).

O índice de Kessner, proposto em 1973, classifica o cuidado pré-natal como adequado, intermediário ou inadequado, considerando a semana gestacional de

início do acompanhamento pré-natal, o número de consultas subsequentes (mínimo de nove consultas) e a idade gestacional no parto (KESSNER *et al.*, 1993). O APNCU, proposto por Kotelchuck (1994), desagrega os componentes do índice de Kessner para uma análise mais detalhada e, além de levar em conta o mês de início de pré-natal e o número de visitas, oferece um conjunto mais preciso e abrangente de medidas de utilização dos cuidados pré-natais, classificando o cuidado como inadequado, intermediário, adequado e adequado superior. Todos os dois modelos utilizam como parâmetro o número mínimo de consultas recomendado pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (*American College of Gynecology and Obstetrics* - ACOG) que varia de 11 a 14 consultas para uma gestação de 40 semanas.

No Brasil, Ciari Júnior (1972) propõe sete indicadores dos serviços prestados durante o pré-natal que permitem uma avaliação quantitativa da assistência e, indiretamente, permitem avaliar a qualidade dos serviços: média de consultas por profissional médico, proporção entre consultas dadas e possíveis, média de idade de gestação na matrícula, média de consultas por gestante, proporção entre matrículas e consultas em continuação, número teórico de consultas e facilidades oferecidas nos serviços.

Atualmente, no Brasil, o Ministério da Saúde considera como padrão de adequação do pré-natal os critérios estabelecidos pelo PHPN que também considera como adequado à realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação; número mínimo de seis consultas de pré-natal sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realização de uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento; realização de exames laboratoriais: ABO-Rh<sup>1</sup>, Hb/Ht<sup>2</sup> e anti-HIV<sup>3</sup>, VDRL<sup>4</sup>, urina comum e glicemia de jejum;

---

<sup>1</sup> No sistema ABO existem quatro tipos de sangues: A, B, AB e O. Esses tipos são caracterizados pela presença ou não de certas substâncias na membrana das hemácias, os aglutinogênios, e pela presença ou ausência de outras substâncias, as aglutininas, no plasma sanguíneo. O sistema ABO foi o primeiro dos grupos sanguíneos descobertos (1900, 1901) no início do século XX em 1900, pelo cientista austríaco Karl Landsteiner. O fator RH é um sistema de antígenos (substâncias que provocam a formação de anticorpos) presente nas hemácias (glóbulos vermelhos do sangue), determinando indivíduos com Rh negativo ou Rh positivo.

<sup>2</sup> Hemoglobina (Hb) e Hematócrito (Ht).

<sup>3</sup> HIV: *human immunodeficiency virus* ou vírus da imunodeficiência humana.

<sup>4</sup> VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*.

imunização antitetânica; realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional; e referência à gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Coutinho *et al.* (2003) avaliaram a adequação do processo de assistência pré-natal do SUS em Juiz de Fora, Minas Gerais adotando uma sequência de avaliação em três níveis complementares: adequado, inadequado e intermediário. Foi considerado adequado o pré-natal que teve início anterior a 14<sup>a</sup> semana gestacional, seis ou mais consultas e realização dos exames laboratoriais básicos e clínico-obstétricos obrigatórios preconizados pelo PHPN.

O estudo de Parada (2008), desenvolvido no interior do estado de São Paulo, além de avaliar o processo da assistência pré-natal segundo os parâmetros do PHPN, avaliou a estrutura dos recursos existentes para a execução dos serviços, incluindo recursos físicos, humanos, materiais e de processo, bem como as atividades realizadas pelos provedores da assistência, considerando aspectos técnicos e de relação interpessoal. A pesquisa concluiu, após análise da estrutura, que o atendimento é centrado no trabalho médico e que os equipamentos e instrumentos básicos estão disponíveis. Por outro lado, os indicadores de processo evidenciaram que 3,6% das gestantes realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.

Embora no Brasil o Ministério da Saúde considere como ideal a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, a Organização Mundial da Saúde, por meio de uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados<sup>5</sup>, que avaliaram a eficácia dos diferentes modelos de atenção ao pré-natal (VILLAR; BERGSJO, 2002), concluiu que um número menor de consultas, em relação ao recomendado pela *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (AGOC), não traz riscos, na prática clínica, nem para a mãe e nem para o bebê. O manual técnico resultante desse estudo considera ideal a realização de quatro consultas de pré-natal e uma de puerpério, nas quais deverão ser solicitados exames de rotina e realizados exames obstétricos. A primeira consulta é recomendada até a décima segunda semana gestacional, quando o risco obstétrico deve ser avaliado. Caso haja detecção de

---

<sup>5</sup> De *random*, em inglês, derivam o verbo *randomizar*, com o seu particípio *randomizado*, e o adjetivo *randômico*. O equivalente vernáculo do verbo *randomizar* poderia ser casualizar, acidentalizar ou aleatorizar.

qualquer risco, o profissional da atenção básica deverá encaminhar a gestante para um serviço de nível mais complexo, destacando que o risco e a necessidade de referência para centros mais especializados deverão ser constantemente avaliados em todas as consultas (VILLAR; BERGSJO, 2003).

#### 1.4 INFORMAÇÃO E SUAS FONTES EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A existência da informação sobre os processos de trabalho em saúde tem uma grande importância para a avaliação dos serviços de saúde e o acesso a essas informações permite a melhora da qualidade desses serviços, além de outras vantagens, como a redução de custos (ALBUQUERQUE; PRADO; MACHADO, 2011). Nesse sentido, traduz-se que a informação em saúde é uma ferramenta fundamental para o diagnóstico de situações de saúde. A agregação dos dados possibilita ações mais acertadas na priorização de ações no setor saúde e intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população. Além disso, permite troca de informações, aperfeiçoamento dos indicadores estatísticos e epidemiológicos, melhoria da qualidade assistencial e da gestão da informação.

Estudos que questionam a qualidade da informação disponível para a avaliação dos serviços de saúde têm sido realizados principalmente em países em desenvolvimento, uma vez que nesses países são necessárias medidas para o aproveitamento dos recursos, já que o financiamento da saúde é precário (BARBIERI, 2005). Em Zanzibar, República da Tanzânia, Braa, Heywood e Sahay (2012) apontaram pouca utilização dos dados nacionais pelos gestores de saúde e má qualidade da informação, reforçando a necessidade de aumentar a utilização e a qualidade dos dados em saúde a fim de haver subsídios para a tomada de decisão.

Pesquisa feita em KwaZulu-Natal, Sul da África (MPHATSWE *et al.*, 2012) também evidenciou a necessidade de intervenções para melhorar a qualidade dos dados utilizados para monitorar, por exemplo, a prevenção de doenças como o HIV e, após uma intervenção simples, registrou-se o aumento no nível de integridade dos dados e na precisão dos dados nos sistemas de informação.

Na década de 70 foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), sendo o sistema de informações mais antigo do país que dispõe de variáveis sociais, econômicas e demográficas contidas nos registros de óbitos de menores de um ano. Sua base de dados é acessível gratuitamente, permitindo o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de saúde, além da avaliação de programas de saúde materno-infantil. Por meio de métodos demográficos estima-se que sua cobertura seja de cerca de 85%, concentrando uma sub-informação principalmente nas regiões do Norte e Nordeste (LAURENTI *et al.*, 2004). Essa ausência de informações reflete a má qualidade da informação das causas de morte e a defasagem da disponibilidade dos dados limita o monitoramento e a vigilância dos eventos epidemiológicos (ROMERO; CUNHA, 2006).

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) apresenta estrutura semelhante a do SIM. Foi implantado oficialmente em 1990, pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de registrar todos os nascimentos ocorridos no território nacional e as informações sobre a gestação, o parto e o recém-nascido. Constitui-se em uma grande fonte de dados epidemiológicos, permitindo identificar fatores de risco e condicionantes socioeconômicas. Apresenta boa completude de preenchimento e consistência de informação na maioria de suas variáveis, porém sua cobertura ainda é deficiente em diversas áreas do país e há deficiências na qualidade da informação (ROMERO; CUNHA, 2007). A fim de detectar mudanças no perfil de indicadores da qualidade da assistência às mulheres gestantes de um município do interior paulista, Moraes *et al* (2004) utilizaram o SINASC como fonte de informação secundária, associado a inquéritos domiciliares. O estudo mostrou ser esse sistema de informação de relevante importância como intuito de avaliação contínua da assistência pré-natal.

No contexto do PHPN foi desenvolvido um *software* pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (Datusus) para coleta de dados sobre o acompanhamento pré-natal. O sistema de informação SISPRENATAL, implantado pelo Ministério da Saúde em 2000, permite a coleta de informações sobre o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. A alimentação do sistema é feita por meio das informações extraídas das



Fichas de Cadastramento das Gestantes (FCG) e das Fichas de Registro Diário do Atendimento das Gestantes (FRDAG). A gestante é acompanhada no sistema por meio de um número próprio no Sis prenatal. O cadastramento das gestantes é considerado como primeira consulta e as consultas subsequentes são registradas na FRDAG. Com a adesão dos municípios ao sistema e com o cumprimento, pelos mesmos, dos requisitos mínimos recomendados seria feito o repasse de verbas, como estímulo financeiro para o desempenho das metas estabelecidas (BRASIL, 2005).

O sistema é utilizado então como um instrumento de gestão permitindo o monitoramento e o acompanhamento dos indicadores de qualidade a nível nacional, refletindo a situação da saúde materna no país. Dessa forma, favorece investimentos em saúde de acordo com as especificações de cada grupo populacional (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Entretanto, os estudos realizados no país que objetivaram avaliar a assistência pré-natal tendo como fonte de informação o Sis prenatal registraram baixa cobertura do PHPN. O estudo mais amplo, realizado em nível nacional, nesse sentido é o de Serruya, Cecatti e Lago (2004). Esse estudo utilizou como metodologia os dados gerados no Sis prenatal em 2001 e 2002 para todo o país. Como resultado, o indicador de cobertura do PHPN teve um incremento importante entre os anos de 2001 e 2002 em 3183 municípios, porém não mais que 5% das mulheres cadastradas em 2002 realizaram o conjunto de todos os critérios estabelecidos.

O estudo de Passos e Moura (2008) analisou os indicadores de processo do PHPN entre os anos de 2001 e 2006 no Estado do Ceará e evidenciou que a cobertura completa, com o cumprimento de todas as diretrizes do programa, foi de 15,67% para a série como um todo, mais do que o dobro dos números nacionais do Sis prenatal para o mesmo período.

Moimaz *et al* (2010) ressaltaram que o Sis prenatal é um sistema de informação de alta aplicabilidade. No entanto, ocorre o sub-registro das informações devido a registros falhos e divergentes e falhas na alimentação do banco de dados resultando

em uma avaliação da assistência pré-natal não correspondente àquela realmente oferecida nos serviços de saúde.

Mesmo o SISPRENATAL sendo a fonte oficial de informações sobre a assistência pré-natal, existem outras fontes de informação que podem ser utilizadas para avaliar o processo de assistência. Ressaltando-se que a fonte de informação utilizada para definição dos critérios de adequação da assistência possivelmente influenciarão nos resultados dos índices de julgamentos avaliativos (SANTOS NETO, 2012).

Segundo Dugas (1984) apud OBA (1998) o registro representa a comunicação escrita dos fatores essenciais, de forma a manter uma história contínua dos acontecimentos ocorridos durante certo período. Diante dessa consideração, os prontuários da atenção básica também tem sido utilizados como fonte de informação para a avaliação da atenção pré-natal. Por meio de sua análise e revisão resgata-se o registro da história clínica da paciente possibilitando o acompanhamento do processo de assistência. Sua limitação está no fato de que a inadequação e a precariedade dos registros interferem na avaliação da qualidade da assistência bem como no seu aperfeiçoamento (SUCCI *et al.*, 2008). Além disso, quando utilizados somente os prontuários da atenção básica, não são computadas as informações referentes aos acompanhamentos realizados nos serviços de maior complexidade pelas gestantes de alto risco.

O Cartão de Gestante é um instrumento de registro que contém os principais dados do acompanhamento da gestação, como os achados diagnósticos e condutas. Deve ser mantido sempre com a mulher gestante e levado em todas as consultas de pré-natal. É um dos sistemas de registros perinatais estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sendo de uso mandatório para que a assistência esteja minimamente dentro dos padrões de qualidade (BRASIL, 1998). Por isso, ele vem sendo utilizado como fonte de informação (TREVISAN *et al.*, 2002; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012), uma vez que nele há campos de registros específicos sobre dados socioeconômicos, antecedentes familiares, pessoais e obstétricos, informações sobre as consultas atuais de pré-natal, sobre o parto e recém-nascido.

Coutinho *et al* (2003) avaliaram a adequação do processo de assistência pré-natal oferecido às usuárias do SUS por meio da auditoria em Cartões da Gestante, observando a utilização de diferentes modelos, modificados à partir do preconizado pelo Ministério da Saúde. Eles chamaram à atenção para o fato de que a multiplicidade de modelos é um fator de dificuldade para se estabelecer uma rotina de preenchimento e compromete a análise comparativa de variáveis.

Outras fontes de informação são as entrevistas feitas tanto às gestantes e puérperas como a gestores de saúde. No Brasil, os estudos de Almeida e Barros (2005) e Wehby *et al* (2009) obtiveram informações sobre a saúde recebida durante o ciclo gravídico-puerperal por meio entrevistas com as mulheres. Nos Estados Unidos, 503 gestantes foram acompanhadas no período de um ano após o parto e, por meio de entrevistas estruturadas, foi possível avaliar a quantidade e a necessidade de consultas durante o pré-natal (MAGRIPLES *et al.*, 2008). Porém, uma limitação desse tipo de abordagem é que os sujeitos perguntados nem sempre respondem precisamente o que é perguntado, podendo alguns dados importantes ficarem retidos (GREENHALGH, 2008).

Apesar da necessidade da recordação dos fatos poder sugerir um viés de memória, Delgado-Rodriguez *et al* (1995) ao compararem informações de entrevistas pós-parto com os dados obstétricos documentados não observaram tendência de aumento ou redução da sensibilidade e especificidade, sugerindo, inclusive, que mães de parto normal podem constituir um grupo de referência para obtenção de dados sobre a assistência pré-natal.

## 1.5 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL

A avaliação em saúde constitui-se em um campo de conhecimento em crescimento. Sua prática tem se tornado um instrumento indispensável para o planejamento e gestão dos serviços de saúde (SAMICO *et al.*, 2010).

A discussão sobre esse tema vem se ampliando a partir das últimas duas décadas do século passado (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2011) por contemplar diversas atividades, podendo referir-se a questões cotidianas até a pesquisa avaliativa,

estruturada e formal, que exige uma base teórica e técnicas objetivas (SILVA; FORMIGLI, 1994).

No entanto, o termo avaliação contempla uma variedade de definições. Os conceitos e os critérios são diversos ao longo do tempo possibilitando várias interpretações. Para as mesmas autoras citadas a diversidade de terminologias relaciona-se com a complexidade do objeto avaliação em saúde.

Champagne *et al* (2011) propõe a seguinte definição de avaliação:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

No Brasil, observa-se um crescente interesse quanto à avaliação de programas e serviços de saúde no sentido tanto de controle dos gastos públicos e uso eficiente dos recursos disponíveis quanto para garantir uma distribuição equitativa das intervenções em saúde para a população usuária dos serviços de saúde.

Diante da preocupação crescente com a avaliação de políticas públicas (PAIM; TEIXEIRA, 2006) e considerando a necessidade da institucionalização de uma cultura de avaliação no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde procedeu a partir do ano de 2003 a implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005).

O objetivo dessa política de governo é incorporar um olhar avaliador nas três esferas de gestão do SUS, descentralizando a ação de avaliar e contribuindo para a qualificação da atenção à saúde. Dessa forma, os gestores encontram-se automaticamente inseridos no processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica (FELISBERTO *et al.*, 2010).

A avaliação de programas e políticas de saúde permite que as informações produzidas diariamente nos serviços de saúde sirvam de subsídio para a melhoria

das práticas em saúde e contribuam para a racionalização dos processos de decisão. Dessa forma, é possível agregar valor ao serviço oferecido e atender às necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde.

No Brasil, a assistência pré-natal tem sido objeto de atenção no que se refere à avaliação da qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços públicos de saúde. Vários têm sido os estudos voltados para a avaliação da assistência pré-natal (TREVISAN *et al.*, 2002; MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003; ANVERSA *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2012), uma vez que as condições de assistência pré-natal, como as diferenças sócio demográficas e a organização dos serviços de atenção em saúde, relacionam-se diretamente com os indicadores de mortalidade materna e infantil.

Embora os resultados dos estudos existentes sejam significativos no sentido de evidenciar um melhor planejamento das ações dos serviços de pré-natal e uma urgência na melhoria da qualidade da assistência (SUCCI *et al.*, 2008; MOIMAZ *et al.*, 2010), ainda são necessários trabalhos mais amplos que analisem a interdependência entre os componentes de estrutura, processo e resultados, e avaliações periódicas que permitam um monitoramento contínuo da adequação dos indicadores da assistência (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

Dada a relação da atenção qualificada durante o pré-natal com a redução da morbimortalidade materna e infantil, mesmo com a tendência de estagnação do indicador de mortalidade materna após a década de 1990 (MORSE *et al.*, 2011), deve-se manter a atenção para questões que comprometem a qualidade do cuidado. Além do número e conteúdo das consultas, da qualidade dos serviços oferecidos e da capacidade de cobertura dos mesmos, outros fatores como a desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde pelo usuário devem ser considerados. Leal, Gama e Cunha (2005) observam que há uma persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas em relação à peregrinação na busca de atenção médica.

Não diferente do quadro nacional e apesar da queda de 11,8% no índice de mortalidade materna no ano de 2011 (SODRÉ, 2012), o estado do Espírito Santo

ainda não alcançou uma assistência pré-natal satisfatória. Esforços têm sido somados, com base nas diretrizes políticas, no sentido de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres capixabas, ampliando e qualificando a atenção integral à saúde da mulher no âmbito do SUS. Porém um estudo transversal envolvendo 1.380 puérperas, realizado em maternidades públicas da capital do estado por Miranda *et al* (2010), ressaltaram que no município apenas 67% das puérperas entrevistadas tinham feito seis ou mais consultas de pré-natal.

Outro estudo realizado nas maternidades públicas da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), que avaliou a completude das informações sobre assistência pré-natal nos cartões das gestantes, apontou um preenchimento ruim, com incompletude maior que 20%, e mostrou que 48,2% das puérperas tinham realizado sete ou mais consultas de pré-natal (SANTOS NETO, 2012).

Para contornar essas desigualdades, bem como progredir em relação à redução das taxas de mortalidade materna é necessário que haja uma reorganização dos serviços de saúde e o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde. Nesse sentido, no ano de 2009, o governo do estado do Espírito Santo, visando à melhoria da atenção à saúde materno-infantil, propôs a organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (ESPÍRITO SANTO, 2009). Logo, tornou-se evidente a necessidade do registro das informações em saúde para traçar o perfil populacional a partir do levantamento das potencialidades, necessidades e deficiências relacionadas à saúde materno-infantil. Além disso, o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PD-APS) é uma estratégia, utilizada pelo estado, para se aproximar das reivindicações expressas pela população, focando em obter resultados que atendam as necessidades de saúde da população.

Essas estratégias tem como princípio que as ações em saúde devem ser subsidiadas por um diagnóstico situacional capaz de gerar impacto significativo nas condições de saúde da população. Quando há deficiência de informação sobre a mulher gestante pode haver comprometimento do planejamento das ações voltadas para a área materno-infantil. De igual modo, a organização dos serviços, o acompanhamento e monitoramento das tomadas de decisão e a investigação de

patologias relevantes ficam comprometidos, resultando em avaliações deficientes da atenção dos serviços prestados no pré-natal.

## 2 JUSTIFICATIVA

Dado as condições socioeconômicas do município de Vitória - ES, a existência de ações específicas voltadas para a atenção à saúde materno-infantil, tanto no âmbito municipal quanto no estadual, e estudos recentes que visam estabelecer diagnósticos sobre as debilidades existentes nos serviços públicos que oferecem assistência ao pré-natal, o presente estudo, além de contribuir para a avaliação da assistência pré-natal no município de Vitória - ES justifica-se por que:

- Avalia criticamente o prontuário da atenção básica como fonte de informação em estudos epidemiológicos sobre a assistência pré-natal;
- Agrega informações sobre a assistência pré-natal no município no sentido de nortear as ações voltadas à promoção da saúde materno-infantil no SUS.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a adequação da assistência pré-natal por meio do Cartão da Gestante e do prontuário da Atenção Básica no SUS do município de Vitória, Espírito Santo (ES), Brasil.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar a concordância entre os dados registrados no Cartão da Gestante e no prontuário da Atenção Básica sobre a assistência pré-natal no SUS do município de Vitória, Espírito Santo (ES), Brasil;
- Avaliar a adequação do processo da assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS do município de Vitória, Espírito Santo (ES), Brasil segundo os critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento pela Organização Mundial de Saúde.

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO

O município de Vitória é a capital do estado do Espírito Santo e integra a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES), juntamente com os municípios de Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana, Fundão e Guarapari. Possui uma extensão geográfica de 93,38km<sup>2</sup> e população de 327.801 habitantes (IBGE, 2010).

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória organiza-se sobre bases territoriais, distribuindo os serviços de saúde de acordo com a delimitação das áreas de abrangência. Segundo a territorialização da saúde o município é dividido em vinte e sete territórios de saúde e em seis regiões de saúde que contemplam a população de 79 bairros: Centro, Santo Antônio, São Pedro, Forte São João, Maruípe e Continental. A rede própria é constituída por 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo quatro UBS sem Estratégia Saúde da Família (ESF), três com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 21 com ESF. São 76 equipes de ESF e PACS que proporcionam uma cobertura de aproximadamente 100% da população, conforme dados do Relatório de Gestão do exercício de 2010 da Secretaria de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011).

### 4.2 PERFIL SOCIO-ECONÔMICO

O município representa 9,33% da população do estado do Espírito Santo e uma população de mulheres em idade fértil, 15 a 49 anos de idade, de 186.282 mil mulheres, 56,8 % da população do município, de acordo com o censo realizado no ano de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A Secretaria de Estado da Saúde tem estabelecido diretrizes e metas para a atenção integral à saúde materno-infantil, uma das estratégias utilizadas é o reforço no investimento de recursos nesse sentido, o município então tem somado esforços para a melhoria da qualidade da atenção em saúde. No ano de 2011, o Ministério da Saúde propôs o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) com o intuito de realizar uma aferição contextualizada do desempenho do SUS, quanto ao

cumprimento de seus princípios (BRASIL, 2011). O município de Vitória ganhou destaque ao conquistar a primeira colocação nacional no IDSUS no ano de 2012 (AMORIM, 2012). Por dois anos consecutivos, 2008 e 2009, apresentou o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita entre as capitais do país. No ano de 2009, o PIB *per capita* da capital foi de R\$ 61.790, conforme dados do Instituto Jones dos Santos Neves (*apud* CORREIA, 2011). Além disso, o município apresenta uma cobertura de pré-natal superior a 74,0% com realização de no mínimo sete consultas, dados segundo o Datasus (BRASIL, 2012a).

#### 4.3 POPULAÇÃO E DESENHO DE ESTUDO

Foram utilizados na pesquisa os cartões das gestantes e os prontuários da atenção básica de puérperas provenientes de um estudo epidemiológico seccional desenvolvido no município de Vitória no período de abril de 2010 a fevereiro de 2011 (SANTOS NETO, 2011). Esse estudo verificou a concordância entre as informações prestadas por puérperas e as registradas nos cartões das gestantes sobre a assistência pré-natal no SUS do município (SANTOS NETO *et al*, 2012).

Foram incluídos os três estabelecimentos de saúde que realizam a totalidade de partos pelos SUS no município de Vitória: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Hospital Associação Beneficente Pró- Matre de Vitória e Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Nesses estabelecimentos as puérperas foram selecionadas à partir do registro médico quanto a realização do pré-natal no município de Vitória, visto que esses estabelecimentos também atendem parturientes de outros municípios do estado. Em seguida, as mesmas foram listadas e selecionadas sistematicamente para serem entrevistadas.

#### 4.4 AMOSTRA

Para alcançar os objetivos o tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula de tamanho amostral para estimar uma proporção. Foram considerados o número estimado da população de nascidos vivos em 2007 no município de Vitória (4.404 nascimentos), pois reflete aproximadamente a quantidade de parturientes por ano que residem no município, e os indicadores de percentual de nascidos vivos

cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal, 74,4%, como uma aproximação da utilização de serviços de saúde na gestação. Além de uma precisão desejada de 5%, efeito do desenho igual a um e nível de significância de 5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 275 sujeitos. O total foi aumentado em 30% para considerar as possíveis perdas, resultando em 360 parturientes a serem avaliadas.

#### 4.5 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto envolveu o teste do instrumento elaborado para a coleta de dados e o treinamento dos entrevistadores em uma amostra de 25 parturientes (não incluídas no estudo) nos estabelecimentos onde foi conduzido o estudo principal. Essa etapa da pesquisa consistiu na adequação do instrumento para coleta de dados. O processo teve como objetivo a verificação das apresentações gráficas dos questionários, bem como testar o entendimento dos seus itens e avaliar o tempo médio de preenchimento dos questionários.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

##### 4.6.1 Primeira Etapa

Os dados foram coletados por uma equipe de sete pesquisadores, previamente treinados, por meio da aplicação de entrevista estruturada com questões fechadas às parturientes (Anexo A), além da cópia integral do Cartão da Gestante e a retirada de informações contidas no prontuário médico do estabelecimento de saúde.

O momento de coleta de dados, após o parto, é a ocasião em que toda a assistência do pré-natal foi indubitavelmente concluída. Além disso, é nesse momento em que é possível detectar a realização e a qualidade da assistência prestada por meio de uma logística abrangente e executável.

As entrevistadoras visitavam, no mínimo, uma vez por semana todas as três maternidades incluídas no estudo, no período de abril de 2010 a fevereiro de 2011, abordando as mulheres no momento pós-parto para relato das informações sobre a

assistência pré-natal. Nos dias das visitas, as entrevistadoras listavam todas as puérperas residentes no município de Vitória e, em seguida, realizavam a amostragem sistemática intercalando-se de duas em duas para selecionar as puérperas a serem abordadas. Esse método foi realizado até atingir o total da amostra.

Na abordagem foram excluídas as puérperas não residentes no município de Vitória, as que se encontravam em grave estado de saúde que as impossibilitava permanente ou provisoriamente de se pronunciarem sobre sua história pregressa no momento da entrevista, as que realizaram pré-natal no sistema privado e as com menos de 12 horas de parto cesáreo. Foram incluídas todas as puérperas residentes no município de Vitória e que realizaram o pré-natal no SUS do município. Verificava-se a possibilidade da realização da entrevista e a posse do Cartão da Gestante. Apenas treze puérperas recusaram-se a participar do estudo.

Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo em 04/11/2009, sob protocolo nº 93/2009 (Anexo B).

#### **4.6.2 Segunda Etapa**

Os dados referentes às informações da assistência pré-natal registrados nos prontuários da atenção básica das respectivas mulheres abordadas por ocasião do parto foram coletados no período de janeiro a junho de 2012 por meio de uma revisão dos prontuários da atenção básica nas UBS.

Os prontuários das 360 mulheres que participaram da primeira etapa foram identificados por meio de consulta ao Sistema Rede Bem Estar da Prefeitura Municipal de Vitória. A Rede Bem Estar é um sistema de gestão da saúde informatizado da rede de atenção à saúde do município de Vitória, ES, que começou a ser implantado no mês de outubro de 2009. Suas funcionalidades têm com objetivo principal atender aos usuários em suas necessidades de atenção da Portaria 49 da PMV (ESPÍRITO SANTO, 2012).

A coleta foi realizada pelo pesquisador que, em um primeiro momento, visitou as UBS do município para um primeiro contato com o gestor da unidade de saúde. Em seguida, foi feito o agendamento de data, segundo disponibilidade da unidade, para extração das informações dos prontuários por meio de um instrumento de coleta de dados específico (APÊNDICE 1).

#### 4.7 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis foram definidas e são as mesmas tanto para o Cartão da Gestante quanto para o prontuário da atenção básica.

##### 4.7.1 Considerando-se as orientações preconizadas pelo PHPN

###### 4.7.1.1 Acesso ao pré-natal

###### 4.7.1.1.1 *Quantidade de consultas*

A quantidade de consultas realizadas foi obtida pela contagem do número de consultas registradas nos prontuários da atenção básica e nos cartões das gestantes. Em seguida, o número de consultas foi categorizado em intervalos de 0 a 3 consultas, 4 a 6 consultas e 7 ou mais consultas.

###### 4.7.1.1.2 *Mês gestacional da primeira consulta*

O mês gestacional da primeira consulta foi calculado por meio da diferença entre a data do nascimento da criança, registrada no prontuário de internação hospitalar, e a data da primeira consulta, registrada no cartão da gestante. A partir desse cálculo, foi obtida a quantidade de semanas gestacionais da primeira consulta até a data de nascimento da criança. Em seguida, essa informação foi subtraída da quantidade de semanas gestacionais de nascimento, registradas no prontuário de internação hospitalar, segundo o Método Capurro. Isso resultou na idade gestacional da primeira consulta.

#### 4.7.1.2 Doenças

Quanto às doenças foram consideradas as intercorrências clínicas mais frequentes: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus pré-gestacional, Hipertensão Arterial gestacional, Anemia gestacional, Diabetes gestacional suspeita, Diabetes gestacional confirmada e Infecção do Trato Urinário (ITU).

##### *4.7.1.2.1 Hipertensão pré-gestacional*

A gestante foi considerada portadora de hipertensão arterial prévia quando havia o registro dessa patologia no prontuário da atenção básica ou em qualquer lugar do cartão da gestante quando da primeira consulta de pré-natal. A ausência dessa informação foi admitida como ausência da patologia.

##### *4.7.1.2.2 Hipertensão gestacional*

Considerou-se a gestante hipertensa durante a gestação quando a média da pressão arterial sistólica foi  $\geq 140\text{mmHg}$  e diastólica  $\geq 90\text{mmHg}$ . Esse cálculo considerou no mínimo dois registros e no máximo seis registros de pressão nos prontuários e cartões para ambas as medidas.

##### *4.7.1.2.3 Anemia gestacional*

A anemia na gravidez foi definida a partir de pelo menos um registro de valor de hemoglobina  $<11\text{g/dL}$  no prontuário da atenção básica ou em qualquer lugar do cartão da gestante.

##### *4.7.1.2.4 Diabetes pré-gestacional*

A gestante foi considerada portadora de diabetes prévia quando havia o registro dessa patologia no prontuário da atenção básica ou em qualquer lugar do cartão da gestante quando da primeira consulta de pré-natal. A ausência dessa informação foi admitida como ausência da patologia.

#### *4.7.1.2.5 Diabetes gestacional suspeito*

A suspeita de diabetes gestacional foi definida pelo registro de um exame com nível glicêmico  $\geq 105$ mg/dL no prontuário da atenção básica ou em qualquer lugar do cartão da gestante.

#### *4.7.1.2.6 Diabetes gestacional confirmado*

A diabetes gestacional foi considerada confirmada quando em pelo menos dois exames o nível glicêmico foi  $\geq 105$ mg/dL ou em apenas um exame o nível foi  $\geq 200$ mg/dL registrados no prontuário da atenção básica ou em qualquer lugar do cartão da gestante.

#### *4.7.1.2.7 Infecção urinária*

A infecção do trato urinário durante a gestação foi constatada pelo registro de pelo menos um exame de urocultura positivo no prontuário da atenção básica ou em qualquer lugar do cartão da gestante.

### 4.7.1.3 Medicamentos

#### *4.7.1.3.1 Ácido Fólico e Sulfato Ferroso*

A suplementação de ácido fólico e de sulfato ferroso foi considerada positiva quando registrada no prontuário ou anotada em qualquer lugar do cartão.

#### *4.7.1.3.2 Vacina antitetânica*

A administração de vacina antitetânica foi considerada positiva quando registrada no prontuário ou anotada em qualquer lugar do cartão independentemente do número de doses feitas. Foram consideradas imunizadas as gestantes cujo registro apontava para imunização prévia.



#### 4.7.1.4 Exames Laboratoriais

Os exames considerados foram tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL, urina de rotina (EAS), dosagem de hemoglobina e hematócrito, glicemia de jejum e teste Anti-HIV. Para todos foram considerados realizados quando registrados os resultados no prontuário da atenção básica ou em qualquer lugar do cartão da gestante.

A repetição dos exames de VDRL, EAS e glicemia de jejum foi considerada realizada quando registrados os resultados pelo menos por duas vezes durante todo o acompanhamento pré-natal.

#### 4.7.1.5 Exames Clínicos

A verificação dos batimentos cardíacos fetais, o exame de toque vaginal, a pesagem nas consultas, a medida da pressão arterial, a verificação dos movimentos fetais e a mediada da altura uterina foram calculados pela razão entre o número de registros e o número de consultas anotadas. Em seguida, os resultados foram discriminados em categorias, segundo intervalos numéricos: nunca ( $< 0,40$ ), às vezes (de  $0,40$  a  $0,79$ ) e sempre ( $> 0,80$ ).

#### 4.7.1.6 Atividades Educativas

A realização de atividades educativas durante a pré-natal foi considerada quando a puérpera respondeu que recebeu orientações sobre amamentação por meio de reuniões em grupos ou em visitas domiciliares.

#### 4.7.1.7 Classificação do Risco Gestacional

A classificação de risco foi considerada a partir do autorrelato da puérpera se durante o pré-natal algum profissional a informou sobre sua situação de risco.

#### 4.7.1.8 Encaminhamento dos Riscos

Considerou-se que a gestante foi encaminhada ao serviço de referência quando a puérpera respondeu que teve sua gravidez classificada como de risco e foi encaminhada para acompanhamento em local especial recomendado.

#### **4.7.2 Considerando as orientações preconizadas pela OMS**

##### **4.7.2.1 Semanas Gestacionais**

As semanas gestacionais foram calculadas por meio da diferença entre a data do nascimento da criança, registrada no prontuário hospitalar, e a data das consultas, registrada no cartão da gestante e no prontuário. A partir desse cálculo, a semana gestacional obtida foi subtraída da semana gestacional de ocorrência do parto registrada no prontuário hospitalar resultando no número final de semanas gestacionais. As semanas gestacionais foram categorizadas em intervalos: antes da 12ª semana; entre as 25ª, 26ª e 27ª semanas; entre as 31ª, 32ª e 33ª semanas e entre as 37ª, 38ª e 39ª semanas, que correspondem à primeira, segunda, terceira e quarta consultas, respectivamente. Esse cálculo foi realizado para todas as consultas registradas nos cartões das gestantes.

##### **4.7.2.2 Idade Gestacional**

Para a primeira consulta foi considerado o registro da idade gestacional da primeira consulta de pré-natal no cartão da gestante.

Para a segunda, terceira e quarta consultas foram considerados dois, três e quatro registros da idade gestacional no cartão da gestante, respectivamente.

##### **4.7.2.3 Altura Uterina**

Para a primeira consulta foi considerado o registro da altura uterina na primeira consulta de pré-natal no cartão da gestante.

Para a segunda, terceira e quarta consultas foram considerados dois, três e quatro registros da altura uterina no cartão da gestante, respectivamente.

#### 4.7.2.4 Pressão Arterial

Para a primeira consulta foi considerado o registro da pressão arterial da primeira consulta de pré-natal no cartão da gestante.

Para a segunda, terceira e quarta consultas foram considerados dois, três e quatro registros da pressão arterial no cartão da gestante, respectivamente.

#### 4.7.2.5 Peso Materno

Para a primeira consulta foi considerado o registro do peso materno da primeira consulta de pré-natal no cartão da gestante.

Para a segunda, terceira e quarta consultas foram considerados dois, três e quatro registros do peso materno no cartão da gestante, respectivamente.

#### 4.7.2.6 Altura Materna

A altura materna foi considerada quando registrada em qualquer lugar do cartão da gestante.

#### 4.7.2.7 Sorologia para sífilis

A sorologia para sífilis foi considerada realizada quando registrados os resultados no cartão da gestante.

#### 4.7.2.8 Urina tipo I (EAS)

O exame de urina foi considerado realizado quando registrados os resultados no cartão da gestante.

A repetição do EAS para as primigestas e para gestantes com história de eclampsia em gestação anterior foi considerada realizada quando registrados os resultados dos

exames pelo menos por duas vezes durante todo o acompanhamento pré-natal no cartão da gestante.

#### 4.7.2.9 Tipagem sanguínea/Fator Rh

A tipagem sanguínea/Fator Rh foi considerada realizada quando registrados os resultados no cartão da gestante.

#### 4.7.2.10 Dosagem de Hemoglobina

Para a primeira consulta a dosagem de hemoglobina foi considerada realizada quando registrado o resultado na primeira consulta de pré-natal no cartão da gestante.

Para a terceira consulta, a dosagem de hemoglobina foi considerada realizada quando registrados pelo menos dois resultados durante todo o acompanhamento pré-natal.

#### 4.7.2.11 Imunização antitetânica

Para a primeira consulta a vacinação antitetânica foi considerada positiva quando registrada imunização prévia ou o registro da primeira dose da vacina em qualquer lugar do cartão da gestante.

Para a terceira consulta a vacinação antitetânica foi considerada positiva quando registrada pelo menos duas doses da vacina em qualquer lugar do cartão da gestante.

#### 4.7.2.12 Ácido Fólico e Sulfato Ferroso

A suplementação de ácido fólico e de sulfato ferroso foi considerada positiva quando registrada em qualquer lugar do cartão da gestante.

#### 4.7.2.13 Batimentos Cardíacos Fetais

Para os intervalos de consultas entre as 25<sup>a</sup>, 26<sup>a</sup> e 27<sup>a</sup> semanas, entre as 31<sup>a</sup>, 32<sup>a</sup> e 33<sup>a</sup> semanas e entre as 37<sup>a</sup>, 38<sup>a</sup> e 39<sup>a</sup> semanas a ausculta dos batimentos cardíacos fetais foi considerada realizada quando houve dois, três e quatro registros no cartão da gestante, respectivamente.

#### 4.7.2.14 Movimentos Fetais

Os movimentos fetais foram considerados verificados quando registrados pelo menos uma vez, no cartão da gestante, durante todo o acompanhamento pré-natal.

#### 4.7.2.15 Recomendação em Emergências

A recomendação em emergências foi considerada realizada quando a puérpera respondeu que recebeu orientação quanto à maternidade onde iria ganhar o bebê.

#### 4.7.2.16 Recomendação quanto ao Aleitamento Materno

A recomendação quanto ao aleitamento materno foi considerada realizada quando a puérpera respondeu que recebeu orientação sobre as vantagens da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança e/ou sobre continuar amamentado até os dois anos de vida ou mais.

#### 4.7.2.17 Referência à Maternidade ou Hospital

A referência à maternidade/hospital foi considerada realizada quando a puérpera respondeu que conseguiu ter o parto realizado na maternidade planejada.

### 4.8 VARIÁVEIS AVALIATIVAS

#### 4.8.1 Concordância

Os níveis de concordância foram mensurados considerando as categorias segundo Landis e Koch (1977) para os valores do *Teste Kappa*: concordância quase perfeita (0,80-1,00), substancial (0,60-0,79), moderada (0,41-0,59), razoável (0,21-0,40) e ruim ( $\leq 0,20$ ).

#### 4.8.2 Acesso à assistência pré-natal

Os índices de avaliação da assistência pré-natal foram construídos na forma de variáveis, conforme os critérios de julgamento em: adequado/inadequado.

### 4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As informações obtidas pelos formulários, cartões das gestantes e prontuários da atenção básica foram revisadas e digitadas no *software* SPSS versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) e no Microsoft Excel 2010. Antes da digitação, os formulários de pesquisa, cartões e prontuários foram revisados pelo pesquisador para análise da completude e consistência das informações, em seguida, digitados pelo pesquisador. Após a digitação, o mesmo pesquisador realizou a conferência do banco de dados com os instrumentos de coleta de dados.

A análise estatística descritiva foi realizada pelos cálculos da frequência absoluta e da frequência relativa com intervalo de confiança de 95%. A análise estatística inferencial foi realizada por meio da aplicação dos testes de *Kappa*, *Kappa ajustado pela concordância* e *McNemar* no programa PEPI versão 4.0 (Computer Programs for Epidemiologists; <http://www.sagebrushpress.com/pepi>) para avaliar as concordâncias e tendências das discordâncias entre as variáveis dependentes e independentes. Todas as análises consideraram o nível de significância estatística estabelecido de 5% ( $p < 0,05$ ).

### 4.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A primeira etapa da pesquisa, atendeu às recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 03/03/2010, sob protocolo nº. 093/09 (Anexo C).

Quanto à segunda etapa da pesquisa, o projeto atende às recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 30/11/2011, sob protocolo nº. 255/11 (Anexo D).

A autorização formal para execução da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde foi emitida pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória, Espírito Santo (ES), Brasil em 21/12/2011 (Anexo E).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ARTIGO 1

Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde.

#### 5.1.1 Resumo

**Objetivo:** avaliar a adequação do processo da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde do município de Vitória, Espírito Santo (ES), segundo os critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). **Metodologia:** As informações quanto aos critérios de adequação foram retiradas de 360 formulários de pesquisa e cartões de pré-natal das puérperas, residentes no município de Vitória-ES, que se internaram em maternidades públicas do município por ocasião do parto. As informações foram coletadas, processadas e submetidas à análise estatística descritiva pelos cálculos das frequências absolutas e relativas e intervalos de confiança. **Resultados:** Nenhuma puérpera teve um processo de assistência pré-natal totalmente adequado aos critérios da OMS, enquanto apenas 5% das puérperas realizaram o pré-natal em consonância ao PHPN. A maioria das gestantes realizou seis ou mais consultas de pré-natal (75,6%; IC95%= 71,1-80,0). Menos da metade não iniciou o acompanhamento pré-natal até o 4º mês (44,7%; IC95%= 39,5-49,8) e nem antes da 12ª semana (38,3%; IC95%= 33,3-43,4). A frequência de realização de procedimentos técnicos nas consultas variou de 42,5% a 95,6%, destacando-se o cálculo da idade gestacional (91,7%), aferição de peso (95,0%) e de pressão arterial (95,6%) mater nos. **Conclusão:** Os resultados sugerem uma revisão do número de consultas de pré-natal no município e a adoção de estratégias para o cumprimento dos critérios mínimos que devem ser realizados durante o acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde pública.

**Palavras-chaves:** Saúde Materno-infantil, Cuidado Pré-Natal; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação em saúde.



### 5.1.2 Abstract

**Objective:** To assess the adequacy of the process of prenatal care provided to users of the National Health System of the city of Vitória, Espírito Santo (ES), according to criteria established by the Program for the Humanization of Prenatal and Birth (PHPN) and World Health Organization (WHO). **Methodology:** The information regarding criteria for adequacy were collected from 360 survey forms and cards of prenatal's puerperae residing in the city of Vitória-ES, who were hospitalized at public hospitals in the city during delivery. The information was collected, processed and submitted to descriptive statistical analysis for calculations of absolute and relative frequencies and confidence intervals. **Results:** No puerpera had a process of prenatal care entirely appropriate to WHO criteria, while only 5% of the puerperae had prenatal care in line to PHPN. Most of pregnant held six or more prenatal visits (75.6%, 95% CI 71.1 to 80.0). Less than half did not start prenatal care until the 4th month (44.7%, 95% CI 39.5 to 49.8) and not before the 12th week (38.3%, 95% CI = 33.3 - 43.4). The frequency of conducting technical procedures in consultation ranged from 42.5% to 95.6%, highlighting the calculation of gestational age (91.7%), measurement of weight (95.0%) and blood pressure (95.6%) maternal. **Conclusion:** The results suggest a revision of the number of prenatal consultations in the municipality and the adoption of strategies to meet the minimum criteria that must be performed during prenatal care in public health services.

**Keywords:** Maternal and Child Health, Prenatal Care, Quality of Health Care, Health evaluation.

### 5.1.3 Introdução

A avaliação em saúde tem se constituído como uma ferramenta importante e indispensável para o planejamento e gestão dos serviços de saúde. Sua prática vem se fortalecendo desde a década de 1970, sendo influenciada pelos movimentos de democratização da saúde e da reforma sanitária<sup>1</sup>.

A avaliação de programas e políticas de saúde vem ganhando espaço no Brasil e, destacadamente, as políticas de saúde materno-infantil. Além das condições socioeconômicas, a qualidade da atenção pré-natal está diretamente associada a melhores indicadores de saúde materno e infantil, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal<sup>2</sup>. Dessa forma, é relevante a avaliação do pré-natal principalmente em países com amplas desigualdades regionais econômicas e sociais e de acesso aos serviços de saúde.

Após a implantação no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a qualidade da assistência pré-natal tem sido objeto de estudos em várias regiões do país de acordo com revisão sistemática<sup>3</sup>. Embora a qualidade do pré-natal tenha sido avaliada por meio de critérios que julgam o acesso, a avaliação da assistência deve considerar não somente o número de consultas ou a idade gestacional de início do acompanhamento pré-natal, mas também a adequação do conteúdo da assistência prestada. Estudos demonstram que a avaliação do processo da assistência pré-natal contribui para a melhoria da qualidade dos serviços, bem como é fundamental para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal<sup>4,5</sup>.

Existe ainda uma discussão sobre as condutas mínimas que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde, durante a gestação, parto e puerpério que não comprometam a qualidade da assistência e que não gerem impactos desfavoráveis em relação à saúde da gestante e do feto<sup>6,7,8,9</sup>. Conduzindo os questionamentos sobre o número ideal de consultas de pré-natal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu um modelo, elaborado a partir de revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, que preconiza as ações a serem desenvolvidas no pré-natal, a fim de otimizar os recursos, sem comprometer a saúde das gestantes de baixo risco gestacional<sup>10</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde, estabeleceu um protocolo com critérios mínimos a serem observados durante o acompanhamento pré-natal garantindo a qualidade da assistência às gestantes atendidas na rede pública de saúde<sup>11</sup>. O PHPN recomenda a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal para uma gestação a termo, com início do acompanhamento ainda no primeiro trimestre da gestação, além de

recomendar a realização de exames laboratoriais e clínico-obstétricos somados às orientações sobre aleitamento materno.

Os índices de classificação do cuidado pré-natal, bem como os manuais de atenção existentes podem ser utilizados, individualmente ou conjugados, como parâmetros para a avaliação do processo de assistência pré-natal. É provável que os resultados obtidos não sejam semelhantes, uma vez que a quantidade de critérios de adequação e a realização dos mesmos, de acordo com o período gestacional, são diferentes. De qualquer modo, a preocupação em disseminar uma cultura avaliativa nos serviços de saúde, bem como identificar os nós críticos para intervenções mais efetivas no sentido de melhorar a qualidade dos serviços no Brasil deve ser uma prática no cotidiano de gestores e profissionais de saúde.

Este estudo parte do questionamento se a adequação da assistência pré-natal no município de Vitória é coerente com os indicadores socioeconômicos e de serviços de saúde. Nesse sentido, o estudo tem por objetivo avaliar a adequação do processo da assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS do município de Vitória-ES, segundo os critérios estabelecidos pelo PHPN e pela OMS por meio dos dados registrados nos cartões das gestantes.

#### 5.1.4 Métodos

Um estudo epidemiológico seccional foi desenvolvido em Vitória, ES, no período de abril de 2010 a fevereiro de 2011 para avaliar a qualidade da assistência pré-natal no SUS do município, por meio das informações registradas nos cartões das gestantes e em formulários específicos<sup>12</sup>.

As puérperas foram selecionadas nos três principais estabelecimentos de saúde que realizam a totalidade de partos pelo SUS no município. Foram incluídas apenas as puérperas residentes no município e excluídas as que realizaram acompanhamento pré-natal, todo ou em parte, no sistema privado. Também foram excluídas as puérperas com menos de 12 horas de parto cesáreo e as que, no momento da entrevista, estavam em grave estado de saúde que as impossibilitava permanente ou provisoriamente de se pronunciarem sobre sua história pregressa.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito utilizando-se a fórmula de tamanho amostral para estimar uma proporção. Foram considerados o número estimado da população de nascidos vivos em 2007 no município de Vitória (4.404 nascimentos), pois reflete aproximadamente a quantidade de parturientes por ano que residem no município, e os indicadores de percentual de nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal, 74,4%, como uma aproximação da utilização de serviços de saúde na gestação. Além de uma precisão desejada de 5%, efeito do desenho igual a um e nível de significância de 5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 275 sujeitos. O total foi aumentado em 30% para considerar as possíveis perdas, resultando em 360 parturientes a serem avaliadas.

Os dados foram coletados por uma equipe de sete entrevistadoras, previamente treinadas, que visitou, no mínimo, uma vez por semana todas as três maternidades incluídas no estudo. As puérperas foram selecionadas por meio de amostragem sistemática. Foi aplicada uma entrevista estruturada com questões fechadas às puérperas. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo em 04/11/2009, sob protocolo nº 93/2009 (Anexo E). O cartão da gestante foi

solicitado e copiado na íntegra, além de serem retiradas informações contidas no prontuário médico do estabelecimento de saúde. As variáveis de estudo foram construídas a partir das informações contidas nos cartões e nos formulários.

Os registros nos campos do cartão da gestante foram analisados segundo os critérios de avaliação propostos pela OMS<sup>10</sup> e pelo PHPN<sup>11</sup>.

O processo de assistência pré-natal, verificado de acordo com o PHPN, foi analisado por meio da categorização dos dados em quatro níveis independentes (níveis 1, 2, 3 e 4) mais a soma de todos os níveis. No nível 1, avaliou-se a utilização do pré-natal: início do pré-natal até 4 meses de gestação e número de consultas igual ou maior a seis. No nível 2, avaliou-se a realização dos exames laboratoriais complementares: tipagem sanguínea/fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), urina tipo I, glicemia de jejum, dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), teste anti-HIV e a realização de pelo menos uma dose da vacina antitetânica. No nível 3, avaliou-se a repetição dos exames laboratoriais: VDRL, urina tipo I e glicemia de jejum. No nível 4, avaliaram-se as orientações recebidas quanto à amamentação, à classificação do risco gestacional e ao encaminhamento para serviços de referência das gestantes com gravidez de risco.

O manejo adequado do risco foi considerado realizado quando o risco obstétrico, durante o pré-natal, foi classificado como alto/médio e, em seguida, a gestante foi encaminhada para o serviço de referência. Também foi considerado manejo adequado do risco quando o risco obstétrico foi classificado como baixo e a gestante teve o acompanhamento pré-natal na unidade básica de saúde.

O processo de assistência pré-natal, verificado de acordo com a OMS, foi analisado por meio da categorização dos dados em quatro momentos não complementares (níveis 1, 2, 3 e 4) que se referem aos procedimentos que devem ser realizados nas quatro consultas de pré-natal definidas pela OMS. 1º Momento: primeira consulta realizada antes de 12 semanas de gestação, cálculo da idade gestacional, medida da altura uterina, verificação de pressão arterial, peso e altura maternos, solicitação de dosagem de hemoglobina, VDRL, ABO/Rh e urina tipo I, primeira dose da vacina antitetânica e suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso. 2º Momento: segunda

consulta realizada entre a 25<sup>a</sup> e 27<sup>a</sup> semanas de gestação, cálculo da idade gestacional, medida da altura uterina, verificação dos batimentos cardíacos fetais (BCF), verificação de pressão arterial e de peso maternos, repetição de exame de urina tipo I em gestantes com histórico de pré-eclâmpsia e em primigestas e se a gestante recebeu alguma recomendação de maternidade, caso emergências. 3<sup>o</sup> Momento: terceira consulta realizada entre a 31<sup>a</sup> e 33<sup>a</sup> semanas de gestação, cálculo da idade gestacional, medida da altura uterina, verificação dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), verificação de pressão arterial e peso maternos, solicitação de dosagem de hemoglobina, segunda dose da vacina antitetânica e recomendações quanto ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementar até os dois anos de idade da criança. 4<sup>o</sup> Momento: quarta consulta realizada entre a 37<sup>a</sup> e 39<sup>a</sup> semanas de gestação, cálculo da idade gestacional, medida da altura uterina, verificação dos batimentos cardíacos fetais e do movimento fetal, verificação de pressão arterial e de peso maternos e orientação quanto à maternidade/hospital para realização do parto.

O resultado final da avaliação permitiu classificar o processo da assistência pré-natal em adequado ou inadequado. Considerou-se como adequado o atendimento pré-natal que contemplou todos os critérios de julgamento, conforme mostrado na Tabela 1:

Tabela 1 – Índices de avaliação da assistência pré-natal, critérios de julgamento e categorias de análise das variáveis. Vitória, ES, Brasil. 2011.

<b>Índices de Avaliação</b>	<b>Crítérios de Julgamento</b>	<b>Categorias</b>
<b>Brasil (2000)</b>	Uma consulta até o 4 <sup>o</sup> mês Seis ou mais consultas durante o pré-natal Resultado da primeira rotina de exames (ABO/Rh, Hb/Ht, VDRL, Anti-HIV, Glicemia, EAS) Resultado da segunda rotina de exames (VDRL, Glicemia, EAS)	Adequado
	Prevenção do tétano neonatal Atividades Educativas Classificação do risco gestacional Encaminhamento dos riscos Outras situações	Inadequado
<b>Villar et al (2001)</b>	Uma consulta antes da 12 <sup>a</sup> semana Cálculo da idade gestacional Registro da Altura Uterina Aferição de Pressão Arterial Registro do Peso Materno Registro da Altura Materna Solicitação de exames (ABO/Rh, Hb, VDRL, EAS)	Adequado

Tabela 1 – Índices de avaliação da assistência pré-natal, critérios de julgamento e categorias de análise das variáveis. Vitória, ES, Brasil. 2011.

Índices de Avaliação	Critérios de Julgamento	Categorias
	Prevenção do tétano neonatal Suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso Outras situações	Inadequado
	Uma consulta antes da 25 <sup>a</sup> , 26 <sup>a</sup> ou 27 <sup>a</sup> semana Cálculo da idade gestacional Registro da Altura Uterina Aferição de Pressão Arterial Registro do Peso Materno Verificação dos Batimentos Cardíacos Fetais Repetição de exame de urina (primigesta/eclampsia) Recomendação em Emergências Outras situações	Adequado          Inadequado
	Uma consulta antes da 31 <sup>a</sup> , 32 <sup>a</sup> ou 33 <sup>a</sup> semana Cálculo da idade gestacional Registro da Altura Uterina Aferição de Pressão Arterial Registro do Peso Materno Verificação dos Batimentos Cardíacos Fetais Repetição de dosagem de hemoglobina Prevenção do tétano neonatal Recomendação sobre Aleitamento Materno Outras situações	Adequado          Inadequado
	Uma consulta antes da 37 <sup>a</sup> , 38 <sup>a</sup> ou 39 <sup>a</sup> semana Cálculo da idade gestacional Registro da Altura Uterina Aferição de Pressão Arterial Registro do Peso Materno Verificação dos Batimentos Cardíacos Fetais Referência à maternidade/hospital Outras situações	Adequado          Inadequado

Os dados provenientes dos formulários e dos cartões das gestantes foram revisados e digitados no *software* SPSS versão 18.0 e no Microsoft Excel 2010. A análise estatística descritiva foi realizada pelos cálculos da frequência absoluta e da frequência relativa com intervalo de confiança de 95%.

### 5.1.5 Resultados

O estudo permitiu avaliar 360 puérperas, contudo houve dados faltantes para algumas variáveis. Para a variável início do pré-natal até o 4<sup>o</sup> mês, houve perda de cerca de 3,6% da amostra pois não havia o registro da data da primeira consulta de pré-natal no cartão da gestante, pela mesma razão, houve perda de cerca de 4,0% para a variável início do pré-natal até a 12<sup>a</sup> semana de gestação; a ausência dos registros justifica as perdas para as demais variáveis.

A tabela 2 apresenta a adequação do pré-natal nos níveis de qualidade propostos para todas as gestantes de acordo com as orientações do PHPN. O total de puérperas abordadas nas maternidades foi de 360. Dessas, cerca de 45% das gestantes iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre. Foi observada uma cobertura de pré-natal no município, cerca de 75% gestantes realizaram seis ou mais consultas.

Tabela 2 – Frequência de adequação do processo de assistência pré-natal, segundo os critérios do PHPN. Vitória, ES, Brasil. 2011.

	n	N	%	IC 95%	
Adequação Nível 1	347	146	42,1%	37,0%	47,2%
Início do pré-natal até o 4º mês	347	155	44,7%	39,5%	49,8%
Número de consultas 6 ou mais	360	272	75,6%	71,1%	80,0%
Adequação Nível 2	360	162	45,0%	39,9%	50,1%
Tipagem sanguínea/Fator Rh	360	254	70,6%	65,8%	75,3%
Sorologia para sífilis (VDRL)	360	285	79,2%	75,0%	83,4%
Urina tipo I (EAS)	360	260	72,2%	67,6%	76,8%
Glicemia de jejum	360	290	80,6%	76,5%	84,6%
Hemoglobina	360	285	79,2%	75,0%	83,4%
Hematócrito	360	260	72,2%	67,6%	76,8%
Teste anti-HIV	360	247	68,6%	63,8%	73,4%
Imunização antitetânica	360	247	68,6%	63,8%	73,4%
Adequação Nível 3	360	108	30,0%	25,3%	34,7%
Repetição VDRL	360	148	41,1%	36,0%	46,2%
Repetição EAS	360	149	41,4%	36,3%	46,5%
Repetição Glicemia de jejum	360	159	44,2%	39,0%	49,3%
Adequação Nível 4	360	95	26,4%	21,8%	30,9%
Atividades Educativas	360	98	27,2%	22,6%	31,8%
Manejo do Risco	360	335	93,1%	90,4%	95,7%
Adequação Níveis 1,2,3 e 4	360	16	4,4%	2,3%	6,6%

A realização dos exames laboratoriais variou em cerca de 70 a 80% dos casos. A frequência dos exames laboratoriais de repetição, próximos à 30ª semana de gestação, foi menor (30,0%) quando comparada com a frequência dos exames solicitados na primeira consulta (45,0%). A cobertura da prevenção do tétano neonatal foi de 70%.

Quase 30% das gestantes foram orientadas, durante o acompanhamento pré-natal, quanto ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e a continuidade do aleitamento materno até o segundo ano de vida ou mais.



O manejo do risco gestacional foi relatado por mais de 90% das puérperas. Quanto ao risco gestacional, 20,6% mulheres tiveram a gestação classificada como médio ou alto risco e dessas, cerca de 70,0% foram encaminhadas para acompanhamento especializado.

O processo de assistência pré-natal foi considerado totalmente adequado, segundo o PHPN, para somente 4,4% das gestantes. A Tabela 3 apresenta a adequação do pré-natal nos quatro momentos de qualidade propostos para todas as gestantes de acordo com as orientações da OMS.

Tabela 3 – Frequência de adequação do processo de assistência pré-natal, segundo os critérios da OMS. Vitória, ES, Brasil. 2011.

	N	n	%	IC 95%	
Adequação Momento 1	347	3	0,9%	-0,1%	1,8%
Início do pré-natal até 12 <sup>a</sup> semana	347	133	38,3%	33,3%	43,4%
Hemoglobina	360	285	79,2%	75,0%	83,4%
Idade Gestacional	360	292	81,1%	77,1%	85,2%
Altura Uterina	360	153	42,5%	37,4%	47,6%
Pressão Arterial	360	335	93,1%	90,4%	95,7%
Peso materno	360	334	92,8%	90,1%	95,5%
Altura materna	360	210	58,3%	53,2%	63,4%
Sorologia para sífilis (VDRL)	360	285	79,2%	75,0%	83,4%
Urina tipo I (EAS)	360	260	72,2%	67,6%	76,8%
Tipagem sanguínea/Fator Rh	360	254	70,6%	65,8%	75,3%
Imunização antitetânica	360	254	70,6%	65,8%	75,3%
Suplementação com Ácido Fólico	360	262	72,8%	68,2%	77,4%
Suplementação com Ferro	360	281	78,1%	73,8%	82,3%
Adequação Momento 2	359	59	16,4%	12,6%	20,3%
Uma consulta na 25 <sup>a</sup> , 26 <sup>a</sup> ou 27 <sup>a</sup> semana	360	132	36,7%	31,7%	41,6%
Idade Gestacional	360	330	91,7%	88,8%	94,5%
Altura Uterina	360	332	92,2%	89,5%	95,0%
Ausulta dos Batimentos Cardíacos Fetais	360	338	93,9%	91,4%	96,4%
Pressão Arterial	360	344	95,6%	93,4%	97,7%
Peso materno	360	342	95,0%	92,7%	97,3%
Urina tipo I (primíparas/eclampsia)	360	286	79,4%	75,3%	83,6%
Recomendação em emergências	359	218	60,7%	55,7%	65,8%
Adequação Momento 3	360	8	2,2%	0,7%	3,7%
Uma consulta na 31 <sup>a</sup> , 32 <sup>a</sup> ou 33 <sup>a</sup> semana	360	162	45,0%	39,9%	50,1%
Idade Gestacional	360	313	86,9%	83,5%	90,4%
Altura Uterina	360	309	85,8%	82,2%	89,4%
Ausulta dos Batimentos Cardíacos Fetais	360	317	88,1%	84,7%	91,4%

Tabela 3 – Frequência de adequação do processo de assistência pré-natal, segundo os critérios da OMS. Vitória, ES, Brasil. 2011.

	N	n	%	IC 95%	
Pressão Arterial	360	327	90,8%	87,9%	93,8%
Peso materno	360	328	91,1%	88,2%	94,1%
Hemoglobina	360	183	50,8%	45,7%	56,0%
Imunização antitetânica	360	36	10,0%	6,9%	13,1%
Recomendação em aleitamento materno	360	244	67,8%	63,0%	72,6%
Adequação Momento 4	262	98	37,4%	32,4%	42,4%
Uma consulta na 37 <sup>a</sup> , 32 <sup>a</sup> ou 39 <sup>a</sup> semana	360	207	57,5%	52,4%	62,6%
Idade Gestacional	360	297	82,5%	78,6%	86,4%
Altura Uterina	360	292	81,1%	77,1%	85,2%
Ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais	360	301	83,6%	79,8%	87,4%
Pressão Arterial	360	313	86,9%	83,5%	90,4%
Peso materno	360	311	86,4%	82,8%	89,9%
Verificação dos Movimentos Fetais	360	325	90,3%	87,2%	93,3%
Referencia à Maternidade	259	226	87,3%	83,8%	90,7%

No momento 1 a frequência de adequação foi mais baixa quando comparada aos demais momentos. Apenas três gestantes (0,9%) realizaram todos os procedimentos preconizados para a primeira consulta de pré-natal. Cerca de 38% das gestantes iniciaram o pré-natal até a 12<sup>a</sup> semana e a realização dos exames laboratoriais foi superior a 70%. A suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso foi prescrita para a maioria das gestantes.

No momento 2, a frequência de realização dos exames clínico-obstétricos foi cerca de 93,5%. A repetição do exame de urina para primíparas e gestantes com histórico de eclampsia em gestação anterior foi de 79,4%. Do total das 360 gestantes, 141 eram primigestas e dessas, cerca de 63% repetiu o exame de urina. Apenas uma relatou hipertensão gestacional anterior, repetindo o exame de urina por volta do terceiro trimestre gestacional. Cerca de 60% das gestantes receberam orientação quanto à maternidade para realização do parto.

Quanto à segunda dose da vacina antitetânica, 10% das gestantes encontravam-se imunizadas na terceira consulta, mais de 67% receberam orientação quanto ao aleitamento materno no período. Metade das gestantes repetiu a dosagem de hemoglobina.

O momento 4 apresentou a maior frequência de adequação (37,4%). Os movimentos fetais foram verificados em cerca de 90% das gestantes e 87,3% tiveram o parto realizado na maternidade planejada.

A medida da altura uterina foi o procedimento clínico-obstétrico menos frequente em todos os momentos. A aferição de pressão arterial foi o procedimento mais frequente, seguido do peso materno.

Nenhuma gestante realizou o acompanhamento pré-natal de acordo com todos os critérios estabelecidos pela OMS.

### 5.1.6 Discussão

A avaliação da adequação do processo da assistência pré-natal no município de Vitória, ES foi realizada considerando os critérios mínimos estabelecidos pela OMS e pelo PHPN para o acompanhamento de gestantes de baixo risco gestacional. Não foram encontrados estudos brasileiros que utilizaram como referência de adequação da assistência os padrões da OMS. Por outro lado, não existe um consenso quanto à padronização dos parâmetros mínimos a serem observados nos estudos de avaliação da assistência pré-natal, visto que alguns estudos utilizam critérios diferenciados<sup>13,14,15</sup>.

A maioria das gestantes realizou seis ou mais consultas de pré-natal. A média foi de quatro consultas por gestante, resultado inferior ao encontrado por Ribeiro et al<sup>16</sup> na área metropolitana de Aracaju, que constatou uma média de seis consultas por gestante. No entanto, o número ideal de consultas durante o pré-natal e o espaçamento entre elas são questionáveis. Isso fomenta uma discussão sobre o número ideal de consultas que assegura uma assistência de qualidade, que não comprometa a saúde materna e do embrião/feto e que gera maior satisfação para a gestante.

Nos países desenvolvidos os modelos tradicionais são baseados em um número de consultas que gira em torno de sete a quatorze atendimentos, número variável conforme a paridade da mulher<sup>17</sup> e com a necessidade de intervenções específicas para cada gestante<sup>7</sup>. No Brasil, diferentemente dos protocolos dos países desenvolvidos, o Ministério da Saúde, preconiza um número mínimo de seis consultas<sup>11</sup>.

O estudo de Villar et al<sup>10</sup>, que avaliou a eficácia de diferentes modelos de assistência de pré-natal, concluiu que, para gestantes de baixo risco, a realização de quatro consultas de pré-natal e uma de puerpério seria ideal, sem levar ao aumento de resultados adversos para a mãe e para o bebê, questionando, dessa forma, um número excessivo de consultas. Em concordância, a redução do número de consultas não compromete a qualidade da assistência quando a conduta profissional

é objetivamente orientada, de acordo com Gelband et al<sup>18</sup> que fazem parte da *Commission on Macroeconomics and Health Working*.

Munjanja et al<sup>19</sup> em estudo realizado na capital de Zimbabwe - Harare, concluíram que gestantes acompanhadas em um programa de pré-natal com quatro consultas não tiveram risco maior de morbimortalidade do que as gestantes que realizaram seis ou mais consultas. Por outro lado, em estudo realizado com bebês nascidos no Brasil entre 1995 e 2002, Wehby et al<sup>9</sup> apontaram que consultas de pré-natal mais frequentes podem afetar significativamente a saúde materna e reduzir as complicações perinatais, principalmente nas gestações de maior risco.

A quantidade de consultas possivelmente está relacionada ao número de procedimentos técnicos realizados e à necessidade de garantir a adesão da gestante ao serviço de saúde, e não, necessariamente, à realização do conteúdo preconizado para as consultas.

A OMS preconiza que em todas as consultas devem ser realizados o cálculo da idade gestacional, a medida de altura uterina, as aferições de peso e de pressão arterial maternos. Com exceção da medida de altura uterina na primeira consulta, a frequência de realização desses procedimentos técnicos foi alta, embora não haja resultados de estudos brasileiros para comparação. No caso deste estudo, o processo de assistência pré-natal foi inadequado para a totalidade das gestantes segundo os padrões da OMS, e para mais de 95% das gestantes, segundo os parâmetros do PHPN, reafirmando que a quantidade de consultas e a frequência de realização dos procedimentos não asseguram a adequação da assistência prestada. O estudo de Coutinho et al<sup>15</sup> também encontrou inadequação elevada, maior que 70%, segundo o PHPN modificado.

O conteúdo das consultas é importante para a detecção das morbidades típicas da gestação por meio da realização dos exames físicos e laboratoriais. Nesse sentido, a realização dos exames nos períodos gestacionais recomendados é de fundamental importância para garantir uma gestação e parto saudáveis, uma vez que o uso inadequado dos cuidados está associado a uma maior morbimortalidade

materna e infantil<sup>20</sup> e a uma maior mortalidade neonatal independente da existência de condições de alto risco<sup>21</sup>.

O manejo dos fatores de risco modificáveis que surgem durante a gestação é de grande importância. Como exemplo, o controle do ganho de peso gestacional, bem como o da pressão arterial são necessários, uma vez que a história de hipertensão crônica ou o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e o baixo peso materno estão relacionados com o baixo peso ao nascimento<sup>22</sup>. Além disso, mesmo apresentando tendência de redução entre os anos de 1990 e 2010, a principal causa específica de morte materna no Brasil é a hipertensão arterial na gestação<sup>23</sup>.

A idade gestacional na primeira consulta de pré-natal revela a captação precoce das gestantes pelos serviços de saúde. A maioria das gestantes não está sendo captada nem até o 4º mês (55,3%) e nem antes da 12ª semana (61,7%). O estudo de Domingues et al<sup>24</sup> revelou que cerca de 75% das gestantes do município do Rio de Janeiro iniciaram o pré-natal precocemente. Esses resultados são superiores aos encontrados no presente estudo.

O início tardio do acompanhamento pré-natal evidencia a fragilidade na organização dos serviços de saúde<sup>25</sup> e lacunas no processo de trabalho quanto à captação de gestantes precocemente e quanto à conscientização da população. O quadro torna-se mais crítico ao se considerar que o município de Vitória é totalmente coberto pela Estratégia de Saúde da Família somada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde<sup>26</sup>.

Sabe-se que o início precoce do pré-natal permite a detecção de riscos precocemente e a prevenção de complicações, favorecendo a saúde materna e do bebê. A relação de cada intervenção durante a gestação com o declínio da mortalidade materna no mundo ainda não é claro, embora as intervenções sejam eficazes para a melhoria da saúde em geral<sup>27</sup>.

Outro componente do pré-natal capaz de permitir o diagnóstico e intervenção precoces é a realização de exames laboratoriais. Na análise desse componente, devem-se considerar os fatores que estão relacionados com a realização dos

exames pela gestante até seu contato com o pré-natalista para a análise dos resultados e posterior registro dos mesmos. Há a possibilidade de diversas falhas na organização dos serviços de saúde que se estendem desde as dificuldades de agendamento do exame, sua realização propriamente dita que depende de insumos disponíveis e do funcionamento dos equipamentos e o tempo de retorno dos resultados.

Mundialmente, estima-se que 50% das grávidas desenvolvem anemia por deficiência de ferro<sup>28</sup>, devido a isso os exames de tipagem sanguínea/fator Rh e dosagem de hemoglobina e hematócrito são fundamentais para o rastreamento da anemia. Tratar a deficiência de ferro previne, por exemplo, a espoliação por ocasião do parto, hipoxemia fetal e prematuridade, dessa forma a suplementação com sulfato ferroso é recomendada, associada à orientação nutricional, de preferência, no período ante natal<sup>29</sup>. Juntamente com a suplementação de ferro, faz-se a de ácido fólico. Essa suplementação preventiva permite uma redução substancial do número de ocorrências dos distúrbios de fechamento do tubo neural, de acordo com o Guia para Serviços de Prevenção Clínica<sup>30</sup>. No presente estudo, as frequências de suplementações com ferro e ácido fólico foram superiores a 72%. Outros estudos encontraram frequências menores do registro nos cartões das gestantes<sup>31,32</sup>.

O rastreamento das infecções e das doenças sexualmente transmissíveis no pré-natal assume alta relevância. O Estudo Sentinela Parturiente de 2002<sup>32</sup> estimou a cobertura efetiva da detecção da infecção do HIV durante a gestação em de 52% no território nacional. Estudo realizado em maternidades públicas do município de Vitória – ES<sup>34</sup> revelou que mais de 10% das gestantes entrevistadas não realizaram ou não tiveram acesso aos resultados dos exames de HIV e VDRL durante o acompanhamento pré-natal. No presente estudo, mais de 20% das gestantes não realizaram sorologia para sífilis e número ainda maior, cerca de 30%, não realizou o exame de HIV. A não detecção do HIV e da sífilis durante o pré-natal é uma falha que impacta diretamente na prevenção e tratamento precoces, comprometendo o controle da transmissão vertical do HIV e a erradicação da sífilis congênita.

O registro de exame de urina foi observado para a maioria das gestantes, porém a frequência obtida foi muito inferior a do estudo realizado no Sul do Brasil, no qual apenas 3% das gestantes não realizaram a urinálise durante o acompanhamento pré-natal<sup>35</sup>. A realização do exame de urina é fundamental para o diagnóstico de infecção urinária e bacteriúria assintomática precoces, a fim de iniciar tratamento imediato para o controle de possíveis agravos maternos e perinatais, tais como trabalho de parto e parto pré-termo e baixo peso ao nascimento<sup>36</sup>.

Quanto ao manejo das doenças crônicas no pré-natal, a glicemia de jejum foi o exame que apresentou registro mais frequente, cerca de 80% na primeira consulta. A realização desse exame foi cerca de 60% em Santa Maria, Rio grande do Sul<sup>25</sup>. O rastreamento para o diabetes gestacional deve ser realizado no primeiro trimestre gestacional e repetido na segunda bateria de exames, conforme preconização do PHPN, independente da presença de fatores de risco<sup>37</sup>.

A importância do rastreamento relaciona-se ao próprio efeito diabetogênico da gestação e à prevalência de *Diabetes Mellitus* nas gestações. Segundo o Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional, a prevalência da doença nas gestantes brasileiras é de 4,7 a 12%<sup>38</sup>. Além de evitar complicações atuais e futuras da doença no organismo materno, o tratamento do diabetes gestacional reduz a taxa de complicações perinatais graves<sup>39</sup>.

Quanto aos exames de repetição preconizados pelo PHPN, a adequação foi de 30%. A reduzida realização da segunda bateria de exames é uma fragilidade apontada pelo próprio Ministério da Saúde<sup>40</sup>, embora Anversa et al<sup>25</sup> tenham apontado para uma maior frequência dos exames realizados próximos à 30ª semana de gestação do que dos exames solicitados na primeira consulta cujos resultados são inferiores a 40%.

A repetição de exame de urina na segunda consulta para primíparas e gestantes com história de pré-eclâmpsia foi significativa, cerca de 80%. A dosagem de hemoglobina na terceira consulta foi repetida para metade das gestantes. A repetição desses exames é preconizada pela OMS. Contudo, não há estudos brasileiros que utilizam esses critérios, impossibilitando comparações.



Nesse estudo, o manejo do risco gestacional pode ser considerado elevado, mais de 90%. Diferentemente do estudo de Halpern<sup>5</sup> em que foi observado que quanto maior o risco gestacional, menos referidos eram os procedimentos tais como a suplementação com ferro e a orientação sobre amamentação. O Ministério da Saúde<sup>37</sup> orienta que a classificação do risco gestacional deve ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes, além de ser indispensável garantir o acesso ao serviço de referência para as gestantes classificadas como de risco. A criação do vínculo com o serviço especializado é importante e, da mesma forma, o acompanhamento pela unidade de saúde de origem deve ser mantido para o monitoramento da assistência pré-natal. O manejo do risco gestacional foi obtido por meio do autorrelato da puérpera, constituindo-se em uma limitação dessa variável.

A cobertura da vacinação antitetânica, considerando pelo menos uma dose da vacina, foi inferior à cobertura encontrada no município de Curitiba (87,2%) por Carvalho e Novaes<sup>41</sup>. Ao considerar duas doses da vacina apenas 10% das gestantes encontravam-se imunizadas entre a 31<sup>a</sup> e 33<sup>a</sup> semanas. Uma vez que a vacina antitetânica está disponível na maioria dos serviços públicos de saúde, a baixa cobertura pode ser explicada pela ausência do registro das doses no cartão da gestante. Além disso, os serviços dispõem de outros impressos para o registro das vacinas e em alguns modelos de cartão de gestante não há campo específico para o controle das doses.

Mais da metade das puérperas relatou ter sido informada quanto à maternidade/hospital deveriam procurar caso situação de emergência. A omissão dessa informação para o restante das gestantes pode ter ocorrido pelo fato de as maternidades do município serem previamente conhecidas e a maior parte das gestantes já serem multíparas, cerca de 61%. Contudo, isso não isenta a responsabilidade dos profissionais de saúde em orientarem as gestantes em todas as oportunidades durante o acompanhamento pré-natal. Quase todas as puérperas relataram ter recebido informação sobre a maternidade de referência para a realização do parto. Essa orientação deve ser feita pelo pré-natalista na última consulta de pré-natal, segundo a Organização Mundial de Saúde. No estudo de

Domingues et al<sup>24</sup> baixa proporção de mulheres recebeu informação quanto a maternidade de referência no último mês de gestação.

A vinculação da gestante com a maternidade de realização do parto deve ser feita desde o início do acompanhamento pré-natal. A omissão dessa orientação pode levar a uma peregrinação das gestantes pelos estabelecimentos de saúde no momento do parto ou em caso de emergências. No município do Rio de Janeiro, Leal<sup>42</sup> encontrou alta proporção de mulheres que não conseguiram atendimento, por ocasião do parto, na primeira maternidade procurada, refletindo uma ausência de planejamento para a assistência ao nascimento.

A adoção do modelo de cartão da gestante com espaço próprio para o registro do nome da instituição de saúde a ser procurada caso parto ou intercorrências poderia direcionar melhor as gestantes. A Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 garante o direito a gestante ao conhecimento prévio da maternidade de realização do seu parto, bem como a vinculação prévia à maternidade em caso de intercorrências, inclusive durante o puerpério<sup>43</sup>.

Nesse estudo, a frequência de orientações sobre aleitamento materno no pré-natal foi menor do que a observada no estudo de Leal et al<sup>44</sup>. O recomendável seria que todas as gestantes fossem orientadas, uma vez que desde a década de 1980 há um esforço mundial por parte da OMS juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover e apoiar o aleitamento materno<sup>45</sup>. O incentivo ao aleitamento materno deve ser transmitido rotineiramente, por parte dos profissionais de saúde, individualmente ou em grupos de apoio, em todas as oportunidades durante o acompanhamento pré-natal, reforçando o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e complementar até dois anos de idade ou mais, garantindo, dessa forma, o sucesso da prática da amamentação e a prevenção de doenças como a desnutrição e a diarreia<sup>46</sup>.

Um dos pontos inéditos do estudo foi avaliar a assistência pré-natal no Brasil de acordo com critérios estabelecidos pela OMS, uma vez que estudos anteriores utilizam os indicadores de processo do PHPN, aplicando índices de adequação internacionais ou nacionais<sup>47,14</sup>. Os critérios adotados foram os requisitos mínimos

para uma assistência pré-natal de baixa complexidade e, ainda assim, a adequação da assistência foi insatisfatória.

Não foram incluídos critérios para a avaliação da estrutura como no estudo de Silveira<sup>48</sup> e de resultados, o que tornaria a avaliação mais completa e consistente, permitindo a ampliação das conclusões sobre a qualidade do cuidado. Por outro lado, a adequação contemplou o conteúdo da assistência prestada, não se limitando a apenas à época de início do acompanhamento pré-natal e ao número de consultas realizadas.

No presente estudo foi necessário adaptar os registros dos procedimentos aos momentos gestacionais preconizados pela OMS. No entanto, é possível concluir que o resultado da adequação não seria diferente ao do encontrado, uma vez que pequena parte das gestantes realizou as consultas no período gestacional recomendado.

A avaliação do processo de assistência observada no município é encorajadora e capaz de nortear mudanças capazes de potencializar os pontos positivos observados e de reorientar estratégias para superar as deficiências. Sugere-se uma revisão do número de consultas de pré-natal no município, por meio de discussões que envolvam os profissionais de saúde e as gestantes, uma vez que deve ser levada em conta a satisfação e as expectativas das mulheres para garantir sua adesão e a continuidade do cuidado.

Embora haja um reconhecimento nacional das políticas públicas de saúde desenvolvidas no município de Vitória, a inadequação do processo de assistência pré-natal, pelo conjunto dos dois critérios utilizados, foi elevada. Chamando à atenção para a necessidade de futuras investigações acerca da qualidade da assistência pré-natal em municípios com nível de assistência à saúde inferior.

Avaliações periódicas nos serviços de saúde devem se tornar uma prática rotineira, a fim de se identificar os nós críticos e propor ações que intervêm de forma a garantir a realização dos critérios mínimos de assistência e que contemplem as características sociais e demográficas da população atendida.

### 5.1.7 Referências

1. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública* 2006; 40: 73-8.
2. Menezes AMB, Barros FC, Victora CG; Tomasi E, Halpern R, Oliveira ALB. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(3).
3. 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(6): 1053-64.
4. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2005 Dez; 5(1): 523-32.
5. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* 1998 Jul-Set; 14(3)
6. Faundes A, Pinotti JA, Cecatti JG. Atendimento pré-natal: assistência obstétrica primária; quais as necessidades no Brasil. *J Bras Med* 1987 Mar; 52(3): 38-43.
7. Nice guideline. national institute for health and clinical excellence. Antenatal Care. Routine care for the healthy pregnant woman. Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. London, Mar. 2008.
8. Munjanja SP, Lindmark G, Nystrom L. Randomised controlled of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet* 1996; 348:364-69.
9. Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Ohsfeldt RL. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. *Health Policy Plan* 2009; 24(3): 175-78.
10. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizán J, Farnot U, et al. Who antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001 May 19; 357(9268): 1551-64.

11. Brasil.Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da saúde; 2000.
12. Theodoro ESN. Avaliação e monitoramento das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória [relatório de pesquisa]. Vitória (ES): Fundação de Apoio à Ciência e à Tecnologia do Município de Vitória: 2011.
13. Moura ERF, Holanda Junior F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública 2003 Nov-Dez; 19(6).
14. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. Rev Panam Salud Publica 2005; 17(1):15-25.
15. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet 2010; 32:563-9
16. Ribeiro ERO, Guimarães AMDNG, Bettyol H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. BMC Pregnancy Childbirth 2009; 9(31).
17. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: Part I. General Prenatal Care and Counseling Issues. American Family Physician 2000; 71(7) 1307-16.
18. Gelband CH, Liljestrand J, Nemer L, Islam M, Zupan J, Jha P. The evidence base for interventions to reduce maternal and neonatal mortality. Low And Middle-Income Countries, 2001.
19. Munjanja SP, Lindmark G, Nystrom L. Randomised controlled of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. Lancet 1996; 348: 364-69.
20. Hong R; Ruiz-Beltran M. Impact of prenatal care on infant survival in Bangladesh. Maternal Child Health J Mar. 2007; 11(2):199-206.

21. Chen X, Wen SW, Yang Q, Walker MC. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Australian and New Zealand Journal of Obstetricians and Gynaecologists* 2007 Apr; 47(2):122-7.
22. Coutinho PR, Cecatti JG, Surita FG, Souza JP, Morais SS. Fatores associados a baixo peso ao nascer em uma série histórica de partos em Campinas, Brasil. *Rev Ass Méd Bras* 2009; 55(6): 692-9.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim 1/2012: Mortalidade materna no Brasil. Brasília; DF, 2012b.
24. Domingues RSM, 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 Mar; 29(2) 425-37.
25. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. 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 Abr; 28(4).
26. Prefeitura Municipal De Vitória. Secretaria de Saúde. Relatório Gestão 2010. Vitória (ES), maio 2011. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110928\\_relatorio\\_gestao\\_2010.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110928_relatorio_gestao_2010.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2012.
27. Olivier W. Is safe motherhood an orphan initiative?. *Lancet* 1999; 354(9182): 940 -3.
28. Côrtes MH, Vasconcelos IAL, Coitinho DC. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. *Rev Nutr* 2009 Maio-Jun; 22(3).
29. Rodrigues LP, Jorge SRPF. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2010 Jun; 32(2): 53-6.
30. Agency For Healthcare Research And Quality's (AHRQ). Guide to Clinical Preventive Services, 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services

Task Force. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd2012/>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

31. Barreto FDFP, Albuquerque RM. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012 Jun; 34(6).
32. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003 Nov-Dez; 25(10): 717-24.
33. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Rev Saude Pública*. 2004; 38(6):764-72.
34. Miranda AE, Rosetti Filho E, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop* 2009 Jul-Ago; 42(4).
35. Silveira MF, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich AM, Victora CG. Socioeconomic differentials in performing urinalysis during prenatal care. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(3).
36. Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. Infecção urinária na gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(2): 93-100.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF, 2006.
38. Schmidt MI, Matos MC, Reichelt AJ, Forti AC, Lima L. Prevalence of gestational diabetes mellitus - do the new WHO criteria make a difference? Brazilian Gestational Diabetes Study Group. *Diabetic Medicine* 2000 Mar; 17(5): 376-380.
39. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, Mcphee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2005 June; 352(24): 77-86.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 383-387.
41. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em corte de primigestas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 220-30.
42. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1): 100-107.
43. BRASIL. Casa Civil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: 2007.
44. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Gabayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(Supl.1): 520-33.
45. World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation. Department of nutrition for health and development and Department of child and adolescent health and development 2002; mar.
46. Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoea diseases among young children: Promotion of breastfeeding. *Bulletin of the World Health Organization* 1984; 62:271-291.
47. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003; 34(4): 456-62.
48. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Publica* 2001; 17(1).



## 5.2 ARTIGO 2

Concordância entre informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde do município de Vitória – Espírito Santo.

### 5.2.1 Resumo

**Objetivo:** Verificar a concordância entre as informações registradas nos cartões das gestantes e nos prontuários da Atenção Básica sobre a assistência pré-natal do município de Vitória, Espírito Santo (ES), Brasil. **Metodologia:** Considerou-se uma população de estudo de 360 puérperas residentes no município, entrevistadas em três maternidades, onde os cartões foram copiados. Os dados referentes às informações da assistência pré-natal registrados nos prontuários foram coletados por meio de uma revisão dos mesmos nas unidades de saúde do município. As informações foram coletadas, processadas e submetidas aos testes de *Kappa*, *Kappa Ajustado* e *McNemar* para verificar a concordância e a tendência de discordância entre o cartão da gestante e o prontuário. **Resultados:** Os níveis de concordância sobre a assistência pré-natal foram predominantemente moderados (*Kappa* = 0,41-0,59). Nota-se uma tendência de maior registro do número de consultas nos cartões das gestantes (*McNemar* = 22,26; p-valor = 0,000). A suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso apresentou tendência a um maior registro da informação no prontuário (*McNemar* = 70,78 e 69,80 respectivamente, p-valor = 0,000). A cobertura de vacinação antitetânica foi cerca de 50%. Priorizou-se o registro dos procedimentos clínico-obstétricos e dos exames laboratoriais no cartão da gestante. **Conclusão:** O prontuário da Atenção Básica foi subutilizado como instrumento de intercomunicação entre os profissionais de saúde, evidenciando a precariedade dos registros. Os resultados sugerem uma reflexão sobre a garantia da realização dos procedimentos mínimos estabelecidos pela Política de Saúde Materna e Infantil e sobre a importância dos registros clínicos nos serviços de saúde, visto que há variação conforme a fonte de informação.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-natal, Avaliação em Saúde, Viés (Epidemiologia)

### 5.2.2 Abstract

**Objective:** Verify the agreement between the information on the cards of the pregnant women and on the records of the Primary Care of prenatal assistance in the city of Vitoria, Espirito Santo (ES), Brazil. **Methodology:** It was considered a study population of 360 puerperal women living in the city, interviewed in three hospitals where the cards were copied. Data on the prenatal assistance records were collected through a review of those records at the health unit in the city. The information was collected, processed and submitted to *Kappa*, *Adjusted Kappa* and *McNemar* tests, to check the agreement and tendency to disagreement between the card and the medical records. **Results:** The levels of agreement on prenatal care were predominantly moderate (*Kappa* = 0,41-0,59). There is a higher tendency of keeping records of appointments on the cards (*McNemar* = 22,26). Records on supplementation with folic acid and ferrous sulphate are kept more often on the medical records (*McNemar* =70,78 e 69,80 respectively). The tetanus vaccination coverage was about 50%. The registration of clinical and obstetric procedures and laboratory tests were primarily made on the card. **Conclusion:** The medical records of Primary Care were underutilized as a tool of communication among the health professionals, highlighting the precarious record keeping. The results suggest a reflection on ensuring that the minimum procedures established by the Guidelines of Maternal and Infant Health are followed, and on the importance of clinical record keeping in the health services, since there is variation depending on the source.

**Keywords:** Prenatal Care, Health Evaluation, Bias (Epidemiology)

### 5.2.3 Introdução

O processo de tomada de decisão em saúde pública é diretamente dependente da disponibilidade de informações. A informação, habitualmente, é resultante da geração, análise e divulgação de dados que são processados pelos sistemas de informação. Os sistemas de informação, no entanto, não funcionam sistematicamente e, por serem fragmentados e complexos, não são capazes de responder às necessidades particulares dos países e não atendem às expectativas globais<sup>1</sup>.

Estudos têm argumentado que a qualidade dos dados e dos sistemas de informação, bem como, a utilização da informação disponível uma vez que esses fatores estão inter-relacionados e implicam na eficiência dos serviços de saúde, sugerindo a hipótese de que quanto maior a utilização dos dados, maior a qualidade dos mesmos <sup>2</sup>.

A existência de informações sobre a saúde materno-infantil é fundamental para garantir uma assistência pré-natal de qualidade e, conseqüentemente, contribuir para com as ações de redução da mortalidade materna e perinatal. No Brasil, apenas uma cobertura adequada da assistência pré-natal não garante a redução dos coeficientes de mortalidade materna <sup>3</sup>.

Um dos obstáculos para a avaliação qualitativa da assistência pré-natal é a utilização de diferentes instrumentos como fontes de informação, não sendo estabelecido a nível nacional um instrumento sistematizado e padronizado <sup>4</sup>. O cartão da gestante, criado em 1988, tem sido utilizado como fonte de informação pelo fato de conter o registro dos principais dados do acompanhamento pré-natal e, por permanecer com a gestante, facilita a comunicação entre os profissionais, permitindo a continuidade da assistência nos três níveis de atenção <sup>5</sup>.

O prontuário da atenção básica constitui-se em outra ferramenta, não padronizada, utilizada como fontes de dados. No entanto, tem se observado sua fragilidade quanto à completude e, até mesmo, à inexistência dos registros, caracterizando um registro ritualístico que não atende, em sua maioria, aos critérios estabelecidos pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher <sup>6</sup>.

Espera-se que essas duas fontes de informações sejam mais fidedignas por serem uma transcrição direta dos profissionais vinculados ao atendimento da gestante, traduzindo as ações e condutas realizadas durante todo o processo de assistência, supondo-se que não há perdas de informações adicionais nem dificuldades técnicas para sua execução <sup>7</sup>. Por outro lado, são instrumentos de relevante importância para a organização e planejamento dos serviços em saúde e sua avaliação permite inferir diretamente sobre a qualidade da assistência pré-natal <sup>8</sup>.

O pré-natal é reconhecidamente importante para garantir uma gravidez e parto saudáveis. Para se fazer inferências sobre sua qualidade, torna-se necessário o registro das informações do acompanhamento da gestante durante o pré-natal<sup>9</sup>. No Brasil, o prontuário da atenção básica e o cartão da gestante são utilizados rotineiramente no Sistema Único de Saúde como instrumentos de registro do seguimento da gestante. No entanto, observa-se que os dados de um mesmo atendimento nem sempre coincidem ao se comparar as fontes de informação, resultando em avaliações da assistência pré-natal que diferem de acordo com a fonte de informação utilizada<sup>9,8</sup>.

Nesse sentido, este estudo se propõe a verificar a concordância entre os dados registrados no cartão da gestante e no prontuário das usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Vitória, estado do Espírito Santo, Brasil.

#### **5.2.4 Metodologia**

Foram utilizados na pesquisa prontuários da atenção básica de mulheres provenientes de um estudo epidemiológico seccional desenvolvido no município de Vitória, ES, no período de abril de 2010 a setembro de 2011<sup>10</sup>. Esse estudo verificou a concordância entre as informações prestadas por puérperas e as registradas nos cartões das gestantes sobre a assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) do município. Foram analisadas 360 puérperas.

As puérperas foram selecionadas nos três principais estabelecimentos de saúde que realizam a totalidade de partos pelo SUS no município. Foram incluídas apenas as puérperas residentes no município e excluídas as que realizaram acompanhamento pré-natal, todo ou em parte, no sistema privado. Também foram excluídas as puérperas com menos de 12 horas de parto cesáreo e as que, no momento da entrevista, estavam em grave estado de saúde que as impossibilitava permanente ou provisoriamente de se pronunciarem sobre sua história pregressa.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito utilizando-se a fórmula de tamanho amostral para estimar uma proporção. Foram considerados o número estimado da população de nascidos vivos em 2007 no município de Vitória (4.404 nascimentos),

pois reflete aproximadamente a quantidade de parturientes por ano que residem no município, e os indicadores de percentual de nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal, 74,4%, como uma aproximação da utilização de serviços de saúde na gestação. Além de uma precisão desejada de 5%, efeito do desenho igual a um e nível de significância de 5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 275 sujeitos. O total foi aumentado em 30% para considerar as possíveis perdas, resultando em 360 parturientes a serem avaliadas. Para fins deste estudo, o tamanho da amostra foi calculado utilizando o programa Bioestat 5.0 e o método de *McNemar* com a proporção esperada de todos os pares concordantes de 40% e com proporção de pares não concordantes, considerando uma das fontes, de 30%. O tamanho mínimo, para Alfa de 5% e Beta de 85%, foi de 176 indivíduos.

Os dados foram coletados por uma equipe de sete entrevistadoras, previamente treinadas, que visitou, no mínimo, uma vez por semana todas as três maternidades incluídas no estudo. As puérperas foram selecionadas por meio de amostragem sistemática. Foi aplicada uma entrevista estruturada com questões fechadas às puérperas. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo em 04/11/2009, sob protocolo nº 93/2009 (Anexo E). O cartão da gestante foi solicitado e copiado na íntegra, além de serem retiradas informações contidas no prontuário médico do estabelecimento de saúde. As variáveis de estudo foram construídas a partir das informações contidas nos cartões e nos formulários.

Na segunda etapa da pesquisa, foram coletados os dados referentes às informações da assistência pré-natal registrados nos prontuários da atenção básica das respectivas mulheres abordadas por ocasião do parto, no período de janeiro a junho de 2012. Foi feita uma revisão dos prontuários nas vinte e oito unidades básicas de saúde do município. Os prontuários das 360 mulheres que participaram da primeira etapa foram identificados por meio de consulta ao Sistema Rede Bem Estar da Prefeitura Municipal de Vitória.

A Rede Bem Estar é um sistema de gestão da saúde informatizado da rede de atenção à saúde do município de Vitória, ES. Suas funcionalidades têm com objetivo

principal atender aos usuários em suas necessidades de atenção da Portaria 49 da PMV <sup>11</sup>. O sistema começou a ser implantado no mês de outubro de 2009. Em dezembro de 2011, os funcionários de todas as unidades de saúde do município estavam treinados e as salas dos agentes comunitários de saúde estavam equipadas com computadores. Em fevereiro de 2012, mais de 90% das famílias do município haviam sido cadastradas no sistema.

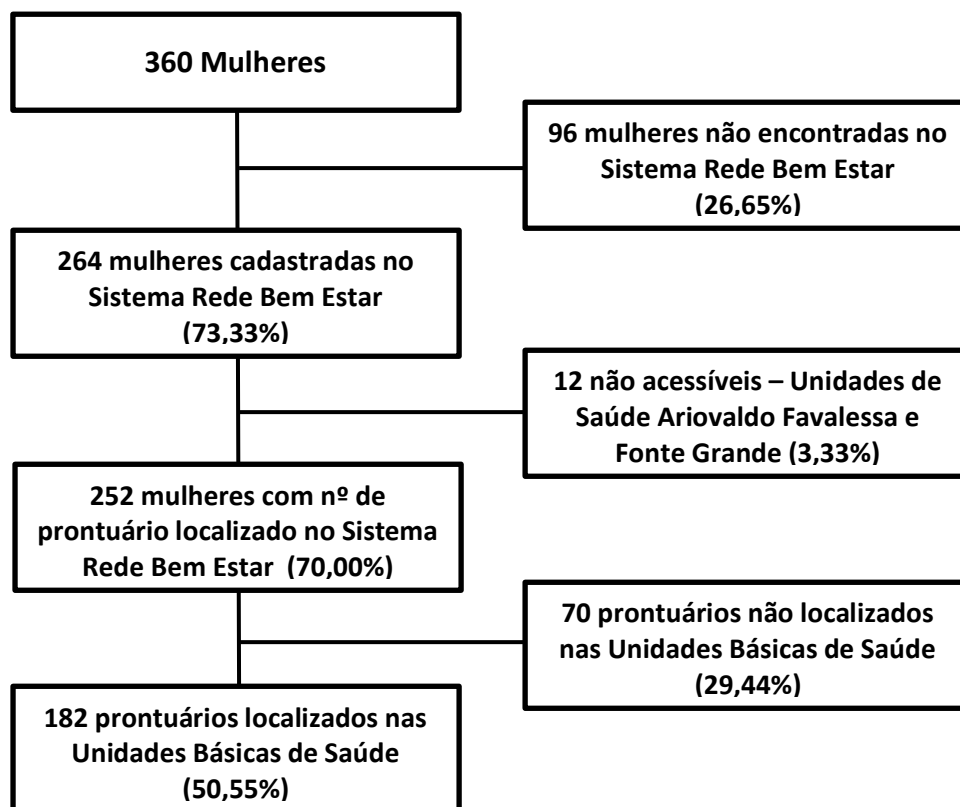
A coleta foi realizada pelo pesquisador que, em um primeiro momento, visitou as UBS do município para um primeiro contato com o gestor da unidade de saúde. Em seguida, deu-se o agendamento de data, segundo disponibilidade da unidade, para extração das informações dos prontuários por meio de um instrumento de coleta de dados específico.

Os dados provenientes dos formulários e dos prontuários da atenção básica foram revisados e digitados no *software* SPSS versão 18.0. A análise estatística descritiva foi realizada pelos cálculos da frequência absoluta e da frequência relativa. A análise estatística inferencial foi realizada por meio da aplicação dos testes de *Kappa*, *Kappa ajustado* pela concordância e *McNemar* no programa PEPI versão 4.0 (*Computer Programs for Epidemiologists*; <http://www.sagebrushpress.com/pepi>) para avaliar as concordâncias e tendências das discordâncias entre as variáveis dependentes e independentes. Todas as análises consideraram o nível de significância estatística estabelecido de 5% ( $p < 0,05$ ).

### **5.2.5 Resultados**

A partir da amostra inicial de 360 mulheres residentes no município de Vitória, cerca de 26% das mulheres não foram localizadas no sistema Rede Bem Estar e 12 estavam lotadas em unidades de saúde não acessíveis. Isso resultou o total de 252 mulheres que tiveram o número de seus prontuários identificados. A ausência dos prontuários nas respectivas unidades de saúde foi de cerca de 30%. Ao final, 182 prontuários foram localizados e em 29 desses não havia qualquer registro da assistência em saúde durante a gestação. Essa distribuição das perdas ao longo do processo de localização dos prontuários médicos está apresentada na Figura 1:

FIGURA 1 – Processo de Localização dos Prontuários da Atenção Básica nas unidades básicas de saúde. Vitória, ES, Brasil. 2011.



Fonte: Do autor

A partir dos 182 prontuários localizados foram verificados os dados faltantes das variáveis de interesse. Segundo as fontes de informação, as variáveis que apresentaram percentual de ausência foram: anemia gestacional (cartão = 27,5%; prontuário = 19,8%), diabetes gestacional suspeito (cartão = 25,8%; prontuário = 20,9%), diabetes gestacional confirmado (cartão = 25,8%; prontuário = 20,9%) e infecção urinária (cartão = 25,3%; prontuário = 31,9%), justificado pelo fato do dado ter sido considerado ausente quando não houve o registro do resultado do exame laboratorial no prontuário da atenção básica. Para as demais variáveis não houve perda de dados, porque na ausência do registro foi considerada como não realizada.

Os resultados dos testes de concordância entre cartões das gestantes e dos prontuários para as variáveis avaliadas são apresentadas nas Tabelas 1 e 2. Na Tabela 1 são demonstrados os valores absolutos e relativos das discordâncias do cartão em relação ao prontuário e do prontuário em relação ao cartão para evidenciar sua tendência de discordância. Na Tabela 2 são demonstrados os valores absolutos e relativos das concordâncias do cartão em relação ao prontuário e do

prontuário em relação ao cartão e os valores para os testes de *Kappa* e de *Kappa ajustado* pela prevalência.

Tabela 1 – Discordância entre as informações registradas nos Cartões das Gestantes e nos Prontuários sobre o acompanhamento pré-natal. Vitória, ES, Brasil. 2012.

Variáveis comparadas	n	Discordantes				McNemar	Valor de p
		Informação somente no cartão	%	Informação somente no prontuário	%		
Acesso ao pré-natal							
Quantidade de consultas	182	44	24,18%	13	7,14%	22,26	0,000
Mês gestacional da primeira consulta	137	12	8,76%	9	6,57%	2,48	0,480
Doenças							
Hipertensão pré-gestacional	182	4	2,00%	5	2,75%	0,00	1,000
Hipertensão gestacional	182	2	1,10%	0	0,00%	0,50	0,480
Anemia gestacional	112	4	3,57%	5	4,46%	0,00	1,000
Diabetes pré- gestacional	182	2	1,00%	1	1,00%	0,00	1,000
Diabetes gestacional (suspeito)	112	2	1,79%	3	2,68%	0,00	1,000
Diabetes gestacional (confirmado)	112	1	0,89%	0	0,00%	0,00	1,000
Infecção urinária	103	6	5,83%	13	12,60%	1,89	0,169
Medicamentos							
Ácido fólico	182	6	3,30%	89	48,90%	70,78	0,000
Sulfato ferroso	182	6	3,30%	88	48,40%	69,80	0,000
Vacina antitetânica	182	33	18,10%	32	17,60%	0,00	1,000
Exames laboratoriais							
Exame ABORh	182	53	29,12%	11	6,04%	26,27	0,000
Exame VDRL	182	32	17,58%	16	8,79%	4,69	0,030
Exame de urina (EAS)	182	33	18,13%	17	9,34%	4,50	0,034
Exame glicemia de jejum	182	34	18,68%	16	8,79%	5,48	0,016
Exame hemoglobina	182	36	19,78%	13	7,14%	9,88	0,002
Exame hematócrito	182	32	17,58%	14	7,69%	6,28	0,010
Testagem HIV/AIDS	182	41	22,53%	18	9,89%	8,20	0,000
Repetição exame VDRL	182	35	19,23%	30	16,48%	0,25	0,620
Repetição do EAS	182	31	17,03%	28	15,38%	0,07	0,795
Repetição glicemia de jejum	182	36	19,78%	28	15,38%	0,77	0,380
Exames clínicos							
Verificação dos batimentos cardíacos fetais	182	72	39,60%	21	11,50%	33,69	0,000
Exame de toque vaginal	182	18	9,89%	70	38,50%	35,33	0,000
Pesagem nas consultas	182	60	32,97%	4	2,20%	52,72	0,000
Medida da pressão arterial	182	55	30,22%	2	1,10%	53,12	0,000
Verificação dos movimentos fetais	182	94	51,65%	15	8,24%	67,53	0,000
Medida da altura uterina	182	63	34,62%	18	9,89%	27,73	0,000



Tabela 2 – Concordância entre as informações registradas nos Cartões das Gestantes e nos Prontuários sobre o acompanhamento pré-natal. Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. 2012.

Variáveis comparadas	n	Concordantes				Kappa	IC95%	Kappa ajustado	Valor de p
		Informação somente no cartão	%	Informação somente no prontuário	%				
Acesso ao pré-natal									
Quantidade de consultas	182	138	75,82	169	92,86	0,45	0,34-0,56	0,54	0,00
Mês gestacional da primeira consulta	137	125	91,24	128	93,43	0,67	0,54-0,59	0,77	0,48
Doenças									
Hipertensão pré-gestacional	182	178	97,80	177	97,25	0,16	0,16-0,47	0,90	0,01
Hipertensão gestacional	182	180	98,90	182	100,00	0,00	96-100	0,98	0,50
Anemia gestacional	112	108	96,43	107	95,54	0,77	0,63-0,91	0,84	0,00
Diabetes pré-gestacional	182	180	98,90	181	99,45	-0,01	0,02-0,01	0,97	0,54
Diabetes gestacional (suspeito)	112	110	98,21	109	97,32	0,26	0,18-0,71	0,91	0,02
Diabetes gestacional (confirmado)	112	111	99,11	112	100,00	0,00	-0,001-0,00	0,98	0,50
Infecção urinária	103	97	94,17	90	87,38	0,45	0,24-0,65	0,63	0,00
Medicamentos									
Ácido fólico	182	176	96,70	93	51,10	0,13	0,05-0,22	-0,04	0,00
Sulfato ferroso	182	176	96,70	94	51,65	0,14	0,05-0,23	-0,03	0,00
Vacina antitetânica	182	149	81,87	150	82,42	0,28	0,15-0,42	0,29	0,00
Exames laboratoriais									
Exame ABORh	182	129	70,88	171	93,96	0,24	0,12-0,37	0,30	0,00
Exame VDRL	182	150	82,42	166	91,21	0,18	0,02-0,34	0,47	0,00
Exame de urina (EAS)	182	149	81,87	165	90,66	0,26	0,11-0,41	0,45	0,00
Exame glicemia de jejum	182	148	81,32	166	91,21	0,16	0,01-0,32	0,45	0,01
Exame hemoglobina	182	146	80,22	169	92,86	0,18	0,03-0,33	0,46	0,00
Exame hematócrito	182	150	82,42	168	92,31	0,30	0,14-0,45	0,49	0,00
Testagem HIV/AIDS	182	141	77,47	164	90,11	0,24	0,10-0,38	0,35	0,00
Repetição exame VDRL	182	147	80,77	152	83,52	0,29	0,15-0,43	0,29	0,00
Repetição do EAS	182	151	82,97	154	84,62	0,35	0,21-0,49	0,35	0,00
Repetição glicemia de jejum	182	146	80,22	154	84,62	0,30	0,16-0,43	0,30	0,00
Exames clínicos									
Verificação dos batimentos cardíacos fetais	182	110	60,44	161	88,46	0,10	0,00-0,20	0,23	0,01
Exame de toque vaginal	182	164	90,11	112	61,54	0,08	-0,02-0,18	0,27	0,03
Pesagem nas consultas	182	122	67,03	178	97,80	0,05	0,03-0,12	0,47	0,06
Medida da pressão arterial	182	127	69,78	180	98,90	0,07	0,01-0,15	0,53	0,00
Verificação dos movimentos fetais	182	88	48,35	167	91,76	0,17	0,09-0,26	0,10	0,00
Medida da altura uterina	182	119	65,38	164	90,11	0,14	0,04-0,25	0,33	0,02

Comparando a quantidade de consultas pré-natais registradas nos prontuários e coletadas nos cartões de gestantes, nota-se uma tendência de maior registro do número de consultas nos cartões das gestantes (*McNemar* = 22,26; p-valor = 0,000) e observa-se uma concordância moderada entre essas fontes de informação (*Kappa* ajustado = 0,54; p-valor= 0,000). Quanto ao início do acompanhamento pré-natal, observa-se que não há tendência de discordância entre as fontes de informação com um nível de concordância substancial (*Kappa* ajustado = 0,77; p-valor = 0,000).

Sobre os resultados dos principais procedimentos diagnósticos realizados durante o acompanhamento pré-natal, nota-se que para o diagnóstico da hipertensão gestacional, do diabetes pré-gestacional e do diabetes gestacional confirmado não há concordância entre os dados, pois os testes *Kappa* não apresentaram valores estatisticamente significantes ao nível inferior 5%. Para as demais variáveis, hipertensão pré-gestacional, anemia gestacional e diabetes gestacional (suspeito) observa-se concordância quase perfeita, exceto para o diagnóstico da infecção urinária. Para todas as variáveis relacionadas a esses procedimentos não há tendência de discordância entre os dados registrados no cartão da gestante e no prontuário.

Em relação aos procedimentos terapêuticos, a suplementação com ácido fólico (*Kappa* ajustado = -0,04; *McNemar* = 70,78; p-valor = 0,00) e sulfato ferroso (*Kappa* ajustado = -0,03; p-valor = 0,00; *McNemar* = 0,00) apresentou concordância ruim com tendência a um maior registro da informação no prontuário. No caso, a vacinação antitetânica apresentou concordância razoável (*Kappa* ajustado = 0,29; *McNemar* = 0,00; p-valor = 1,00).

No que se refere às informações sobre os exames laboratoriais realizados no acompanhamento pré-natal nota-se que para os exames de ABORh, VDRL, EAS, glicemia de jejum, Hb, Ht e HIV/AIDS há tendência de discordância do cartão em relação ao prontuário. Além disso, para os exames de repetição observa-se concordância razoável.

Em relação aos procedimentos rotineiros realizados, todos os testes apresentaram tendência de discordância, com maior registro de informação nos cartões da

gestante, exceto para a realização do exame de toque vaginal (*McNemar* = 35,33; *p*-valor = 0,00). Nota-se concordância moderada para medida de pressão arterial; concordância razoável para verificação dos batimentos cardíacos fetais, exame do toque vaginal e medida da altura uterina; e, concordância ruim para a verificação dos batimentos cardíacos fetais. Não houve significância estatística para a variável pesagem nas consultas.

Ao comparar as análises de *Kappa* e *Kappa ajustado* pela prevalência observam-se diferenças muito importantes. Isso ocorre prioritariamente quando o valor da discordância é pequeno e o nível de concordância é ruim. As variáveis que apresentaram tais características foram: hipertensão pré-gestacional (*Kappa* = 0,16; *Kappa ajustado* = 0,90), hipertensão gestacional (*Kappa* = 0,00; *Kappa ajustado* = 0,98), diabetes gestacional (*Kappa* = -0,01; *Kappa ajustado* = 0,97), diabetes gestacional suspeito (*Kappa* = 0,26; *Kappa ajustado* = 0,91), diabetes gestacional confirmado (*Kappa* = 0,00; *Kappa ajustado* = 0,98), exame VDRL (*Kappa* = 0,18; *Kappa ajustado* = 0,47), exame de glicemia de jejum (*Kappa* = 0,16; *Kappa ajustado* = 0,45), exame de hemoglobina (*Kappa* = 0,18; *Kappa ajustado* = 0,46), pesagem nas consultas (*Kappa* = 0,05; *Kappa ajustado* = 0,47) e medida da pressão arterial (*Kappa* = 0,07; *Kappa ajustado* = 0,53), contudo, para as variáveis quantidade de consultas pré-natais e mês gestacional da primeira consulta, as análises de *Kappa ajustado* não diferem muito dos testes de *Kappa*. As únicas variáveis que apresentaram *Kappa ajustado* negativo foram ácido fólico e sulfato ferroso em que a concordância foi muito ruim, enquanto que para as variáveis relacionadas à repetição de exames de VDRL, EAS e glicemia de jejum não há diferença entre os níveis de concordância ajustados.

### 5.2.6 Discussão

A iniciativa de avaliar a concordância entre as informações registradas nos cartões das gestantes e nos prontuários da atenção básica passa pela importância da existência do registro da assistência pré-natal. O registro permite que sejam feitas intervenções no sentido de reduzir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, por outro lado quando os registros são inadequados e incompletos compromete-se o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal <sup>12</sup>.

Neste estudo, as variáveis comparadas foram selecionadas de acordo com os critérios preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, lançado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, que estabelece marcadores de desempenho e de qualidade da assistência pré-natal <sup>13</sup> e, partiu-se do pressuposto de que, se algum procedimento não foi registrado, em nenhuma das fontes de informação, provavelmente não foi realizado, padrão adotado em estudos de auditoria médica <sup>14</sup>.

Os resultados permitiram demonstrar que o prontuário da atenção básica foi subutilizado como instrumento de intercomunicação entre os profissionais de saúde. Isso pode dever-se ao fato de uma maior preocupação em registrar as informações nos cartões, já que esses são de posse da gestante e cumprem um papel de comunicação entre os profissionais dos demais níveis de atenção. Reforçado ainda por um raciocínio clínico voltado para a assistência ao parto em detrimento da garantia da saúde da mulher até o parto <sup>9</sup>.

No cartão da gestante houve um maior registro do número de consultas e não houve tendência de discordância em relação ao registro do mês gestacional da primeira consulta. Não foram observados os registros da data da primeira consulta em cerca de 25% dos prontuários, embora houvesse o registro da idade gestacional no momento da consulta. O registro da primeira consulta de pré-natal é de grande importância porque é o momento de registro de dados referentes à escolaridade, estado civil, antecedentes pessoais e obstétricos. Essas informações permitirão ao pré-natalista identificar o contexto no qual a mulher está inserida, auxiliando-a no processo de autocuidado, com intervenções direcionadas para mudanças de comportamentos específicos <sup>15</sup>. Além disso, a época do início do acompanhamento pré-natal e o número de consultas realizadas são importantes marcadores de qualidade da assistência <sup>16</sup>.

Sobre as principais doenças pré-gestacionais, considerou-se que essas informações foram fornecidas pela mulher e anotadas durante a consulta pelo pré-natalista. O registro da informação foi ruim, dessa forma, concluiu-se que a maioria das gestantes não era hipertensa ou diabética antes de iniciar o pré-natal e nem desenvolveu essas doenças durante o pré-natal. Em concordância com o estudo de

Santos<sup>8</sup> que em um universo de 204 gestantes, demonstrou que apenas 2,6% das gestantes informaram ser portadoras de hipertensão arterial crônica e o rastreamento para diabetes mellitus foi confirmado em 3,4% das mulheres.

No presente estudo, os diagnósticos de anemia gestacional e do caso suspeito de diabetes gestacional não foram registrados em cerca de 40% dos prontuários. Em quase metade dos prontuários não houve o registro dos resultados dos exames de cultura de urina, esse grande percentual reflete a negligência quanto ao registro é preocupante ao considerar a relação da infecção urinária com o risco obstétrico. A ausência de informação está relacionada com a falta de sistematização de protocolos de assistência de consultas de pré-natal. Essa falta de padronização e uniformidade compromete o registro das informações e sua recuperação posterior, quando necessário, interferindo na qualidade da assistência e na continuidade do cuidado em saúde<sup>17</sup>.

Quanto à suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso, em apenas 3% dos cartões havia o registro, diferentemente do estudo de Coutinho<sup>18</sup> que apontou um percentual de anotação de 30% da prescrição de ferro e polivitamínicos. Pelo fato da suplementação vitamínica ser rotineira durante o acompanhamento pré-natal, os profissionais podem ignorar a necessidade do seu registro, concordando com as constatações de Barreto e Albuquerque<sup>9</sup> que evidenciaram que o informe verbal quanto à prevenção de anemia durante a gestação foi significativamente superior aos registros nos cartões (54,6%). O baixo registro nos cartões também seria explicado pelo fato de que, devido à multiplicidade de cartões da gestante, em alguns modelos não há campo específico para o registro dessa informação. Por outro lado, devido à dispensação dos medicamentos, faz-se necessário o registro da prescrição dos mesmos nos prontuários da atenção básica.

A vacina antitetânica está disponível na maioria dos serviços públicos de saúde, porém o tétano e suas possíveis complicações não são de conhecimento da maioria das gestantes, independentemente do serviço em que o controle de pré-natal é realizado. Isso corrobora para uma alta taxa de oportunidades perdidas de imunização antitetânica na gestação<sup>19</sup>. Ao comparar a informação sobre a vacinação antitetânica entre as fontes de registro, a concordância apresentou nível regular,

embora a idade gestacional de imunização não tenha sido discriminada. Considerando a variedade de modelos de cartões de gestantes e que, alguns deles, não apresentam região específica para o registro das doses feitas, essa informação pode estar presente no cartão de vacinação tradicional da mulher, não sendo transcrita para o prontuário ou para o cartão da gestante. Essa observação também foi relatada por Oba<sup>6</sup> quando verificou o uso de impressos diferentes para o registro da aplicação da vacina.

Neste estudo a cobertura de vacinação antitetânica foi de cerca de 50% tanto no prontuário como no cartão da gestante. Esse percentual é semelhante ao encontrado por Coutinho<sup>20</sup> em Juiz de Fora em que a vacinação antitetânica foi registrada em 42,3% dos cartões das gestantes. Concorda também com o estudo de Domingues<sup>21</sup> em que, a partir dos registros dos cartões das gestantes, 54,0% das mulheres foram consideradas imunizadas para a prevenção do tétano neonatal.

A realização de exames laboratoriais é de grande importância tanto para prevenir as doenças durante a gestação quanto para estabelecer intervenções no sentido de reduzir os riscos para a mãe e para o concepto. Nota-se que a preocupação primordial está relacionada ao registro dos resultados e não ao período gestacional de solicitação ou realização dos exames. Embora a orientação do PHPN seja a solicitação de todos os exames já na primeira consulta, com realização durante o primeiro trimestre de gestação, e repetição de VDRL, EAS e glicemia de jejum por volta da 28ª semana<sup>13</sup>.

A realização dos exames no pré-natal está vinculada a um fluxo interno dos serviços de saúde, estabelecido pela unidade de saúde, que tem sua origem durante a consulta com o pré-natalista, responsável pela solicitação dos exames. Após a solicitação, é necessário que a gestante procure o laboratório para agendamento e, após a realização do exame e a liberação do resultado, retorne a consulta para avaliação seguida de anotação dos resultados dos exames no prontuário e no cartão da gestante. Falhas nesse fluxo interno podem contribuir para a não realização dos exames no período preconizado e, conseqüentemente, comprometer as oportunidades de intervenção.

Observou-se que não há tendência de discordância entre prontuário e cartão para os exames laboratoriais de repetição. Entretanto, para os demais há tendência de maior registro nos cartões das gestantes, reafirmando que o foco da atenção pode estar em minimizar consequentes resultados perinatais adversos. Nesse sentido, tais dados são mais preenchidos nos cartões a fim de evitar que o acompanhamento pré-natal da atenção básica seja rotulado como falho na atenção hospitalar<sup>22</sup>.

Em relação aos principais exames clínicos realizados nas consultas de pré-natal encontraram-se concordâncias muito ruins. Contudo, após aplicação do método estatístico do ajuste de *Kappa* pela prevalência verificou-se o aumento em algumas vezes dos níveis de concordância, exceto para a variável verificação dos movimentos fetais. Isso mostra a importância da utilização do método estatístico do ajuste para equilibrar possíveis distorções dos resultados.

Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos priorizou-se a verificação dos batimentos cardíacos fetais, peso materno, medida de pressão arterial e de altura uterina. Todos eles apresentaram registro elevado nos cartões semelhante ao encontrado por Coutinho<sup>20</sup> e Carvalho & Novaes<sup>23</sup>. O alto registro desses procedimentos reflete que essas práticas foram incorporadas como rotineiras nas consultas, porém isso não garante que tenham sido diagnosticadas doenças precocemente a fim de intervir para prevenir complicações futuras.

O registro do exame de toque vaginal nos prontuários foi de 69%, enquanto que nos cartões foi cerca de 30%. Diferentemente do encontrado em estudo realizado no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo em que em 66% dos prontuários analisados não constavam informação sobre o exame toco ginecológico<sup>9</sup>.

O baixo nível de concordância encontrado entre as fontes de informação pode ser explicado pelo fato de haver uma valorização dos exames de imagem por parte do pré-natalista, como a ultrassonografia, em detrimento à realização de exames físicos que fazem parte da rotina pré-natal, evitando, assim, maior proximidade física com a gestante<sup>24</sup>, somado a uma falta de conhecimento da gestante que, por sua vez, refere uma não valorização da realização do toque vaginal<sup>25</sup>, ou, até mesmo, porque

nos cartões de gestante não há campo específico para o registro desse procedimento durante as consultas.

Estudos anteriores que se propuseram a avaliar o perfil da assistência à gestante no Brasil e os indicadores de processo estabelecidos pelo PHPN valeram-se de diferentes fontes de informação<sup>27, 28</sup>. O ineditismo desse estudo encontra-se na avaliação da concordância entre prontuário da atenção básica e cartão da gestante uma vez que se considera que esses dois instrumentos estejam menos sujeitos a falhas de registro.

Houve perda de cerca de 50% dos prontuários da atenção básica. Essa perda deveu-se à inexistência dos prontuários e à dificuldade de localização dos mesmos nos arquivos das unidades de saúde. Essa falha quanto à organização, compromete o registro das informações referentes ao processo de assistência à saúde do usuário, bem como a continuidade do cuidado, prejudicando, dessa forma, a utilização do prontuário como elemento de prova e informação capaz de direcionar as ações dos profissionais de saúde e de subsidiar pesquisas em várias áreas do conhecimento<sup>29</sup>. No entanto, mesmo com essas perdas, os valores dos testes, em sua maioria, alcançaram significância estatística o que demonstra que a amostra foi suficiente para alcançar os objetivos.

O estudo evidencia a precariedade dos registros dos prontuários da atenção básica que pode ser explicada por uma resistência do profissional de saúde em registrar a mesma informação em dois instrumentos diferentes, além de encontrar dificuldades em incorporar mais essa rotina durante o atendimento pré-natal. Dessa forma, recomenda-se que estudos de avaliação ou monitoramento devem utilizar como fonte prioritária o cartão da gestante.

Ao tratar-se do pré-natal de gestantes de alto risco, a ausência da informação no prontuário da atenção básica pode ser justificada pelo fato de o acompanhamento dessa gestante ter sido realizado em unidades de referência especializada do município, ou seja, em outro nível de atenção à saúde.



Por outro lado o uso de dados secundários pode comprometer os resultados encontrados devido à limitação em estimar a frequência de sub-registro<sup>30</sup>. Com a implantação do sistema de prontuário eletrônico na rede de saúde, espera-se um registro sistematizado das informações sobre o estado de saúde da usuária, permitindo fornecer subsídios para estudos epidemiológicos e pesquisa clínica.

O município de Vitória conquistou no ano de 2012 a primeira colocação nacional no Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) mensurado pelo Ministério da Saúde. Mesmo com o reconhecimento de políticas públicas de saúde desenvolvidas no município, observa-se a necessidade de sensibilização dos profissionais quanto à importância dos registros dos dados em saúde. Há falhas nos registros, pois as informações entre as fontes são diferentes quando comparadas, isso deve ser revisto urgentemente, ainda mais se tratando de atenção primária à saúde.

Os resultados encontrados devem ser amplamente discutidos entre as equipes de saúde no sentido de garantir a realização dos procedimentos mínimos estabelecidos durante as consultas de pré-natal, bem como estabelecer um padrão sistematizado para a anotação nos prontuários da atenção básica. Iniciativas voltadas para uma revisão da importância dos registros clínicos nos serviços de saúde e debates ampliados sobre essa questão podem promover mudanças na prática profissional, por meio de um comprometimento profissional, que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

### 5.2.7 Referências

1. Abouzahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. *Bull World Health Organ* 2005; 83(8): 561-640.
2. Mavimbe JC, Braa J, Bjune G. Assessing immunization data quality from routine reports in Mozambique. *Public Health* 2005; 5: 108.
3. Aerts DRGC. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. *J Pediatr* 1997; 73(6): 364-66.
4. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2005; 5(1): 523-32.
5. Perim EB, Passos ADC. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(3).
6. Oba MDV. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev Latinoam Enferm* 1998; 6(1).
7. Andreucci CB, Cecatti JG, Machetti CE, Sousa MH. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(5).
8. Theodoro ESN, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(9).
9. Barreto FDFP, Albuquerque RM. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34(6).
10. Theodoro ESN. Avaliação e monitoramento das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória [relatório de pesquisa]. Vitória (ES): Fundação de Apoio à Ciência e à Tecnologia do Município de Vitória: 2011.

11. Espírito Santo. Prefeitura Municipal de Vitória. Atos publicados em 20 de dezembro de 2012. Disponível em <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/atos/ato\\_oficial\\_2012-12-20.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/atos/ato_oficial_2012-12-20.pdf)>. Acesso em: 26/12/12.
12. Peoples-Sheps MD, Kalsbeek WD, Siegel E, Dewees C, Rogers M, Schwartz R. Prenatal records: A national survey of content. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 514-21.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. Institui no âmbito do SUS o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Diário Oficial da União* 2000; 1 de junho.
14. Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(4).
15. Gabrysch S, Campbell OMR. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9(1): 34-7.
16. 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(6).
17. Reis ZSN, Cruz RJ, Pereira AC. Sistemas eletrônicos de informação na assistência e pesquisa em saúde da mulher: para quando um maior envolvimento dos profissionais de saúde? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011; 33(3): 107-10.
18. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do SUS em município do sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(11): 563-69.
19. Mattos LMBB, Caiaffa WT, Bastos RR, Tonelli E. Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14(5).

20. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do SUS em Juiz de Fora, MG. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(10).
21. 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; 29(2): 425-37.
22. Jordan RG, Murphy PA. Risk assessment and risk distortion: finding the balance. *J Midwifery Women's Health* 2009; 54(3):. 191-200.
23. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em corte de primigestas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 220-30.
24. Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Velleca e Lima LC, Garlet G, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(3):290-95.
25. Mendoza-Sassi RA, Cesar JÁ, Ulmi EF, Mano OS, Dall'agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(9): 2157-166.
26. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Gabayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl.1): 520-33.
27. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(7): 517-25.
28. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003; 34(4): 456-62.

29. Malaman AO, Costa AC, Monteiro MS, Figueira SMA. Qualidade dos registros em prontuários em Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. Congresso Virtual Brasileiro de Educação, Gestão e Promoção da Saúde. São Paulo; 61.
  
30. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Publica 2001; 17(1).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do processo de assistência pré-natal no município de Vitória-ES apresentou algumas peculiaridades que merecem ser destacadas. No que se refere à verificação da concordância dos registros entre os cartões das gestantes e os prontuários da atenção básica apontou para a subutilização do prontuário como ferramenta de registro das informações sobre o acompanhamento pré-natal, além de evidenciar a precariedade dos registros nos mesmos. A inadequação do processo de assistência pré-natal foi elevada mesmo considerando os componentes mais básicos preconizados pelo PHPN, gerando uma necessidade de reorientação das práticas desenvolvidas rotineiramente no SUS.

Diante desse fato, é relevante e urgente uma discussão, entre os profissionais de saúde e gestores, sobre a importância do registro em saúde. O registro da história reprodutiva da mulher é necessário uma vez que há a possibilidade de retorno da mesma no caso de uma próxima gestação. A ausência de informações nos prontuários compromete o resgate de aspectos essenciais para a garantia de uma gestação saudável, bem como compromete a continuidade do processo do cuidado.

É possível que haja uma resistência quanto ao preenchimento de vários formulários durante a rotina de pré-natal. Contudo, esse é um problema a ser superado nos serviços públicos de saúde por meio de uma melhor distribuição do tempo das consultas e organização da demanda a fim de garantir um registro de qualidade, produzindo subsídios concretos para nortear o planejamento e a gestão das ações e serviços de saúde.

Recomenda-se uma padronização dos registros em prontuários que será possível por meio de treinamentos e da adaptação dos profissionais de saúde às rotinas de trabalho estabelecidas pelas políticas de saúde. A adoção de um modelo único de cartão da gestante, com campos específicos para o registro das doses de vacina antitetânica e do hospital/maternidade de referência em caso de emergência ou por ocasião do parto, poderia contribuir para garantir a uniformidade dos registros e o planejamento para a assistência ao nascimento.

Considerando que o município é totalmente coberto pela Estratégia de Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e que possui um sistema informatizado para o cadastramento dos usuários não são justificáveis a desorganização e a falta de manutenção dos arquivos de prontuários nas unidades básicas de saúde.

Um desafio a ser superado refere-se à inadequação do processo de assistência pré-natal, ressaltando que se observou um desempenho ruim no que diz respeito à realização de atividades educativas individualmente ou em grupos. É inaceitável e preocupante que haja elevado percentual de oportunidades perdidas no que diz respeito à educação em saúde na atenção primária do município. No entanto, essa situação tem potencial para ser revertida ao considerarmos os inúmeros fatores que contribuem positivamente no sentido de promover a melhoria da assistência pré-natal, como exemplos a capacidade socioeconômica do município, os elevados investimentos em saúde e o reconhecimento, em nível nacional, do desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Contribuindo nesse sentido, ressalta-se a importância da promoção em saúde. Esperando-se dos profissionais envolvidos no processo de assistência pré-natal uma postura educativa em todas as oportunidades de contato com os usuários, independentemente da existência de momentos específicos para tal, como nas reuniões de grupos e/ou durante as visitas domiciliares. Dessa forma, é fundamental que os profissionais estejam engajados no sentido de melhoria de suas práticas, desenvolvendo ações que consolidem a integralidade da assistência e que permitam equidade de acesso aos serviços de saúde pelos usuários.

O processo da assistência pré-natal no município é encorajador. A prática de avaliações periódicas é capaz de reorientar as ações nos serviços de saúde e a postura dos profissionais a fim de garantir a realização dos critérios mínimos preconizados durante a assistência pré-natal, bem como o registro dos mesmos.

## REFERÊNCIAS GERAIS

ALBUQUERQUE, J.P.; PRADO, E.P.V; MACHADO, G.R. Implicações ambivalentes de sistemas de informação de saúde: um estudo no sistema brasileiro de saúde pública. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 58-71, jan./fev. 2011.

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

AMORIM, L. **Secretário Municipal de Saúde atribui 1º lugar no IDSUS a modelo de gestão**. Vitória, 2012. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=noticias&idNoticia=8022>>. Acesso em: 28 jun. 2012

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G.. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr. 2012.

BARBIERI, A.R; HORTALE, V.A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1349-1356, 2005.

BARRETO, F.D.F.P.; ALBUQUERQUE, R.M. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, jun. 2012.

BECK, S. et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 88, p. 31-38, 2010.

BETRAN, A.P. et al. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. **BMC Public Health**, London, v. 5, n. 131, 2005.



BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F.J. (orgs.). Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Desafios da Avaliação de Programas e Serviços de Saúde**. São Paulo: Editora Unicamp, 2011.

BRAA, J.; HEYWOOD, A.; SAHAY, S. Improving quality and use of data through data-use workshops: Zanzibar, United Republic of Tanzania. **Bulletin of The World Health Organization**, Genebra, v. 90, n. 5, p. 379-84, maio. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal**: Normas e Manuais Técnicos. 3. ed. Brasília, 1998. 62p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção básica em saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Pacto pela Saúde 2010/2011**: dados preliminares. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim 1/2012 - Mortalidade materna no Brasil**. Brasília, 2012.

CANESQUI, A.M. Planejamento familiar nos planos governamentais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v. 2, n. 2, p. 1-20, jul/dez. 1985.

CHAMPAGNE, F. et al. **Avaliação**: conceitos e métodos. 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CIARI JUNIOR, C.; SANTOS, J.L.F.; ALMEIDA, P.A.M. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 361-370, 1972.

COIMBRA, L.C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 456-462, 2003.

CORREIA, D. PIB per capita de Vitória é o maior entre as capitais do país, diz IBGE. In: **Diário do Congresso**. Vitória, ES: 15 dez. 2011. Disponível em: <<http://diariodocongresso.com.br/novo/2011/12/pib-per-capita-de-vitoria-e-o-maior-entre-as-capitais-do-pais-diz-ibge/>>. Acesso em: 28 jun. 2012.

COSTA, A. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, 2009.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.T.B.; DAIN, S.; SAYD, J.D.; COUTINHO, L.M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov./dez. 2003.

DELGADO-RODRIGUEZ, M. et al. Recall Bias in a case control study of low birth weight. **Journal of Clinical Epidemiology**, Granada, v. 8, n. 9, p. 1133-1140, 1995.

DOMINGUES, R.M.S.M. et. al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 425-437, mar. 2012.

DONABEDIAN, A. The quality of care. how can it be assessed? **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Canadá, v. 121, n. 11, p. 1743-48, nov. 1997.

ESPÍRITO SANTO. Prefeitura Municipal de Vitória. **Atos publicados em 20 de dezembro de 2012**. Disponível em : <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/atos/ato\\_oficial\\_2012-12-20.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/atos/ato_oficial_2012-12-20.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2012.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Oficina de Modelagem das Redes de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança**: guia do participante. Vitória, 2009.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010.

FOUCALT, M. A política da saúde no século XVIII. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. cap. 13, p. 193-207.

GREENHALGH, T. Artigos que relatam pesquisa por questionário. In: **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseado em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 201-12.

HILL, K. et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. **The Lancet**, Cambridge, v. 370, p. 1311-1319, 2007.

HOGAN, M. C. *et al.* Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **The Lancet**, Philadelphia, v. 375, p. 1609-1623, maio. 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Vitória, 2010.

KESSNER, D.M. et al. Infant death: an analysis by maternal risk and health care. **Contrasts in health status**, Washington, v. 1, 1993.

KHAN, K. S. et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **The Lancet**, Birmingham, v. 367, p. 1066-1074, 2006.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 523-532, dez. 2005.

KOTELCHUCK, M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **American Journal of Public Health**, v. 84, n. 9, p. 1414-1420, sep. 1994.

LANDIS, J.R; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v.33, n.1, p.159-174, 1977.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.P.; GOLTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LEAL, M.C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1724-1725, ago. 2008.

LEAL, M.C.; GAMA; S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LEITE, A.C.N.M.T.; PAES, N.A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, jul/set. 2009.

MAGRIPLES, U. et al. Prenatal health care beyond the obstetrics service: utilization and predictors of unscheduled care. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New Haven, v. 198, n. 1, p. 75-77, 2008.

MIRANDA, A.E. et al. Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitoria, Espirito Santo, Brazil. **Women Health**, v. 50, n. 3, p. 229-240, 2010.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, maio/jun. 2010.

MORAES, M.S. et al. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 375-384, out./dez. 2004.

MORSE, M.L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

MOURA, E.R.F.; HOLANDA JUNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, nov./dez. 2003.

MPHATSWE, W. et al. Improving public health information: a data quality intervention in KwaZulu-Natal, South Africa. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 90, n. 3, p. 176-182, mar. 2012.

NAÇÕES UNIDAS / BRASIL (ONU/BR). **Brasil tem queda de 51% na mortalidade materna, registra relatório da ONU**. Notícias. Brasília, DF: 16 maio 2012. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/brasil-tem-queda-de-51-na-mortalidade-materna-registra-relatorio-da-onu/>>. Acesso em 26 jul. 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul/set. 2005.

NAGAHAWATTE, N.T.; GOLDENBERG, R.L. Poverty, Maternal Health, and Adverse Pregnancy Outcomes. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1136, n 1, p. 80-85, jul. 2008.

OBA, M.D.V. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, jan. 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). **Intensificando esforços para salvar a vida das mães**. 2010. Cuidados na maternidade. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/public/mothers/>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Sobre o PNUD**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/SobrePNUD.aspx>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Genebra, 2012.

PAIM, J.S; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, jan./mar. 2008.

PASSOS, A.A.; MOURA, E.R.F. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **Relatório Gestão 2010**. Vitória, 2011. Disponível em:  
<[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110928\\_relatorio\\_gestao\\_2010.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110928_relatorio_gestao_2010.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2012.

PUCCINI, R.F. et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-45, jan/fev. 2003.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, mar. 2007.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-684, mar. 2006.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde**: conceitos básicos para a prática nas instituições. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

SANTOS NETO, E.T. **Avaliação e monitoramento das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória**. Vitória, 2011 (Relatório de pesquisa).

SANTOS NETO, E.T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.2, p. 107-119, 2008.

SANTOS NETO, E.T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, set. 2012.

SANTOS, A. Do programa materno infantil ao PAISM: impacto na abordagem assistencial. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 39, n. 7, p. 96-98, 2010.

SANTOS, J. **Assistência à saúde da mulher no Brasil**: aspectos de uma luta social. In: II JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2005, Maranhão.

SAY, L.; RAINE, R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 85, n. 10, p. 812-819, out. 2007.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G.. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan./mar. 1994.

SILVA, L.R; CHRISTOFFEL, M.M; SOUZA, K.V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, 2005.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan/fev. 2001.

SODRÉ, J. Espírito Santo registra queda de 11,8% no índice de mortalidade materna. **EShoje Notícias**. 25 maio 2012.

SUCCI, R.C.M. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, nov./dez. 2008.

TANAKA, A.C.A; SIQUEIRA, A.A.F.; BAFILE, P.N. Situação de saúde materna e perinatal no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 67-75, 1989.

TREVISAN, M.R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, jun. 2002.

TYRRELL, M.A.R. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, s.n, p. 321, jul. 1994.

VILLAR, J.; BERGSJO, P. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: **Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal**, World Health Organization, Geneva, 2003.

VILLAR, J.; BERGSJO, P. **WHO Antenatal care Randomized Trial: Manual for The Implementation of The New Model**, World Health Organization, Geneva, 2002.

WEHBY, G.L. et al. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v 24, n. 3, p. 175-178, 2009.



## APÊNDICES

## APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO

<b>NOME:</b>										
M/F:					PRONTUÁRIO:					
US:										
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS:</b>										
DM ___ sim ___ não ___ não menciona										
HAS ___ sim ___ não ___ não menciona										
<b>DUM</b>										
<b>DPP</b>										
<b>Consulta nº</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Data										
IG Semanas										
Peso										
PA										
AFU										
BCF										
Movimentos Fetais										
Altura Materna										
Toque Vaginal										
VAT										
Ácido Fólico										
Sulfato Ferroso										
Outros Medicamentos										
Atividades Educativas										
Classificação do Risco										
Encaminhamento dos Riscos										
Recomendação em Emergências										
Recomendação AM										
Referência à Maternidade										
Solicitação de Exames										
<b>EXAMES</b>	<b>Data</b>	<b>Resultado</b>	<b>Data</b>	<b>Resultado</b>	<b>Data</b>	<b>Resultado</b>	<b>Data</b>	<b>Resultado</b>	<b>Data</b>	<b>Resultado</b>
ABO-RH										
HB/HT*										
Glicemia*										
VDRL										
Urina 1										
Urocultura										
Anti-HIV										
<b>VAT</b>	<b>Data</b>									
1ª Dt										
2ª Dt										
3ª dT										
Reforço										

**ANEXOS**

## ANEXO A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

### ENTREVISTA COM PARTURIENTES

FORMULÁRIO |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

#### INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

**Obs:** Para todo o questionário, preencher as questões que “não se aplicam” com (88) e as questões que a puérpera “não sabe informar”, “não se lembra” ou “sem informação” com código (99).

#### I. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

1. Nome da Maternidade ou Hospital	__ __		
2. Entrevistador	__ __	3. Data da entrevista	__ __ / __ __ / __ __
4. Supervisor	__ __	5. Data da 1ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
6. Revisor	__ __	7. Data da 2ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
8. Digitador	__ __	9. Data da digitação	__ __ / __ __ / __ __

Iniciar após a assinatura do termo de consentimento...

#### II. DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

10. Qual a data do nascimento do bebê?	__ __ / __ __ / __ __			
11. Qual o tipo de parto?	1. Normal	2. Cesáreo	__	
12. Qual o sexo do seu bebê?	1. Masculino	2. Feminino	__	
13. Qual o peso ao nascer do seu bebê?	__ __  __ __  gramas			
14. Com quantas semanas de gestação nasceu o bebê?	Método Capurro  __ __  sem.			
15. Qual o comprimento do bebê? (anotar em cm)	__ __			
16. Óbito fetal	0.Não	1.Sim	__	
17. Óbito Neonatal	0.Não	1.Sim	__	
18. Cor do recém-nascido:	__			
1. Branca	2. Preta	3. Amarela	4. Parda (morena/mulata)	5. Indígena

#### III. DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE

19. Possui cartão da gestante	0.Não (pule para 56)	1.Sim	__ __
20. Local onde realizou o acompanhamento pré-natal:	__ __		
Nome da Unidade de Saúde: _____			
00. Não realizou			
21. Com quantos meses de gravidez iniciou o pré-natal?	__ __		
22. Total de consultas de pré-natal registradas:	__ __		
23. Quantidade de consultas pré-natais nos três primeiros meses de gestação:	__ __		
24. Quantidade de consultas pré-natais do 4º ao 6º mês de gravidez?	__ __		
25. Quantidade de consultas pré-natais do 7º ao 9º mês de gravidez?	__ __		
26. Mês gestacional da última consulta de pré-natal:	__ __		

27. Problemas na gestação	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hipertensão pré-gestacional	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia)	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Anemia	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Diabetes pré-gestacional	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Diabetes gestacional	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Infecção urinária	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Outras doenças	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Qual(is)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Utilizou medicamentos durante a gravidez?	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Qual(is)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realização de exames na primeira consulta de pré-natal? (Sangue e Urina)							
38. ABO-Rh (tipo de sangue)	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. VDRL	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Urina (EAS)	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Glicemia de jejum	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Hemoglobina/Hematócrito	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Testagem de HIV	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repetição de exames depois da 30ª semana de gravidez (depois do 7º mês)							
44. VDRL	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Urina rotina	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Glicemia de jejum	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Tomou a vacina anti-tetânica durante a gravidez?	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Em quantas consultas a medida do peso materno foi realizada durante o pré-natal?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Peso final da gestação: (anotar em Kg)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Altura (em cm):				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Em quantas consultas a medida da pressão arterial foi realizada durante o pré-natal?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Em quantas consultas a verificação dos batimentos cardíacos fetais foi realizada durante o pré-natal?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Em quantas consultas o exame de toque vaginal foi realizado durante o pré-natal?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Classificação de risco da gravidez		1.Alto	2.Médio	0.Baixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Acompanhamento específico no caso de gravidez de alto risco?	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Meu nome é.... e você foi convidada a participar de uma pesquisa que avalia a qualidade da assistência pré-natal no sistema público de saúde da Grande Vitória e também de fatores sociais associados à integração dessa assistência. Eu gostaria de pedir alguns minutos de sua atenção.

#### IV. IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO (PARTO ATUAL)

56. Horário de início da entrevista		:
57. Qual o seu nome completo?		
58. Qual a sua idade (anos completos)?		
59. Qual a sua data de nascimento?		/   /
60. Você morou no mesmo endereço durante toda a gestação?	0.Não 1. Sim	
61. A renda total da família foi a mesma durante toda a gestação?	0.Não 1. Sim	
62. O seu filho apresentou algum problema no nascimento?	0.Não 1. Sim	
63. Qual?		
64. Seu bebê nasceu com baixo peso?	0.Não 1. Sim	
65. Seu bebê nasceu prematuro?	0.Não 1. Sim	
66. Você já sabia onde iria ganhar o bebê?	0.Não 1. Sim	
67. Você conseguiu ter o bebê no local onde estava planejado?	0.Não 1. Sim	
68. Quando você sentiu as dores de parto foi atendida logo no primeiro hospital ou maternidade que procurou?	0.Não 1. Sim	
69. Se não, passou por quantas maternidades?		
70. Quando ficou grávida, você: 1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo 3. Não queria engravidar		
71. Depois que sobe da gravidez você ficou satisfeita?	0.Não 1.Sim	
72. E o pai do bebê, ficou satisfeito?	0.Não 1.Sim	
73. Você usou algum método para interromper a gravidez desse bebê?	0.Não 1.Sim	

#### V. ASSISTÊNCIA MÉDICA NO PRÉ-NATAL

Agora vamos falar um pouco sobre como foi o seu pré-natal...

74. Você realizou algum acompanhamento pré-natal?	0.Não (pule para 129) 1.Sim	
75. Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal?		
76. Quantas consultas de pré-natal você realizou?		
77. Quantas consultas de pré-natal você fez durante os três primeiros meses?		
78. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 4 meses aos 6 meses de gravidez ?		
79. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 7 meses aos 9 meses de gravidez?		
80. Até que mês da gravidez você fez pré-natal?		
Você teve algum destes problemas na gestação:		
81. Pressão alta antes de engravidar?	0.Não 1.Sim	
82. Pressão alta depois que engravidou?	0.Não 1.Sim	
83. Anemia?	0.Não 1.Sim	

84. Diabetes antes de engravidar?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Diabetes depois que engravidou?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Infecção na urina	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Outras doenças	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Qual(is)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Tomou algum remédio durante a gravidez?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Qual(is)?					
Você fez os seguintes exames na primeira consulta de pré-natal? (Sangue e Urina)					
91. Exame para tipo de sangue (ABO-Rh)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Exame de Sífilis (VDRL)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Exame de Urina (EAS)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Exame de sangue para medir a glicose em jejum	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Exame de Anemia	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Testagem de HIV/AIDS	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Você repetiu esses exames depois do 7º mês de gravidez?					
98. Exame de Sífilis (VDRL)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Exame de Urina (EAS)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Exame de sangue para medir a glicose em jejum	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Você tomou a vacina anti-tetânica durante a gravidez?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Se não, porque o esquema de vacinação estava completo?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Pesaram você durante as consultas de pré-natal? 0.Nunca 1.Às vezes 2. Sempre					
104. Mediram sua pressão arterial durante a maioria das consultas do pré-natal? 0.Nunca 1.Às vezes 2. Sempre					
105. Verificaram as batidas do coração do bebê em alguma consulta do pré-natal? 0.Não 1.Sim					
106. Fizeram o exame de toque vaginal em alguma consulta do pré-natal? 0.Não 1.Sim					
107. A sua gravidez foi considerada de risco? 0.Não ( <i>pule para 110</i> ) 1. Sim, Alto 2.Sim, Médio					
108. Sendo a gravidez foi de alto risco, você foi encaminhada para algum local especial? 0.Não 1.Sim					
109. Conseguiu realizar o acompanhamento no local especial recomendado, sendo a gravidez de alto risco? 0.Não 1.Sim					
110. Em sua opinião o atendimento que recebeu no pré-natal foi... 1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo					



## VI. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi informada sobre:		
111. A importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida? 0.Não 1.Sim		_ _ _
112. Como resolver dificuldades ou problemas com relação a amamentação ao peito? 0.Não 1.Sim		_ _ _
113. Sobre posições da criança e da mãe para o aleitamento materno? 0.Não 1.Sim		_ _ _
Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre:		
114. Como extrair/tirar o leite do peito ? 0.Não 1.Sim		_ _ _
115. As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida? 0.Não 1.Sim		_ _ _
116. Continuar amamentando até os 2 anos de idade ou mais? 0.Não 1.Sim		_ _ _
117. Durante o pré-natal você foi encorajada a amamentar ao peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado? 0.Não 1.Sim		_ _ _
Durante o pré-natal você foi informada sobre		
118. A importância de a criança sugar o peito para a produção do leite? 0.Não 1.Sim		_ _ _
119. Os prejuízos do uso de mamadeiras para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim		_ _ _
120. Os prejuízos do uso de chupetas ou bico artificial para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim		_ _ _
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:		
121. A importância da amamentação para o desenvolvimento e crescimento dos dentes, dos ossos e dos músculos do rosto/face? 0.Não 1.Sim		_ _ _
122. A importância da amamentação para prevenir problemas como infecções respiratórias, pneumonias e respiração bucal 0.Não 1.Sim		_ _ _
123. A importância da limpeza de sua boca para prevenir problemas na criança? 0.Não 1.Sim		_ _ _
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:		
124. A importância da limpeza da boca da criança após a amamentação para prevenir problemas futuros? 0.Não 1.Sim		_ _ _
125. Alimentação saudável e sua importância para prevenção de problemas de saúde da criança? 0.Não 1.Sim		_ _ _
126. Uso de flúor? 0.Não 1.Sim		_ _ _
127. Alterações bucais que possivelmente aconteceriam nas gengivas durante a gravidez, como sangramento e inflamações? 0.Não 1.Sim		_ _ _
128. Durante o pré-natal você recebeu algum incentivo para amamentar através de reuniões ou grupos de gestantes realizadas na unidade de saúde ou de visitas domiciliares? 0.Não 1.Sim		_ _ _

## VII. ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL

Agora vamos falar um pouco sobre como foi sua saúde bucal...

129. Você foi ao dentista durante a gravidez? 0.Não ( <i>pule para 146</i> ) 1.Sim		_ _ _
130. Onde realizou a(s) consulta(s)? 1. No Serviço Público (SUS) 2. No Dentista Particular 3. Em Ambos 4. Outros _____		_ _ _
131. Quantas consultas você fez no dentista?		_ _ _
132. O tratamento dentário foi negado pelo fato de estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____		_ _ _
133. Você teve prioridade no atendimento por estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____		_ _ _



Você fez que tipo de tratamento no dentista?	
134. Consulta de revisão 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
135. Escovação sob orientação do dentista 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
136. Limpeza dos dentes feita pelo dentista 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
137. Aplicação de flúor 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
138. Consulta por motivo de dor 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
139. Consulta para extração dentária 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
140. Tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
141. Tratamento de canal 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
142. Tratamento de gengiva 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
143. Tratamento com remédio ingerido 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____ Quais remédios?	_ _ _
144. Realização de RX dos dentes 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
145. Em sua opinião o atendimento dentário que recebeu no pré-natal foi ... 1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo	_ _ _

### VIII. AUTO-PERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL (OHIP - Oral Health Index Profile)

Usar o cartão de respostas...

Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
146. Você teve problemas para falar alguma palavra? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
147. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
148. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
149. Você se sentiu incomodada com ao comer algum alimento? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
150. Você ficou preocupada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
151. Você se sentiu estressada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
152. Sua alimentação ficou prejudicada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
153. Você teve que parar suas refeições? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_

154. Você encontrou dificuldade para relaxar? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
155. Você se sentiu envergonhada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
156. Você ficou irritada com outras pessoas? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
157. Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
158. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
159. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>

### VIII. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

*Agora vamos falar um pouco sobre seus filhos anteriores...*

160. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta última gravidez e algum aborto que você tenha tido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
161. Você fez pré-natal na(s) outra(s) vez(es) em que ficou grávida? 0. Em nenhuma 1. Apenas em algumas 2. Sim, em todas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
162. Você já teve algum aborto? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
163. Quantos abortos foram espontâneos (ocorreram naturalmente)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
164. Quantos partos você já teve?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
165. Quantos partos foram cesarianas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
166. Algum filho nasceu morto? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
167. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
168. Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg)? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
169. Você já teve algum bebê que nasceu prematuro (antes de 37 semanas de gravidez)? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
170. Qual foi a data do seu último parto (bebê vivo ou morto), antes desta gravidez? (data de nascimento do filho anterior)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

### IX. HÁBITOS MATERNS

*"Agora vou falar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você fez durante sua gravidez..."*

171. Você ingeria bebidas alcoólicas durante a gravidez? 0. Não (pule para 177) 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
172. Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (1 tulipa = 1 dose ou 2 latas = 3 doses) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
173. Quantas doses eram necessárias p/deixar você "alta"?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
174. As pessoas te aborreciam, criticando o seu modo de beber? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
175. Você sente que deve parar de beber? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

176. Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida?	0.Não 1.Sim	
177. Você fuma?	0.Não 1.Sim	
178. Você fumou durante a gravidez?	0.Não (pule para 181) 1.Sim	
179. Se parou de fumar na gravidez, em que mês isso ocorreu?		
180. Quantos cigarros você fumava por dia durante a gravidez?		
181. Há quantos anos você é/foi fumante?		
<i>"Hoje em dia é muito comum que as pessoas já tenham experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa"</i>		
182. Você usou algum tipo de droga durante a gravidez?	0.Não 1.Sim	
183. Que tipo? _____		

#### X. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu peso e a sua alimentação...

Usar o outro lado do cartão de respostas...

184. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	
185. Qual é a sua altura? (anotar em metros)	
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
186. <b>Feijão</b> 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
187. <b>Verdura ou legume (couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)</b> 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
188. <b>Salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru</b> 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
Durante sua gravidez quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos?	
189. <b>Carne vermelha (boi, porco, cabrito)</b> 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
190. <b>Frango</b> 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
191. <b>Suco de fruta natural</b> 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
192. <b>Frutas</b> 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
193. <b>Refrigerante ou suco artificial (tipo Tampico)</b>	





211.O banheiro da sua casa tem descarga?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
212. Quantos quartos e salas tem na sua casa?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
213. Quantas pessoas moram em sua casa sem contar com esse bebê?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
214. Que tipo de parede tem na sua casa?	1. Cimento, tijolo, pedra ou madeira aparelhada 2. Tijolo de barro 3. Sapê, palha e madeira aproveitada 4. Plástico 5. Metal 6. outro _____	<input type="checkbox"/>
215. Que tipo de piso tem no interior da sua casa?	1. Piso revestido (concreto/cimento, lajota, tijolo) 2. Piso de terra batida 3. Ambos	<input type="checkbox"/>
216. Para onde vai o lixo da sua casa?	1. É recolhido pelo gari 2. É colocado na caçamba 3. É enterrado/queimado 4. É jogado a céu aberto	<input type="checkbox"/>
217. Como é o abastecimento de água da sua casa?	1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora de casa 3. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
218. Como é o esgoto na sua casa?	1. Não tem 2. Rede geral 3. Fossa rudimentar ( <i>construída pelo morador, sem tratamento</i> ) 4. Fossa séptica ( <i>com recolhimento e tratamento específico</i> )	<input type="checkbox"/>
219. Na rua em que você mora tem valão a céu aberto?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
220. Que tipo de piso tem na rua onde você mora?	1. Asfalto/cimento 2. Paralelepípedo 3. Terra	<input type="checkbox"/>
221. A respeito da sua situação conjugal, você...	1. Vive com companheiro. 2. Tem companheiro, mas não vive com ele. 3. Não tem companheiro.	<input type="checkbox"/>
222. Qual a sua raça ou cor? ( <i>ler as opções</i> )	1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena	<input type="checkbox"/>
223. Você sabe ler e escrever?	0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>
224. Qual foi a última série que você completou na escola com aprovação?	<input type="checkbox"/> Série/ anos completos de faculdade <input type="checkbox"/> 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)	
225. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente?	0. Não ( <i>pule para 228</i> ) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
226. Qual o seu trabalho atual?	1. Servidora pública 2. Empregada, não servidora pública 3. Autônoma 4. Empregadora 5. Informal _____	<input type="checkbox"/>
227. Você tem carteira assinada?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
228. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscate ou bolsa família?	0. Não 1. Pensão 2. Aposentadoria 3. Biscate 4. Bolsa família 5. Outro. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

229. Quem é o chefe da família? (Se 1, pular para 232)		
1. Você (a própria mulher)	2. O companheiro	
3. Outra pessoa da família	4. Outros	
230. Qual foi a última série que o (chefe da família) completou na escola com aprovação?		
Série/ anos completos de faculdade    1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)		
231. Qual é a renda do (chefe da família)?		R\$
232. Qual a renda total da família (juntando o dinheiro que todas as pessoas da casa ganham, quanto dá por mês)?		R\$

<i>Agora, vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.</i>			
Na sua casa tem...			
233. Rádio	0. Não	Sim, quantos?	
234. Geladeira	0. Não	Sim, quantas?	
235. Freezer	0. Não	Sim, quantos?	
236. Videocassete	0. Não	Sim, quantos?	
237. DVD	0. Não	Sim, quantos?	
238. Máquina de lavar roupa (não incluir tanquinho)	0. Não	Sim, quantas?	
239. Forno de microondas	0. Não	Sim, quantos?	
240. Linha de telefone fixo	0. Não	Sim, quantos?	
241. Computador	0. Não	Sim, quantos?	
242. Televisão	0. Não	Sim, quantas?	
243. Quantas são a cores?			
244. Aspirador de pó	0. Não	Sim, quantos?	
245. Ar condicionado	0. Não	Sim, quantos?	
246. Carro particular	0. Não	Sim, quantos?	
247. Você paga alguém para te ajudar no cuidado da casa ou dos filhos? 0. Não 1. Sim			
248. Você tem empregada mensalista?		0. Não	Sim, quantas?
Início da Seleção para Fase Qualitativa			
Caso você fosse selecionada, aceitaria receber em sua casa uma			
249. visita para conversarmos mais sobre o seu atendimento pré-natal?			
0. Não 1. Sim			
250. Horário de término da entrevista		:	

**ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória-ES, 05 de novembro de 2009.

Da: Profa. Dr<sup>a</sup>. Ethel Leonor Noia Maciel  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. Edson Theodoro dos Santos Neto  
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria que, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa registrado no CEP com o nº **093/09**, intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido acima, em Reunião Ordinária realizada em 04 de novembro de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,



Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ethel Leonor Noia Maciel  
COORDENADORA  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro de Ciências da Saúde/UFES



## ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 03 de março de 2010.

Da: Profa. Dr<sup>a</sup>. Ethel Leonor Noia Maciel  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Prof. Edson Theodoro dos Santos Neto.  
Pesquisador Responsável pelo Subprojeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação e monitoramento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória”**

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria que, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Subprojeto de Pesquisa, intitulado: **“Avaliação e monitoramento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na assistência pré-natal no município de Vitória”** do Projeto de Pesquisa registrado no CEP com o nº **093/09**, intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido acima.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

  
Prof.<sup>a</sup> Dra Ethel Leonor Noia Maciel  
COORDENADORA  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro de Ciências da Saúde/UFES



## ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 01 de dezembro de 2011.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

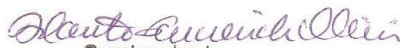
Para: Prof. (a) Eliana Zandonade  
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado “**Avaliação da qualidade da assistência pré-natal por meio do cartão da gestante e do prontuário de gestantes usuárias do SUS no Município de Vitória-ES**”.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **255/11** intitulado “**Avaliação da qualidade da assistência pré-natal por meio do cartão da gestante e do prontuário de gestantes usuárias do SUS no Município de Vitória-ES**”, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 30 de novembro de 2011.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

  
Coordenador do  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEPI/UFES

## ANEXO E – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA.



PREFEITURA DE VITÓRIA

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/ US JARDIM CAMBURI, JABOUR, MARIA ORTIZ, JARDIM DA PENHA, BAIRRO REPÚBLICA, ILHA DE SANTA MARIA, PRAIA DO SUÁ, JESUS DE NAZARETH, FONTE GRANDE, FORTE SÃO JOÃO, SANTA LÚIZA, VITÓRIA, ILHA DO PRÍNCIPE, SANTA TEREZA, AVELINA, SANTO ANTONIO, GRANDE VITÓRIA, ARIIVALDO FAVALESSA, ILHÁ DAS CAEIRAS, SANTO ANDRÉ, SÃO PEDRO V, RESISTÊNCIA, ANDORINHAS, MARUÍPE, CONSOLAÇÃO, BAIRRO DA PENHA, SANTA MARTA E TOMAZ TOMMASI.	21/12/2011	JÚLIA

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Senhor (a) Diretor (a),

O projeto de pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES "Avaliação da qualidade da assistência pré-natal por meio do cartão da gestante e do prontuário de gestantes usuárias do sistema único de saúde do município de Vitória, Espírito Santo" de autoria de Rúbia Bastos Soares Polgiane com orientação da Professora Eliana Zandonade foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo de:

Avaliar a concordância entre os dados registrados no cartão da gestante por meio do prontuário e a qualidade da assistência pré-natal oferecido às usuárias do SUS na cidade de Vitória.

A metodologia a ser utilizada para a coleta de dados será por meio de uma revisão dos prontuários médicos nas respectivas unidades de saúde e dos registros dos cartões de-pré-natal.

Ressaltamos que a pesquisadora foi orientada que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de outras solicitações protocolizadas pelo seu orientador.

Solicitamos que a pesquisadora seja recepcionada e que a pesquisa seja viabilizada por esta Unidade.

Atenciosamente,

  
Josenan de Alcântara Almeida Costa  
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

