

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

CIRCE MARIA JANDREY

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE PÚBLICA DO
MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA/ RS**

Porto Alegre, 2005

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE
CACHOEIRINHA/ RS**

Circe Maria Jandrey

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Ana Cecília Stenzel

PORTO ALEGRE, MAIO DE 2005

TRABALHO APRESENTADO EM BANCA E APROVADO POR:

Conceito Final:

Porto Alegre, de de .

Professora Orientadora: Ana Cecília Stenzel

Aluna : Circe Maria Jandrey

Gestão em Saúde - 2004

*À memória de Gilka,
exemplo ímpar, ao longo da vida,
na construção de significados e enfrentamento das adversidades.*

Para Miguel e Pedro, por sermos inseparáveis companheiros e por tudo que temos vivido.

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Cecília Stenzel, orientadora desta monografia; à amiga Ana, pelo incansável auxílio.

À Fundação Universitária de Cardiologia, na pessoa do Dr. Ivo Behle, diretor técnico do Hospital Padre Jeremias; ao Professor Ivo, pelo incentivo e confiança.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeirinha.

Às gestantes que, anonimamente, com suas informações e histórias constantes na documentação pesquisada, possibilitaram a materialização desse estudo.

A Cristiano Mendonça, Dárcia Ávila e Fátima Francisco, integrantes da Divisão de Documentação e Pesquisa do Hospital Padre Jeremias, por suas indispensáveis e generosas colaborações durante a coleta de dados.

A Cecília Fernanda Jandrey, Giseli Rubert, Luciano Pohlmann, Magda Oliveira, Marinez Souza e Rosa Rafael, pelo apoio vital em inúmeros momentos.

À Tania Drehmer, pela disposição sempre presente em compartilhar seu saber de forma acolhedora e ponderada.

À Dinora Hoeper, pelo estímulo ao projeto inicial.

A Alexandre Bestetti e demais colegas da Vigilância Epidemiológica, pelas suas contribuições.

“As aparências para a mente são de quatro tipos. As coisas ou são o que parecem ser, ou não são, nem parecem ser; ou são e não parecem ser; ou não são, mas parecem ser. Posicionar-se corretamente frente a todos esses casos é a tarefa dos sábios.”

EPICTETUS, século II d.C.

RESUMO

Este estudo exploratório/descritivo objetiva avaliar a qualidade do processo de assistência pré-natal na rede pública do município de Cachoeirinha/RS. Sua população foi composta por gestantes que, em 2003, tiveram sua assistência pré-natal e seu atendimento ao parto realizados, respectivamente, em unidades de saúde do município e no Hospital Padre Jeremias - instituição pública de referência para a área materno-infantil na região metropolitana de Porto Alegre. Foram analisados 75 cartões de gestantes, estabelecendo-se frequência absoluta e percentual de ocorrência para as variáveis estudadas. Avaliou-se a adequação do processo de assistência pré-natal conforme os critérios de Kessner modificados, os indicadores do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a execução de procedimentos clínico-obstétricos durante as consultas, a legibilidade dos registros e o preenchimento ou não dos itens que integram a carteira de gestante. Combinando-se início de pré-natal e número total de consultas, a assistência atingiu níveis adequados em 36% do grupo estudado; 70,6% das gestantes receberam, adequadamente, os procedimentos clínico-obstétricos essenciais durante as consultas, mas percentual idêntico não realizou exames complementares básicos conforme os quantitativos mínimos estabelecidos pelo Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; a totalidade da documentação analisada foi legível e houve registro de informações/procedimentos em, no mínimo, 80% dos itens avaliados. Devem ser feitos esforços para atingir níveis maiores de adequação da assistência pré-natal quanto ao início da atenção, número de consultas efetuadas e realização de exames complementares básicos. Para serem implantadas as ações corretivas necessárias e de avaliação periódica, faz-se

necessário estabelecer uma discussão abrangente que envolva gestores, profissionais e comunidade.

UNITERMOS: Assistência pré-natal. Avaliação de programas.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição da amostra pesquisada segundo faixa etária. Cachoeirinha. RS. 2003.....	35
TABELA 2 - Distribuição da amostra pesquisada segundo início da assistência pré-natal e adequação do número de consultas. Cachoeirinha. RS. 2003.....	38
TABELA 3 - Distribuição da amostra pesquisada segundo conjunto de exames complementares básicos. Cachoeirinha. RS. 2003.....	38
TABELA 4 - Distribuição da amostra pesquisada segundo número de consultas e conjunto de exames complementares básicos. Cachoeirinha. RS. 2003.....	39
TABELA 5 - Distribuição da amostra pesquisada segundo a realização de exames complementares básicos. Cachoeirinha. RS. 2003.....	40
TABELA 6 - Distribuição da amostra pesquisada segundo número de consultas e procedimentos clínico-obstétricos essenciais. Cachoeirinha. RS. 2003.....	41
TABELA 7 - Distribuição da amostra pesquisada segundo adequação dos procedimentos clínico-obstétricos essenciais. Cachoeirinha. RS. 2003.....	41
TABELA 8- Distribuição da amostra pesquisada segundo registro de antecedentes mórbidos e data da última menstruação (DUM). Cachoeirinha. RS. 2003.....	42
TABELA 9 - Distribuição da amostra pesquisada segundo imunização antitetânica. Cachoeirinha. RS. 2003.....	42
TABELA 10 - Distribuição da amostra pesquisada segundo realização de teste anti H-IV. Cachoeirinha. RS. 2003.....	43

TABELA 11 - Distribuição da amostra pesquisada segundo realização de ecografias.

Cachoeirinha. RS. 2003..... 44

LISTA DE ABREVIATURAS

ABO/Rh - grupo sanguíneo e fator Rh

AU - aferição de altura uterina

BCF - batimentos cardíaco-fetais

FUC - Fundação Universitária de Cardiologia

Hb/Ht - dosagem de hemoglobina e hematócrito

HPJ - Hospital Padre Jeremias

IG - idade gestacional

PA - pressão arterial

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SISPRENATAL - Sistema de Informações da Atenção Pré-Natal

SUS - Sistema Único de Saúde

US - Unidades Básicas de Saúde

VDRL - sorologia para sífilis

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	8
1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	13
2 REVISÃO TEÓRICA	18
2.1 ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA	21
3 OBJETIVOS.....	29
4 PROCEDIMENTOSMETODOLÓGICOS	30
5 RESULTADOSE ANÁLISES	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA	34
5.2 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO CRITÉRIOS DE KESSNER MODIFICADOS	39
5.3 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO INDICADORES DO PHPN E EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS DURANTE A CONSULTA	40
5.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	46
REFERÊNCIAS	48

1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Questões relativas à saúde reprodutiva têm sido objeto de interesse de vários segmentos da sociedade por se tratar de um tema relevante para o delineamento de políticas populacionais e para o desenvolvimento sócio-econômico. Em 2001, 50,8% da população brasileira era composta por mulheres e, desse contingente, 43.113.841 estavam em idade reprodutiva (entre 15 e 44 anos) (BRASIL, 2004).

Para que uma gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após o parto.

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas durante o ciclo gravídico-puerperal. Dados da literatura referem que cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de medidas relativamente simples, visando a melhorar a qualidade da assistência perinatal e garantir o acesso aos serviços de saúde (COIMBRA, 2003).

Diversos estudos apresentam associação entre assistência pré-natal e resultados perinatais. Comparecimento às consultas e seu número total têm apresentado correlação positiva significativa com o peso ao nascer e com a probabilidade de uma mulher ter um recém-nascido de peso normal (OSIS, 1993).

A cobertura da assistência pré-natal no Brasil é baixa, embora venha aumentando progressivamente nas últimas décadas. Observa-se que persistem, também no uso dessa

assistência, desigualdades entre áreas urbanas e rurais, assim como diferenças na cobertura segundo regiões geográficas. Cabe destacar, igualmente, que estão estabelecidas, pela literatura, evidências da associação entre aspectos sócio-econômicos e resultados perinatais, ainda que não haja uma definição clara de como aquela se processa.

Ainda com relação à assistência pré-natal na totalidade do país, tendo como base o Sistema de Informações de Nascidos Vivos, os dados informam que 45,6% das mães referiram sete ou mais consultas em 2001 (BRASIL, 2004). Essa proporção foi menor na região Norte (26,2%) e maior nas regiões Sudeste (55,0%) e Sul (56,3%); segundo esse informe, mães com maior nível de escolaridade apresentaram maior proporção de consultas de pré-natal.

Por outro lado, a influência do pré-natal sobre os resultados perinatais tem se mantido, mesmo após o controle de alguns fatores sócio-econômicos como escolaridade materna (OSIS, 1993). Está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal relaciona-se com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, é essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no país.

A mortalidade infantil por causas originárias do período perinatal vem aumentando no Brasil. Ao longo das duas últimas décadas, o peso dessa causa de óbito aumentou proporcionalmente, representando mais de 50% das causas em 2000 (BRASIL, 2004). Sabe-se que essas mortes são preveníveis em sua maioria, mas é necessária participação ativa do sistema de saúde. A ação dos serviços de saúde de forma organizada, ampla, integrada e com cobertura abrangente possibilita resultados satisfatórios no sentido de modificar esse quadro.

Essa tendência no aumento proporcional da mortalidade infantil por causas perinatais igualmente tem sido observada no município de Cachoeirinha, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, atingindo, em 2003, os valores 6,21 e 4,25 para os coeficientes de mortalidade neonatal precoce e neonatal tardia, respectivamente. Os resultados do coeficiente de mortalidade infantil vêm apresentando, na série histórica dos últimos três anos, um incremento, cujos fatores causais podem estar intimamente ligados não apenas às condições de saúde, nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres, mas também à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, o parto e a assistência ao nascimento, já que não houve diminuição na oferta de serviços no município. Dados do Núcleo de Informações em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde/RS relacionam os seguintes valores para o coeficiente de mortalidade infantil no período 2000 a 2003: 14,86 em 2000; 16,76 em 2001; 18,07 em 2002 e 19,77 em 2003 (RIO GRANDE DO SUL, 2004).

Com relação às características sócio-demográficas de Cachoeirinha, sua população compreende 111.639 habitantes, distribuídos em uma área de 43,68 km² (RIO GRANDE DO SUL, 2003). Desse contingente populacional, 32.328 são mulheres com idade entre 15 e 49 anos. Atualmente, as principais atividades econômicas estão relacionadas à produção industrial (metal-mecânica, alimentícia) e à prestação de serviços (comércio). Segundo divulgado pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, o Índice Social Municipal Ampliado é de 0,56 (64^a colocação) e, especificamente quanto à saúde, o índice atinge 0,44, com o município ocupando a 231^a posição (FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA, 2004).

O município é responsável pela gestão de quinze (15) unidades básicas de saúde com atendimento no modelo convencional, das quais duas foram implantadas nos últimos

três anos, além de manter um Pronto-Atendimento 24 horas. Nas unidades básicas, desenvolvem-se ações na área materno-infantil, entre as quais o atendimento ao pré-natal é apresentado como prioridade. Cabe destacar que os dezesseis (16) profissionais responsáveis pela atenção pré-natal não estão alocados de forma eqüitativa dentro da rede de serviços, havendo unidades onde o mesmo não é realizado e, conseqüentemente, expressiva concentração em poucos locais. A média mensal de consultas realizadas pelos ginecologistas-obstetras atingiu o valor de 64,22 no último ano, o que representa em torno de três (3) atendimentos/ dia para cada profissional. A atenção pré-natal em Cachoeirinha conta, igualmente, com o Hospital Padre Jeremias (HPJ) - instituição pública de referência na área materno-infantil para a região metropolitana - que mantém um programa próprio, com um padrão de atendimento diferenciado em relação ao restante da rede.

Registre-se, também, que o município promoveu, recentemente, sua adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. O Programa de Saúde da Família foi implantado em março de 2004 e conta com quatro equipes integradas por enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, pessoal auxiliar em enfermagem e odontologia, além de agente comunitário de saúde.

Considerando-se, então, que os municípios são responsáveis pela atenção básica, e que a rede de serviços municipais de saúde em Cachoeirinha vem sendo ampliada progressiva e ininterruptamente nos últimos anos (tanto pelo aumento da capacidade instalada quanto do número de profissionais, contando, ainda, com um hospital público estadual que é referência para a região metropolitana na área materno-infantil), torna-se importante investigar fatores que possam estar relacionados ao aumento das taxas de mortalidade infantil.

Justifica-se esse estudo, do ponto de vista teórico, pela necessidade de aprofundar a compreensão do problema, sendo a avaliação da qualidade do processo de assistência pré-natal realizada pela rede pública um aspecto essencial nessa questão. Para tanto, foi estudado como a assistência pré-natal vem sendo realizada na rede de serviços municipais, especialmente, em termos de qualidade das consultas ofertadas. Enquanto estudo de avaliação, o conhecimento a ser produzido pode instrumentalizar o gestor municipal e equipes responsáveis na formulação de estratégias de enfrentamento e criação de alternativas para esse quadro.

2 REVISÃO TEÓRICA

As mudanças que se processam no mundo e que determinam modificações nas sociedades só podem ser compreendidas através de uma participação crítica. Essa participação significa que, além de refletir e teorizar, é preciso investigar e atuar sobre a realidade. Compreendida sob esse enfoque, a reflexão crítica visa à possibilidade de transformar a realidade.

Hortale (2004), por sua vez, aponta que a construção de instrumentos de avaliação se faz necessária, pois, reunindo técnicas e métodos científicos, constitui estratégia objetiva para examinar o funcionamento de instituições sociais. Ressalta, entretanto, que o diagnóstico que se pode elaborar através de um instrumento de avaliação, por mais completo que seja, será algo provável, possível, mas nunca exato e verdadeiro. Ainda assim, esse olhar científico pode (e deve) servir como base para orientar de forma justa e objetiva a execução de planos, projetos e programas de gestão.

Para Sylver (1992), avaliação constitui uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, sendo um processo organizativo que visa não apenas à melhoria das atividades em andamento, mas, igualmente, a planejar o futuro e a orientar sobre a tomada de decisões. No campo da saúde, avaliação pode e deve ser das mais importantes atividades inerentes à gestão de serviços e programas, permitindo tanto a detecção de qualquer insuficiência ou erro quanto a realização da meta.

Definida como um processo que tenta determinar, o mais sistemática e objetivamente possível, a relevância, efetividade e impacto de atividades realizadas, a partir de seus objetivos, a avaliação é uma ferramenta orientada para ação e a aprendizagem.

Segundo Stenzel (2004), avaliar é emitir juízos de valor sobre as qualidades, (qualidade aqui considerada como categoria do pensamento), atributos ou propriedades de um objeto, uma ação, uma idéia, uma pessoa, entre outros.

Conforme Novaes (2000), avaliação em saúde é, ainda, um campo de conhecimento em construção conceitual e metodológica; pode assumir abordagens bastante diversificadas e um de seus princípios é o caráter dinâmico; em termos de temporalidade, a avaliação pode ocorrer de forma transversal ou longitudinal, dependendo do objetivo que o avaliador deseja diagnosticar ou descrever.

Conforme Donabedian (1988), a análise da estrutura, do processo e do resultado tem sido recomendada como forma de se estimar a qualidade dos serviços. Conceitualmente, o autor apresenta que estrutura são as características relativamente estáveis dos prestadores de serviços, das ferramentas e recursos disponíveis e do contexto físico/ organizacional em que trabalham. As características da estrutura determinam o potencial do sistema; já o processo, diversamente da estrutura, é o eixo que determina como o sistema realmente funciona, sendo um comportamento normativo com duas faces: uma representada pelos prestadores de serviços e outra, pelos destinatários desses mesmos serviços; os resultados, por sua vez, são definidos como a mudança no estado de saúde atual e futuro do usuário atribuível às intervenções, incluindo tanto as mudanças sociais, psicológicas, físicas e fisiológicas, bem como as de atitude, satisfação e comportamento (SYLVER, 1992).

Nessa formulação teórica, o estudo do processo é considerado a melhor maneira de se investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência. Em outras palavras, trata-se de avaliar a adequação das ações executadas ao conhecimento técnico científico vigente (qualidade técnico-científica) (SYLVER, 1992; STENZEL, 2004).

Cabe referir, igualmente, que, no início da década de 80, Donabedian desenvolveu o conceito de qualidade em saúde em torno do que compreendia como os três componentes do cuidado médico individual: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre médico e paciente e amenidades (condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde ocorre a prestação de cuidados (STENZEL, 2004).

Sob essa ótica, a qualidade do cuidado é compreendida como um produto mensurável, como a expectativa de melhora no estado de saúde que pode ser atribuída ao cuidado, noção que envolve dois componentes fundamentais:

- definição e medida do estado de saúde inicial (bem como mudanças nesse estado após a intervenção/ tratamento);

- especificação do tipo de cuidado médico que pode estar associado às mudanças no estado de saúde (tais mudanças são produto desse cuidado) (STENZEL, 2004).

Com base nas proposições de Donabedian e outros autores (STENZEL, 2004) para avaliação, mais recentemente, afirma-se que o conceito de qualidade em saúde pode ser desdobrado em dimensões – os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Eficácia e efetividade relacionam-se ao cumprimento de objetivos propostos, ou seja, aos efeitos de uma intervenção sobre as condições de saúde. As duas dimensões diferenciam-se porque se entende eficácia como o efeito da intervenção medido em condições experimentais ideais, enquanto efetividade é o efeito verificado na situação concreta dos serviços de saúde (SILVA e FORMIGLI, 1994; STENZEL, 2004).

Eficiência e otimização referem-se a custos; eficiência é a relação mais favorável entre os custos (de naturezas diversas) e os efeitos obtidos; otimização é o máximo efeito obtido ao menor custo.

Aceitabilidade diz respeito à conformidade dos serviços com as aspirações e expectativas dos usuários e suas famílias; legitimidade é a aprovação e aceitação de um serviço ou programa por parte da população, enquanto que equidade compreende os esforços para reduzir desigualdades através de intervenções diferenciadas conformes as distintas necessidades dos indivíduos e grupos (STENZEL, 2004).

Tradicionalmente, avaliam-se os serviços de saúde pela qualidade do atendimento prestado por um profissional individual ou dentro das quatro paredes da instituição, através de critérios técnico-profissionais, na maior parte das vezes, a partir da produção numérica, de forma desvinculada das necessidades da população e do conteúdo da assistência prestada. Em outras palavras, essa perspectiva torna periféricos os problemas fundamentais de equidade e distribuição de bens e serviços de saúde.

Segundo Silveira (2001), a aplicação de conceitos e métodos epidemiológicos na avaliação de serviços, programas e tecnologias vem notadamente se desenvolvendo, especialmente, com relação a investigações sobre a qualidade da atenção médica.

Relacionados à qualidade da atenção dedicada ao pré-natal, os principais problemas levantados pela literatura referem-se ao não-cumprimento de normas e rotinas pelos profissionais, ao não-preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades (SILVEIRA, 2001). Normas são o que alguns autores definem como “resumos do verdadeiro e resumos do bem”, e as avaliações com base em normas partem do pressuposto de que existe uma forte relação

entre o respeito às normas e os efeitos reais de um programa de saúde (Rossi e Freeman apud CONTANDRIOPOULOS ET AL., 2000).

A revisão teórica igualmente aponta que, em nosso país, há escassez de estudos que visem à avaliação da qualidade dos serviços. Na sua maioria, limitam-se a descrever indicadores como cobertura, número de consultas pré-natais e tipo de parto (SANTOS, 2000; SILVEIRA, 2001).

A literatura tem privilegiado a análise das características e resultados da assistência em detrimento do estudo de qualidade do conteúdo das consultas (COUTINHO, 2003). Confirmado como preditor do prognóstico de nascimento, o conteúdo das consultas retrata com maior fidelidade o processo de atendimento.

Aumento nos níveis de mortalidade infantil pode, portanto, estar apontando falhas na assistência ou na prevenção; nesse sentido, pode ser interpretado, a partir de Sylver (1992), como um evento sentinela (que utiliza a ocorrência de certas situações como indicadores ou sinais de alarme). Assim, investigar a qualidade do processo de assistência pré-natal contribui para aumentar a consciência acerca do problema, configurando-se um instrumento de avaliação e tomando parte nos processos de aprendizagem e mudanças dos serviços.

2.1 ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

Gestantes que freqüentam serviços de atenção pré-natal apresentam menos doenças e seus filhos apresentam um melhor crescimento intra-uterino, menor mortalidade perinatal e infantil (HALPERN ET AL., 1998). Segundo os autores, parece haver um efeito dose-resposta, ou seja, o número de consultas realizadas durante o pré-natal estaria diretamente relacionado com melhores indicadores de saúde materno-infantil.

Estudos epidemiológicos têm evidenciado que mulheres que fazem pré-natal apresentam taxas de mortalidade materna e perinatal menores (OSIS, 1993; MONTEIRO, 2000). Esse efeito está diretamente relacionado ao número de consultas e à idade gestacional do início do pré-natal. Sabe-se que o cuidado pré-natal adequado e sua interação com os serviços de assistência ao parto são fundamentais para obtenção de bons resultados. No entanto, autores como Halpern et al (1998) e Silveira (2001) apontam que, mesmo com alta cobertura pré-natal em um município, podem ocorrer desigualdades nos cuidados oferecidos às gestantes.

Assim sendo, a assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, que permanece como campo de intensa preocupação na Saúde Pública. No Brasil, a persistência de valores preocupantes em coeficientes de mortalidade materna, infantil e perinatal tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas focadas sobre o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, essas políticas têm se fundamentado, principalmente, no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal.

O Manual Técnico para Assistência Pré-Natal (BRASIL, 2000) estabelece normas de atenção, com a finalidade de oferecer referências para a organização da rede assistencial, capacitação profissional e normatização das práticas de saúde. O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez e já está demonstrado que a adesão se estabelece a partir da qualidade do atendimento prestado pelos serviços e profissionais de saúde; o documento destaca que a adesão está vinculada à qualidade da assistência e é essencial para reduzir os elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no país.

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal.

Segundo as normatizações definidas pelo Ministério da Saúde, para que tais ações sejam desenvolvidas, faz-se necessário:

a) recursos humanos para acompanhar a gestante segundo os princípios técnicos e filosóficos da assistência integral à saúde da mulher no seu contexto familiar e social;

b) área física adequada ao atendimento da gestante e seus familiares na unidade de saúde; condições adequadas de higiene, ventilação e privacidade são essenciais às consultas e exames clínicos/ginecológicos;

c) equipamento e instrumental mínimos;

d) apoio laboratorial, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina :

-dosagem de hemoglobina (Hb);

-grupo sanguíneo e fator Rh;

-teste de Coombs indireto;

-sorologia para sífilis (VDRL);

-glicemia em jejum;

-teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose anidra;

-exame sumário de urina (TIPO I);

-urocultura com antibiograma;

-exame parasitológico de fezes;

-colpocitologia oncótica;

-bacterioscopia do conteúdo vaginal;

-teste anti-HIV;

e) instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis: o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência/contra-referência, deve estar garantido, utilizando-se para tanto:

-cartão da gestante: instrumento de registro;

-ficha perinatal: instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade;

-mapa de registro diário: instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal;

f) medicamentos essenciais;

g) avaliação permanente da assistência pré-natal, com vistas à identificação dos problemas de saúde da população-alvo e do desempenho do serviço; avaliar e subsidiar, quando necessário, a mudança de estratégia com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência; a avaliação deve ser feita com indicadores construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, cartão da gestante, mapas de registro diário das unidades de saúde, informações obtidas no processo de referência/ contra-referência e no sistema de estatística de saúde do estado.

Ainda segundo o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a avaliação deve utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

- distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º);
- porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas;

- porcentagem de óbitos de mulheres, por causas associadas à gestação, parto ou puerpério, em relação ao total de gestantes atendidas;
- porcentagem de crianças com tétano neo-natal, em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- porcentagem de óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- porcentagem de recém-nascidos de baixo peso (< de 2500 g) em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos, em relação ao total de exames realizados;
- porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após encaminhamento.

No entanto, a inobservância às normas e rotinas deste protocolo, e, principalmente, a inadequação dos registros de consulta têm sido apontadas pela literatura, (COUTINHO, 2003), como obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria GM nº 569, de 1/6/2000 do Ministério da Saúde, foi instituído com o objetivo declarado de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Esse programa considera realizado o procedimento **Conclusão da Assistência Pré-Natal** ao serem efetuadas e registradas no seu sistema de informações

(SISPRENATAL) seis consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios (um grupo sanguíneo-fator Rh, dois VDRL, duas coletas de urina, duas coletas de glicemia de jejum, uma coleta de hemoglobina e um hematócrito), a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério. A atenção à gestante está finalizada após o parto e consulta de puerpério.

Conforme Coutinho (2003), o PHPN determina parâmetros de acesso e frequência do atendimento, além da solicitação de exames complementares básicos. No entanto, o programa não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo de assistência à gestação.

Com o propósito de avaliar a qualidade da atenção pré-natal, estudos (HALPERN ET AL., 1998; SILVEIRA, 2001; COUTINHO, 2003) têm utilizado o chamado Índice de Kessner adaptado por Takeda (1993), que combina o número de consultas e o período de início do pré-natal. Gestantes com mais de cinco consultas realizadas e com início do acompanhamento até o quarto mês têm seu pré-natal considerado como adequado; quando iniciado após o sétimo mês de gravidez e com um número de consultas menor do que quatro, o pré-natal é categorizado como inadequado; as demais gestantes têm sua assistência classificada como intermediária. Além dessa avaliação, são incluídos itens considerados procedimentos mínimos para a realização de um pré-natal adequado como: informação sobre a data da última menstruação, peso materno, medida da altura uterina, medida da pressão arterial, exame ginecológico, prescrição de vitaminas e ferro, orientação sobre amamentação, exame dos seios e prescrição de vacina antitetânica. Halpern et al. (1998) afirmam que a avaliação de uma lista de procedimentos considerados

imprescindíveis durante o pré-natal possibilita obter uma melhor visão dos serviços oferecidos.

Tomando como base o referencial teórico exposto, compreende-se que o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. Importa considerar, igualmente, que o entendimento da realidade dos serviços de saúde sob a luz desses conhecimentos é um dos pilares para potencializar e aprimorar as práticas da assistência. Na sequência, descrevem-se os objetivos do estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade do processo de assistência pré-natal realizado pela rede pública do município de Cachoeirinha.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a adequação das consultas de pré-natal, tendo como parâmetros os critérios de Kessner (número de consultas, início do pré-natal e procedimentos mínimos a serem realizados nos atendimentos: verificação de peso, altura uterina, pressão arterial, entre outros).

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal, utilizando indicadores do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e/ou Manual Técnico de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde.

Avaliar a qualidade dos registros de atendimento pré-natal.

Fornecer informações que possam ser utilizadas pelo gestor municipal no planejamento de ações na área materno-infantil.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo é de caráter exploratório descritivo, ou seja, trata-se de uma abordagem e levantamento preliminares ao tema. Sua população foi composta por gestantes moradoras de Cachoeirinha que tiveram sua assistência pré-natal e seu atendimento ao parto realizados, respectivamente, na rede pública municipal e no Hospital Padre Jeremias durante o ano de 2003.

As informações foram coletadas nos registros de assistência desse hospital referentes ao ano de 2003 porque, nesse período, a instituição realizou 60,60% (852 atendimentos) do total de partos (1406) das gestantes moradoras do município, segundo os dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC); adicionalmente, porque sua Divisão de Documentação e Pesquisa mantém, de forma rotineira em seus arquivos, cópia dos registros de pré-natal de todas as gestantes cujo parto é lá realizado.

Essa pesquisa, desde sua formulação teórica inicial como projeto, foi concebida enquanto um estudo de natureza avaliativa sobre um conjunto de serviços. Desse modo, considerando a inexistência de dados anteriores a respeito do tema no município, o caráter exploratório descritivo da pesquisa, além do limite de tempo para sua execução, não se pretende a generalização de seus resultados para toda a população, mas sim, sua utilização prática no processo de gestão. Sua proposta é apresentar a frequência das variáveis estudadas em termos percentuais.

Os dados foram coletados mediante a análise de cartões de gestante, aos quais foi aplicado um instrumento padronizado (**Formulário de Captação de Dados**, em anexo), especialmente elaborado para extração das informações. Somente durante a coleta de dados foi possível identificar quais gestantes realizaram pré-natal na rede pública municipal,

chegando-se a um grupo de 567 mulheres, que constituiu o universo populacional do estudo. Embora o HPJ seja um hospital público, gestantes que realizaram seu acompanhamento pré-natal nessa instituição não estiveram incluídas nesse universo, visto que o local mantém um programa próprio, com um padrão de atendimento diferenciado em relação ao restante da rede, condição que poderia interferir no estudo ao introduzir um viés nos resultados.

Com as informações geradas pelo SINASC, estimou-se a prevalência do evento “adequação de pré-natal no município de Cachoeirinha em 2003” em 67% (RIO GRANDE DO SUL, 2004); tomando por base Torres (2004), utilizou-se o conceito de amostra de conveniência, segundo o qual nesse tipo de amostragem não existe a preocupação com desenho de um plano particular. O objetivo não seria generalizar conclusões, pelo potencial viés de seleção, mas descrever as características principais dos grupos em estudo. Por exemplo, os elementos da amostra, dependendo da natureza da pesquisa, poderiam ser pessoas voluntárias em participar de uma determinada experiência, pacientes de um médico ou que freqüentam determinada instituição, alunos em uma sala de aula, respondentes a um questionário de revista, televisão ou qualquer outro meio de comunicação, entre outros. Assim, com um contingente de 567 gestantes, nível de confiança de 90,00% e margem de erro de 10,00% nos resultados do estudo, após o cálculo, o tamanho de amostra de conveniência foi estabelecido em setenta e quatro (74) unidades.

Em função do tempo utilizado para preenchimento do **“Formulário de Captação de Dados”** e do período disponível para essa etapa, analisaram-se setenta e cinco (75) cartões de gestante. Houve cuidado em minimizar a ocorrência de viés de seleção da amostra, garantindo-se sua aleatoriedade através de um procedimento sistemático na escolha das carteiras. A documentação foi ordenada, cronologicamente, por data de

realização do parto e, quando houve mais de um parto no mesmo dia, as carteiras foram classificadas por ordem alfabética do nome da gestante. Retirou-se, então, uma a cada cinco carteiras até perfazer o montante de setenta e cinco (75) unidades amostrais. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2005.

A avaliação da adequação das consultas de pré-natal foi estabelecida a partir dos critérios de Kessner, aplicados em relação a dois aspectos:

- o percentual de acompanhamento pré-natal considerado adequado, intermediário ou inadequado, conforme a combinação das variáveis **início do pré-natal e número total de consultas**;

- o percentual de acompanhamentos em que foram realizados todos os procedimentos clínico-obstétricos essenciais: aferição de altura uterina (AU), pressão arterial (PA), batimentos cardíaco-fetais (BCF), peso e edema maternos, cálculo da idade gestacional (IG) e verificação da apresentação fetal.

A qualidade do processo de assistência foi avaliada utilizando, também, indicadores do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN):

- o percentual de acompanhamentos com o conjunto de exames complementares básicos efetuados segundo a frequência preconizada pelo programa;

- o percentual de adequação de cada um dos exames em relação à norma do programa, tendo sido considerado adequado todo o exame efetuado, no mínimo, com o quantitativo estabelecido pelo PHPN.

A legibilidade das informações escritas e o preenchimento ou não dos itens constantes das carteiras foram os parâmetros para análise da qualidade dos registros de assistência pré-natal nesse estudo. Assumiu-se que campos de registro em branco indicavam ausência de coleta de dados ou não-realização de procedimento e que, nos casos

de preenchimento com um traço, a informação havia sido coletada, mas a condição não se aplicava ao caso (por exemplo, na variável “**partos anteriores**” preenchida com um traço, a pergunta havia sido feita e se tratava de gestante primípara).

O material coletado foi tabulado com base em um dicionário de códigos (em anexo) criado para esse estudo, digitado e processado, utilizando-se planilhas eletrônicas em Excel. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Universitária de Cardiologia, responsável pela administração do Hospital Padre Jeremias.

5 RESULTADOS E ANÁLISES

Os dados desse estudo estão apresentados em tabelas, com a frequência absoluta e percentual das ocorrências em cada variável, sendo esses resultados analisados e discutidos em blocos relativos aos objetivos do trabalho:

- Caracterização da amostra estudada (população usuária do programa de atenção pré-natal ofertado pelo SUS em Cachoeirinha);
- Avaliação da adequação do processo de assistência pré-natal conforme os critérios de Kessner modificados;
- Avaliação da qualidade da assistência pré-natal conforme os indicadores do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (exames básicos + HIV + vacinação antitetânica) e a execução de procedimentos clínico-obstétricos durante as consultas (os quais retratam a qualidade do processo de atendimento ao aferir medidas de AU, IG, peso e edema maternos, BCF e apresentação fetal);
- Avaliação da qualidade dos registros do atendimento pré-natal quanto à legibilidade dos mesmos e ao preenchimento ou não dos itens que integram a carteira de gestante.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA

A distribuição por faixa etária (Tabela 1) mostra um predomínio de gestantes entre 20 e 29 anos, perfazendo 50,6% do grupo. Os dados apontam, também, um percentual importante de adolescentes gestantes, 22,6% da amostra, resultado compatível com outros

estudos já referidos pela literatura (DIAS DA COSTA, 2000; COUTINHO, 2003; BRASIL, 2004).

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. CACHOEIRINHA. RS.
2003.

Faixa Etária	Gestantes	
	Frequência	%
Entre 14 e 19 anos	17	22,6
Entre 20 e 24 anos	17	22,6
Entre 25 e 29 anos	21	28,0
Entre 30 e 34 anos	5	6,6
Entre 35 e 39 anos	10	13,3
Acima de 39 anos	5	6,6
Total	75	100

Com relação à escolaridade, 58,6% do grupo possuem entre 5 e 8 anos de estudo, não havendo caso de analfabetismo. Somente uma gestante, (1,3%), referiu apenas um ano de escolaridade, enquanto um quarto das pacientes, (25,3%), possui acima de 8 anos de estudo. Não houve registro de nenhuma gestante com escolaridade de nível superior.

A distribuição das gestantes segundo sua ocupação mostra que 77,3% do grupo analisado declararam ocupar-se com os afazeres domésticos. O achado aponta que, embora a participação feminina no mercado de trabalho registrada pela literatura (BRASIL, 2004) seja crescente, a expressiva maioria deste grupo não o integra ou permanece na informalidade. Apesar de mais de 20% da amostra estarem na faixa etária entre 14 e 19 anos, apenas uma paciente referiu a condição de estudante, o que pode sugerir interferência da gestação no processo educacional e na posterior qualificação/ inserção no mundo do trabalho. Relacionando gestação na adolescência, ocupação e condições de vida, Pinto (2005), ao apresentar o perfil social de gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis, coloca que não apenas o trabalho se constitui determinante na

melhoria das condições de vida desse grupo; o estudo também define suas perspectivas futuras, e, por isso, a importância do fator escolaridade em suas vidas.

Foi possível observar, na U. S. PAM (com mais de 70% do total de registros avaliados), uma expressiva concentração de gestantes que realizaram sua assistência pré-natal nessa unidade básica de saúde. O fato pode ser atribuído à forma de organização da rede de serviços municipais; localizada em área central e de maior acessibilidade a todos os moradores da cidade, anteriormente ao processo de municipalização, a U. S. PAM integrava o conjunto de serviços federais e constituiu-se como referência para atenção básica na cidade, característica que mantém até o momento; desse modo, apesar das ações de descentralização, ainda hoje, a unidade, por possuir a maior área física instalada, concentra maior número de profissionais (cinco dentre um total de dezesseis) e, conseqüentemente, maior volume de atendimento quando comparada às demais. Acrescente-se, também, que embora a rede municipal seja composta por dezesseis unidades de saúde, os profissionais responsáveis pelo atendimento pré-natal não estão alocados de forma equitativa, havendo locais onde o mesmo não é realizado.

Com relação à assistência pré-natal e tipo de parto, os resultados referem que o mesmo foi espontâneo em 81,3% das gestantes pesquisadas, houve cesarianas em 17,3% dos casos e somente um parto a fórceps (1,3%). Apesar do pequeno tamanho da amostra, o achado sugere que a prática institucional do Hospital Padre Jeremias busca conformidade à recomendação da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2004) de que os partos cesáreos não ultrapassem 15% do total de nascimentos.

5.2 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO CRITÉRIOS DE KESSNER MODIFICADOS

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos para a combinação das variáveis “início da assistência pré-natal” e “adequação do número de consultas”. Utilizando-se os critérios do Índice de Kessner modificado por Takeda (TAKEDA, 1993), o parâmetro início da assistência, quando observado isoladamente, aponta que 45,3% das gestantes se enquadram na categoria “adequado”, ou seja, início até a décima-quarta semana. Idêntico percentual é verificado para o início na condição “intermediário” (entre a 14ª e 27ª semana). Não houve registros para categorizar o início da assistência de uma das gestantes da amostra e 8,0% do grupo classificam-se como “inadequado” (a partir da 27ª semana).

Para o critério número de consultas, os dados coletados referem que 56% das usuárias realizaram seis ou mais atendimentos durante seu pré-natal, quantitativo considerado adequado; 25,3% da amostra têm registrado entre 4 e 5 consultas, condição intermediária para esse quesito e 18,6% não obtiveram mais do que três atendimentos durante o período, situação categorizada como inadequada.

Combinando-se a idade gestacional de início da assistência com o número de consultas, verifica-se que somente 36% dos pré-natais foram adequados, achado semelhante ao de outros estudos (TAKEDA, 1993; DIAS DA COSTA, 2000; SILVEIRA, 2001; COUTINHO, 2003).

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO INÍCIO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E ADEQUAÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS. CACHOEIRINHA.RS. 2003.

Início Pré-natal	Número de consultas						Total	
	Adequado		Intermediário		Inadequado		Freq.	(%)
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)		
Adequado	27	(36,0)	6	(8,0)	1	(1,3)	34	(45,3)
Intermediário	15	(20,0)	10	(13,3)	9	(12,0)	34	(45,3)
Inadequado	-		2	(2,7)	4	(5,0)	6	(8,0)
Sem registro	-		1	(1,3)	-		1	(1,3)
Total (%)	42	(56,0)	19	(25,3)	14	(18,6)	75	(100,0)

5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO INDICADORES DO PHPN E EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS DURANTE A CONSULTA

Considerando-se o quantitativo preconizado pelo PHPN/2000 para o conjunto de exames complementares classificados como básicos, os dados apresentados pela Tabela 3 mostram que o mesmo foi realizado de modo adequado em pouco mais de um quarto do grupo (26,7%). Esse achado sugere que, mesmo entre o percentual de gestantes com pré-natal adequado pelos critérios “início” e “número de consultas” referido na Tabela 7, (36% da amostra), há uma parcela que não realiza os exames complementares básicos nos quantitativos recomendados pelo programa.

TABELA 3
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO CONJUNTO DE EXAMES COMPLEMENTARES BÁSICOS. CACHOEIRINHA. RS. 2003.

Exames compl. bás.	Gestantes	
	Frequência	(%)
Adequado	20	26,7
Inadequado	53	70,7
Sem registro	2	2,6
Total	75	100,0

Relacionando-se o número de consultas e o conjunto de exames complementares básicos, (Tabela 4), observa-se que o percentual de adequação para os dois aspectos é ainda

menor, (22,7%). Já 33,3% do grupo, embora com número adequado de consultas, não realizaram seus exames segundo o quantitativo previsto na normatização estabelecida pelo PHPN. Os dados coletados não permitem estabelecer quais os fatores responsáveis por essa situação, mas é possível que dificuldades na obtenção de exames laboratoriais, (como por exemplo, limitação numérica pelo sistema de quotas ou acessibilidade aos serviços, entre outros), realização do exame sem retorno ao serviço de saúde, não-realização do exame motivada pela própria gestante, falta de registro adequado ou, até mesmo, falta de solicitação dos exames, estejam contribuindo para esse resultado.

A documentação de duas gestantes (2,7%) sem registro de exames complementares aponta que as mesmas também tiveram número inadequado de consultas.

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO NÚMERO DE CONSULTAS E CONJUNTO DE EXAMES COMPLEMENTARES BÁSICOS. CACHOEIRINHA. RS. 2003.

Nº de consultas	Exames compl. bás.						Total	
	Adequado		Inadequado		Sem registro		Freq.	(%)
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Adequado	17	(22,7)	25	(33,3)	-		42	(56,0)
Intermediário	3	(4,0)	16	(21,4)	-		19	(25,4)
Inadequado	-		12	(16,0)	2	(2,7)	14	(18,7)
Total	20	(26,7)	53	(70,7)	2	(2,7)	75	(100,0)

Distribuindo-se os dados de avaliação laboratorial por tipo de exame complementar básico, (Tabela 5), verifica-se que 8% das carteiras gestacionais não apresentaram registro de tipagem ABO-Rh; idêntico percentual foi encontrado para a mesma condição de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), VDRL e exame de urina tipo 1; não houve registro de glicemia em 9,3% da amostra; é importante observar que os exames que requerem duas coletas (glicemia, VDRL e urina tipo 1), feitas em períodos distintos da assistência pré-natal, apresentaram altos percentuais de gestantes com quantitativo inferior ao

recomendado pelo PHPN. No caso da glicemia, 42,7 % das gestantes realizaram o exame num quantitativo inferior ao preconizado enquanto que 30,7 % dos Hb/Ht estiveram acima do recomendado. Conforme o referencial estabelecido pelo PHPN, os exames complementares básicos foram realizados de forma adequada nas seguintes proporções: ABO-Rh (89,3%); Hb/Ht (61,3%); glicemia (42,7%); VDRL (29,3%); urina tipo 1 (41,3%).

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO A REALIZAÇÃO DE EXAMES
COMPLEMENTARES BÁSICOS. CACHOEIRINHA. RS. 2003.

Quantitativos de exames do PHPN	Gestantes									
	ABO/Rh		Hb/Ht		Glicemia		VDRL		Urina tipo I	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Igual	67	(89,3)	46	(61,3)	32	(42,7)	22	(29,3)	31	(41,3)
Superior	2	(2,7)	23	(30,7)	4	(5,3)	1	(1,3)	3	(4,0)
Inferior	-	-	-	-	32	(42,7)	46	(61,3)	35	(46,7)
S/ Registro	6	(8,0)	6	(8,0)	7	(9,3)	6	(8,0)	6	(8,0)
Total	75	(100,0)	75	(100,0)	75	(100,0)	75	(100,0)	75	(100,0)

Analisando-se número de consultas e procedimentos clínico-obstétricos essenciais, Tabela 6 os resultados apresentam que 36,0% do grupo tiveram sua assistência pré-natal realizada de modo adequado para as duas variáveis; esse dado é compatível com o cruzamento dos aspectos início da assistência e número de consultas. No entanto, em um quinto da amostra, mesmo com número adequado de consultas, o conjunto de procedimentos clínico-obstétricos essenciais não foi efetuado conforme o previsto. Se observados apenas os procedimentos clínico-obstétricos, o percentual de adequação sobe para 70,6% de gestantes, condição exatamente oposta ao achado para os exames complementares básicos (Tabela 4). Uma explicação possível para essa ocorrência está no fato de que os procedimentos clínico-obstétricos são realizados durante as consultas e dependem apenas da ação e registro profissionais diretos.

TABELA 6
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO NÚMERO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS ESSENCIAIS. CACHOEIRINHA. RS. 2003.

Nº de cons.	Proced. Clín. Obst. Essenciais				Total (%)	
	Adequado		Inadequado			
Adequado	27	(36,0)	15	(20,0)	42	(56,0)
Intermediário	14	(18,7)	5	(6,7)	19	(25,3)
Inadequado	12	(16,0)	2	(2,6)	14	(18,6)
Total	53	(70,7)	22	(29,3)	75	(100,0)

Avaliando a realização de cada um dos procedimentos clínico-obstétricos essenciais, (Tabela 7), observa-se que o cálculo da idade gestacional (IG) foi estabelecido em todas as vezes esperadas para 84% dos casos e a altura uterina (AU) em 81,3%; a pressão arterial (PA) foi aferida em 96%, o peso e o edema foram verificados em 98,7%.

Com relação aos procedimentos dependentes da idade gestacional, está estabelecido que batimentos cardíofetais (BCF) e apresentação fetal podem ser detectados clinicamente e devem ser anotados a partir de 20 e 28 semanas de gestação, respectivamente (COUTINHO, 2003). No grupo em estudo, esses procedimentos foram verificados em 93,3% (BCF), enquanto que a apresentação fetal foi registrada em 98,7% das gestantes.

TABELA 7
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO ADEQUAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS ESSENCIAIS. CACHOEIRINHA. RS. 2003.

Aferições	Gestantes			
	Frequência (%)			Total
	Adeq	Inadeq.	S/ registro	
IG	63 (84,0)	11 (14,7)	1 (1,3)	75 (100,0)
AU	61 (81,3)	14 (18,7)	-	75 (100,0)
PA	72 (96,0)	3 (4,0)	-	75 (100,0)
Peso/Edema	74 (98,7)	1 (1,3)	-	75 (100,0)
BCF	70 (93,3)	5 (6,7)	-	75 (100,0)
Apres.Fetal	74 (98,7)	1 (1,3)	-	75 (100,0)

Reportando-se às informações constantes das carteiras gestacionais para as variáveis “antecedentes mórbidos” e “data da última menstruação (DUM)”, observa-se que, para

parcela bastante expressiva do grupo, (73,3%), esse registro foi efetua do para os dois itens (Tabela 8). Se, no entanto, os itens forem isoladamente analisados, é possível constatar que “data da última menstruação” foi registrada em 92% dos casos, contraposta aos 80% de apontamentos para antecedentes mórbidos.

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO REGISTRO DE ANTECEDENTES MÓRBIDOS E DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO (DUM). CACHOEIRINHA. RS. 2003.

Antec.mórb.	Registro DUM		Total (%)
	Sim (%)	Não (%)	
Sim	55 (73,3)	5 (6,7)	60 (80,0)
Não	14 (18,7)	1 (1,3)	15 (20,0)
Total	69 (92,0)	6 (8,0)	75 (100,0)

A cobertura vacinal antitetânica, (Tabela 9), agrupando as categorias “imunizada com registro de 3 doses” e “imunizada sem registro de número de doses”, atingiu 56% da amostra, caracterizando cobertura inferior à relatada por Dias-da-Costa (2001), mas semelhante às referidas em outros estudos (SILVEIRA, 2001; COUTINHO, 2003). Observa-se, ainda, que, aproximadamente, 30% das carteiras gestacionais não possuem registro de vacinação antitetânica e que 14,7 % informam imunização incompleta, o que pode indicar a necessidade de estímulo à prevenção do tétano neonatal.

TABELA 9
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO IMUNIZAÇÃO ANTITETÂNICA. CACHOEIRINHA. RS. 2003.

Imunização antitetânica	Gestantes	
	Frequência	(%)
Imunizada c/ 3 Doses	15	20,0
Imunizada s/ nº Doses	27	36,0
Imunização incompleta	11	14,7
Sem registro	22	29,3
Total	75	100,0

Segundo os critérios estabelecidos pelo PHPN (BRASIL, 2000), nos municípios com mais de 50.000 habitantes, a testagem anti H-IV é considerada essencial para o

adequado acompanhamento pré-natal. A Tabela 10 mostra que 66,7% do grupo estudado realizaram o teste, enquanto que 22,7%, apesar do registro de solicitação constar na carteira gestacional, não o fizeram. Considerando a manutenção das principais tendências da epidemia de AIDS como heterossexualização, feminização e pauperização do paciente, além de sua crescente incidência em relação às adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 13 a 19 anos (BRASIL, 2004), parece importante implementarem-se ações educativas sobre o tema. Não houve qualquer tipo de registro para a testagem anti H-IV em 10,7% das gestantes. Computando-se os valores para as condições “não realizado” e “sem registro”, destaca-se o fato de 1/3 do grupo (33,3%) não haver realizado o teste.

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO REALIZAÇÃO DE TESTE ANTI H-IV.
CACHOEIRINHA. RS. 2003.

Anti H-IV	Gestantes	
	Frequência	(%)
Realizado	50	66,7
Não realizado	17	22,7
Sem registro	8	10,7
Total	75	100,0

A Tabela 11 descreve a realização de ecografia (exame complementar não obrigatório segundo os parâmetros do PHPN) durante a assistência pré-natal. Os achados são superiores aos apresentados pela literatura (DIAS-DA COSTA, 2000; SANTOS, 2000), mas semelhantes aos encontrados por Coutinho (2003) no seu estudo com usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. Dentre as gestantes da amostra, 88% realizaram ao menos uma ecografia durante sua assistência pré-natal; 41,3% das carteiras apontam, inclusive, registro de mais uma ultrassonografia, (quantitativo desnecessário, se considerada sua realização para cálculo da idade gestacional).

Embora seja um componente importante da assistência pré-natal moderna e uma de suas principais indicações esteja na determinação e/ou correção da idade gestacional, autores como Santos (2000) e Coutinho (2003) colocam que condições semelhantes a esse achado indicam uma priorização da ecografia obstétrica em detrimento de exames laboratoriais essenciais, com o conseqüente consumo de recursos que poderiam estar sendo direcionados à aquisição de produtos básicos.

TABELA 11
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA SEGUNDO REALIZAÇÃO DE ECOGRAFIAS.
CACHOEIRINHA. RS. 2003.

Nº de ecografias	Gestantes	
	Frequência	(%)
Nenhuma	9	12,0
1	35	46,7
Mais de 1	31	41,3
Total	75	100,0

5.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Apesar de estar prevista e normatizada a adoção de carteiras gestacionais padronizadas para registro das informações das consultas, foram encontrados três modelos distintos de cartões ao longo desse estudo, o que dificultou, em vários momentos, a coleta de dados. Como resultado, os dados inicialmente não encontrados foram obtidos com buscas complementares em outras fontes de documentação como os registros administrativos de ingresso no HPJ e o Sistema de Informações Perinatais (SIP) da Organização Panamericana de Saúde, do qual o HPJ é parte integrante.

A análise qualitativa das carteiras gestacionais evidencia que, para a maioria das variáveis estudadas, o percentual de presença de registro foi superior ao encontrado por

outros autores (SILVEIRA, 2001; COUTINHO, 2003), o que sugere um bom nível de compreensão de parte das equipes técnicas acerca da importância desse procedimento.

Outro ponto analisado na qualidade dos registros refere-se à legibilidade dos mesmos, os quais foram avaliados como legíveis em sua totalidade, pois não houve caso de documentação manuscrita que não pudesse ser lida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Avaliar a qualidade do processo de assistência pré-natal na rede pública do município de Cachoeirinha no ano de 2003 foi a proposição da presente monografia. Desse modo, considerando os objetivos da pesquisa, foi possível observar que:

- a partir dos critérios de Kessner, combinando-se as variáveis **início de pré-natal** e **número total de consultas**, a assistência atingiu níveis adequados em 36% do grupo estudado;

- 70,7% da documentação avaliada indicaram realização adequada dos procedimentos clínico-obstétricos essenciais durante a consulta de pré-natal;

- 70,7% dos acompanhamentos não tiveram o conjunto de exames complementares básicos efetuados de forma adequada aos parâmetros estabelecidos pelo PHPN;

- para os itens analisados, houve registro das informações/procedimentos realizados em, no mínimo, 80% da amostra, exceto quanto à vacinação antitetânica, que apresentou um percentual de 29,3% de ausência de preenchimento;

- os registros manuscritos foram legíveis na totalidade da documentação analisada.

- a maior falha na assistência pré-natal está na não-realização de exames básicos nos quantitativos recomendados pelo PHPN; sugere-se aprofundar essa questão para saber os motivos dessa ocorrência: se os profissionais não estão solicitando os exames, se as gestantes não os fazem (especialmente, aqueles que necessitam duas coletas em períodos distintos) ou se as quotas não estão sendo disponibilizadas.

Nesse sentido, os resultados apontam que devem ser feitos esforços para atingir níveis maiores de adequação da assistência pré-natal no que diz respeito ao início da atenção, número de consultas efetuadas e realização de exames complementares básicos. Deve se estabelecer uma discussão abrangente que envolva gestores, profissionais e comunidade para que se implantem as ações corretivas necessárias e de avaliação periódica do pré-natal em Cachoeirinha.

Os dados obtidos nesse estudo podem subsidiar o planejamento de intervenções e tomada de decisões ligadas à melhoria da qualidade da atenção pré-natal na rede de serviços municipais, o que, por sua vez, poderá contribuir, também, para a redução da mortalidade neonatal.

Como a finalidade de uma pesquisa avaliativa é a qualificação de seu objeto de estudo, os resultados aqui apresentados serão encaminhados ao gestor municipal e ao Hospital Padre Jeremias. Havendo interesse em prosseguir na coleta de dados, ampliação da amostra e cruzamento de variáveis, pode-se buscar parceria entre ambas as instituições de forma a estabelecer a continuidade necessária ao processo de avaliação, fortalecendo-o como estratégia imprescindível à gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília, DF, 2000. 65p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2000. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde. Brasília, DF, 2004. 364p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 569/ GM de 01 de junho de 2000**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude/area_cfm?id_area=169>. Acesso em: 6 nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva – Datasus. **Sistema de Informação de Nascidos Vivos**, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 29 out. 2004.

COIMBRA, L. C.; SILVA, A. M.; MOCHEL, E. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p.456-62, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R.. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 29-47.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T.; DAIN, S.; COUTINHO, L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov-dez. 2003.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; MADEIRA, A.; LUZ, R. ; BRITTO, M. A. P. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.4, p. 329-36, 2000.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA** , v. 260, n. 12, p. 1743-1748, sept 23-30. 1988.

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. **Hospital Padre Jeremias**. Disponível em: <http://www.cardnet.tche.br/cardiologia/Templates/fuc_hcac.htm>. Acesso em 29 out. 2004.

HALPERN, R.; BARROS, F. C.; VICTORA, C.; TOMASI, E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 487-492, jul-set. 1998.

HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. F.; KOIFMAN, L. Avaliação da qualidade de formação: contribuição à discussão na área da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 997-1003, out-dez. 2004.

MONTEIRO, C. A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CONDE, W. L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 19-25, 2000, Suplemento 6

NOVAES, H. M. D.; Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-557, 2000.

OSIS, M. J. D.; HARDY, E.; FAUNDES, A.; ALVES, G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 49-53, 1993.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório oficial com indicadores de saúde base SIM-SINASC**, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>> Acesso em 15 out.2004.

RIO GRANDE DO SUL (Cachoeirinha). Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto municipal de expansão e consolidação do saúde da família**. Cachoeirinha, 2003. 175 p.

RIO GRANDE DO SUL (Cachoeirinha). Secretaria Municipal da Saúde. **Sistema de informações de nascidos vivos**. Versão 7.3 A. Cachoeirinha, 2003.

SANTOS, I. S.; BARONI, R. C. ; MINOTTO, I.; KLUMB, A. G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 603-9, 2000.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; DIAS-DA-COSTA, J. S. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001.

STENZEL, A. C. B.; MISOCZKY, M. C.; OLIVEIRA, A. I. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Orgs.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 87-102.

SYLVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F. J.; MACHADO, M. H. (Orgs.). **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.195-206.

TAKEDA,S. **Avaliação de unidade de atenção primária:** modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. 1993. 83 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)- Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1993.

TORRES, T. Z. G.; Amostragem. In: MEDRONHO, R. A. (Org.). **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2004. p. 283-294.

ANEXOS

ANEXO A

FORMULÁRIO PARA CAPTAÇÃO DE DADOS

Formulário nº: _____ Serviço de realização do Pré-Natal: _____
 Idade da gestante: _____ Escolaridade: _____ Ocupação: _____
 Antecedentes mórbidos: _____ DUM: S () N ()
 Data do parto: _____ Tipo de parto: _____
 Partos anteriores (nativos, natimortos, neomortos): _____

Classificação da assistência	Adequada	Intermediária	Inadequada
1. Início pré-natal	< 14ª semana ()	14ª a 27ª semana ()	> 27ª semana ()
2. Nº de consultas	= ou > 6 consultas ()	4 ou 5 consultas ()	< 4 consultas ()

Exames complementares básicos	Tipagem ABO-Rh	(HB/Ht)	Glicemia em jejum	VDRL	Urina tipo 1
1ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
2ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
3ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
4ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
5ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
6ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
Consultas adicionais	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()

Procedimentos clínico-obstétricos essenciais	IG	AU	PA	Peso e edema maternos	BCF	Apresent. Fetal
1ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
2ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
3ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
4ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
5ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
6ª consulta	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()
Consultas adicionais	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()	S () N ()

Imunização antitetânica (nº de doses): _____

Anti-HIV: S () N ()

Observações: _____

ANEXO B**DICIONÁRIO DE CÓDIGOS**

Variável nº 1 – **Serviço de realização do pré -natal:**

- 0 – sem registro
- 1 – U. S. Jardim Bethânea
- 2 – U. S. PAM
- 3 – U. S. Osvaldo Cruz
- 4 – U. S. Granja Esperança
- 5 – U. S. Décio Martins Costa

Variável nº 2 – **Idade**

Variável nº 3 – **Escolaridade**

Variável nº 4 – **Ocupação**

Variável nº 5 – **Antecedentes mórbidos :**

- 0 – sem registro
- 1 – registro presente

Variável nº 6 – **Data da última menstruação :**

- 0 – sem registro
- 1 – registro presente
- 2 – houve a pergunta, mas o profissional não conseguiu estabelecer a data

Variável nº 7 – **Data do parto**

Variável nº 8 – **Tipo de parto:**

- 0 – sem registro
- 1 – espontâneo
- 2 – cesáreo
- 3 – com fórceps

Variável nº 9 – **Partos anteriores:** nativos, natimortos, neomortos

Variável nº 10 – **Início pré-natal:**

- 0 – sem registro
- 1 – adequado
- 2 – intermediário

3 – inadequado

Variável nº 11 – **Número de consultas :**

0 – sem registro

1 – adequado

2 – intermediário

3 – inadequado

Variável nº 12 – **Conjunto de exames complementares básicos :**

0 – sem registro

1 – adequado

2 – inadequado

Variável nº 13 – **Tipagem ABO – Rh:**

0 – sem registro

1 – quantitativo estabelecido pelo PHPN

2 – quantitativo superior ao estabelecido pelo PHPN

Variável nº 14 – **Hb/Ht:**

0 – sem registro

1 – quantitativo estabelecido pelo PHPN

2 – quantitativo superior ao estabelecido pelo PNP

Variável nº 15 – **Glicemia em jejum:**

0 – sem registro

1 – quantitativo estabelecido pelo PHPN

2 – quantitativo superior ao estabelecido pelo PNP

3 – quantitativo inferior ao estabelecido pelo PHPN

Variável nº 16 – **VDRL:** idem à variável nº 15

Variável nº 17 – **Urina tipo 1:** idem à variável nº 15

Variável nº 18 – **Conjunto de procedimentos clínico-obstétricos essenciais:**

0 – sem registro

1 – adequado

2 – inadequado

Variável nº 19 – **IG:**

0 – sem registro

- 1 – aferição em todas as consultas
- 2 – ausência de aferição em 1 ou mais consultas

Variável nº 20 – **AU**: idem à variável nº 19

Variável nº 21 – **PA**: idem à variável nº 19

Variável nº 22 – **Peso e edema maternos**: idem à variável nº 19

Variável nº 23 – **BCF**:

- 0 – sem registro
- 1 – aferição em todas as consultas realizadas a partir da 20ª semana
- 2 – ausência de aferição em 1 ou mais consultas realizadas a partir da 20ª

semana

Variável nº 24 – **Apresentação fetal**:

- 0 – sem registro
- 1 – verificação em todas as consultas realizadas a partir da 28ª semana
- 2 – ausência de verificação em 1 ou mais consultas realizadas a partir da 28ª

semana

Variável nº 25 – **Imunização antitetânica**:

- 0 – sem registro
- 1 – imunizada com 3 doses
- 2 – registro de “imunizada” sem nº de doses correspondentes
- 3 – imunização incompleta

Variável nº 26 – **Realização de teste anti H-IV**:

- 0 – sem registro
- 1 – realizado
- 2 – não realizado, mas houve solicitação do exame

Variável nº 28 – **Realização de ecografia**:

- 0 – sem registro
- 1 – 1 ecografia
- 2 – 2 ecografias
- 3 – 3 ou mais ecografias

Código de ocupações:

- 0 – sem registro

- 1 – Cabelereira
- 2 – Afazeres domésticos
- 3 – Empregada doméstica
- 4 – Industriaria
- 5 – Auxiliar de serviços gerais
- 6 – Comerciaría
- 7 – Comerciante
- 8 – Costureira
- 9 – Estudante
- 10 - Professora