

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA NAS
UNIDADES DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS**

ELENIR TEREZINHA RIZZETTI ANVERSA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. TATIANE DA SILVA DAL PIZZOL

Porto Alegre, Novembro de 2010

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA NAS
UNIDADES DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS**

ELENIR TEREZINHA RIZZETTI ANVERSA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. TATIANE DA SILVA DAL PIZZOL

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil
2010

CIP - Catalogação na Publicação

Anversa, Elenir Terezinha Rizzetti
Avaliação da assistência pré-natal realizadas nas
unidades de saúde de Santa Maria/RS / Elenir
Terezinha Rizzetti Anversa. -- 2011.
104 f.

Orientadora: Tatiane da Silva Dal Pizzol.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2011.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cuidado Pré-natal.
3. Saúde da Família. 4. Qualidade da Assistência à
Saúde. I. Dal Pizzol, Tatiane da Silva, orient. II.
Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre (UFSCPA)

Prof^ª. Dr^ª. Elsa Regina Justo Giugliani, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof^ª. Dr^ª. Iná da Silva dos Santos, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

Prof^ª. Dr^ª. Tatiane da Silva Dal Pizzol (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Novembro de 2010

*Tenha consciência de que o ser humano foi feito para fazer história.
Que toda criatura é um milagre e traz em si uma revolução.
Que é infinitamente mais do que sexo, cor ou costumes.
Fomos criados para construir pirâmides, cultivar jardins, escrever poemas,
descobrir continentes e mundos, e caminhar sempre com um saco de
interrogações na mão e uma caixa de possibilidades na outra!*
Autor desconhecido

Aos grandes amores de minha vida,
Antero, Fernanda e minha mãe,
pela força quando tudo era apenas um sonho e
pela superação dos momentos ausentes.
Vocês foram e são minha sustentação diária.

Pai!
Pode crer, eu tô bem, eu vou indo, tô tentando,
vivendo e pedindo com loucura prá você renascer...
Você foi mais que um amigo!
Pai, você foi meu herói, meu bandido,
hoje é mais, muito mais que um amigo,
nem você nem ninguém tá sozinho,
você faz parte deste caminho.
(in memoriam)

AGRADECIMENTOS

A Deus,
pelas constantes iluminações e coragem para seguir adiante.
À minha orientadora, *Tatiane da Silva Dal Pizzol,*
pela constante presença, sempre solícita, pelos ensinamentos, ajuda, compreensão,
calma e incentivo, nesta caminhada.
Você conseguiu transformar os espinhos em rosas.
Meu eterno reconhecimento.

À *Gisele Alsina Nader,*
pela presença e sabedoria em conduzir este trabalho de forma objetiva,
transformando pequenos atos em grandes realizações.

À *Luciana Neves Nunes,*
pela dedicação, prontidão, ensinamentos, competência e
profissionalismo em fazer acontecer.
Você foi essencial nesta etapa.

À *coordenação e aos professores* do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
por proporcionar a possibilidade do conhecimento
desencadeando APS em diversos cenários,
mesmo quando há tantas forças opostas para a concretização e fortalecimento da APS.

Aos colegas do mestrado,
por darem um toque especial em todos os momentos,
seja por suas experiências, amizade, cumplicidade e
desejo de sermos molas propulsoras nas conquistas da APS.
Realmente, formamos uma família, nestes dois anos.

Às supervisoras *Dianele Vidal dos Santos e Lizandra Flores Pimenta*
por, em muitos momentos, protelaram seus compromissos
em função do comprometimento da supervisão.
Foram pessoas sempre presentes, em todos os momentos.

Aos gestores da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria,
pelo apoio.

À *Fernanda Beheregaray Cabral,*
pela parceria e torcida na concretização deste objetivo em todos os momentos.

Às Enf^{as}. *Maria Celeste Landerdahl, Leticia Becker Vieira, Lizandra Flores Pimenta*
e aos demais componentes do Núcleo de Estudos sobre Mulheres,
Gênero e Políticas Públicas (NEMGEP)
que, de uma maneira sutil, com garra e luta constante,
buscam no dia-a-dia a autonomia e o empoderamento,
para um mundo mais justo para as mulheres.

Aos colegas da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria,
Márcia Dias Vianna, Maria Elizete Nunes, Maria Lúcia Prestes, Ana Paula Seerig,
Ilse Meincke Melo, Luciane Ramos, José Cristiano Soster,
Olmiro Cezimbra Filho, Hedionéia Pivetta,
pela presença, apoio e compreensão quando os dias eram nebulosos.

Às 795 *puérperas,*
pelos momentos dedicados.
Sem vocês, o objetivo deste estudo não teria sido concretizado.

Ao *Hospital Municipal Casa de Saúde e Hospital Universitário de Santa Maria,*
direção e funcionários do Centro Obstétrico e Maternidade,
pelo apoio.

À prof^ª. Dr^ª. *Lúcia Beatriz Ressel,* do Departamento de Enfermagem da UFSM,
pelo empenho em divulgar a pesquisa junto aos alunos para a coleta de dados.

Aos *entrevistadores,*
por serem incansáveis nesta jornada,

À Enf^ª. *Fabiane Vargas,* Enf^ª. *Rhea de Ávila Silva* e
Enf^ª *Maria Luiza Ciocari do Carmo,*
pela contribuição nos momentos mais inesperados desta caminhada.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE TABELAS	11
1 APRESENTAÇÃO	12
2 INTRODUÇÃO	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Atenção primária à saúde	16
3.1.1 Os dois modelos de assistência: UBS tradicional e UESF	19
3.2 Políticas públicas para mulheres	20
3.3 Avaliação em saúde	22
3.3.1 Avaliação pré-natal	25
3.4.1 Avaliação do pré-natal na APS	30
3.4.1.1 Avaliação do pré-natal utilizando o Índice de Kessner e Índice de Kessner Modificado	30
3.4.1.2 Avaliação do pré-natal utilizando o PHPN e outros critérios	32
4 OBJETIVOS	37
4.1 Objetivos gerais	37
4.2 Objetivos específicos	37
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
6 ARTIGO	43
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
APÊNDICES	66
Apêndice A – Projeto de Pesquisa (versão apresentada na defesa do projeto)	66
Apêndice B – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UNIFRA	90
Apêndice C – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/GHC	93
ANEXOS	94
Anexo A – Questionários/Formulários Instrumento coleta de dados	94
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
Anexo C – Outros documentos relevantes: Autorização das Instituições para a coleta de dados	103

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO/RH	Tipagem sanguínea e fator RH
ACOG	Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia
APS	Atenção Primária à Saúde
APNCU	<i>Adequacy of Prenatal Care Utilization</i>
BCF	Batimentos Cardíofetais
BA	Bahia
DUM	Data da Última Menstruação
DNVs	Declaração de Nascidos Vivos
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EQU	Exame Qualitativo de Urina
FISMA	Faculdade Integrada de Santa Maria
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HB	Hemoglobina
HBsAG	Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B
HT	Hematócrito
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
NEMGEP	Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNPM	Plano Nacional Políticas Pública para Mulheres
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RS	Rio Grande do Sul
RN	Recém-Nascido
SC	Santa Catarina
SF	Saúde da Família
SIIPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal
SUS	Sistema Único de Saúde
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESF	Unidade de Estratégia de Saúde da Família
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIFRA	Centro Universitário Franciscano
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

RESUMO

O Sistema de Saúde brasileiro contempla dois modelos de atendimento: Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS tradicionais) e Unidades Estratégia Saúde da Família (ESF). Este último foi concebido como forma de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no país, conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A realização de um pré-natal com qualidade é protetor dos desfechos desfavoráveis à saúde das gestantes e de seus bebês. O presente trabalho tem por objetivo avaliar o processo da atenção pré-natal em um município da Região Central do Estado do Rio Grande do Sul, verificando se há diferença na qualidade do pré-natal entre os dois modelos de atenção. Foram utilizados quatro níveis de qualidade: nível 1, que consiste no índice de Kessner, modificado por Takeda; nível 2, que adiciona ao nível 1 procedimentos clínico-obstétricos; nível 3, que adiciona ao nível 1 exames laboratoriais; e, nível 4, que considera todos os parâmetros anteriores. Realizou-se um estudo transversal, no período de julho de 2009 a fevereiro de 2010. Foram entrevistadas 795 puérperas até 48 horas após o parto, atendidas em dois hospitais públicos do município, que realizaram seu pré-natal em UBS tradicional ou em ESF. A coleta de dados consistiu de questionário aplicado à puérpera, análise do cartão da gestante e do prontuário, sendo realizadas análises estatísticas descritivas. A qualidade do pré-natal, conforme o índice de Kessner modificado (nível 1), foi classificada como adequada em 58,7% dos casos. Ao comparar a assistência pré-natal por local de realização do pré-natal, a adequação foi de 56,0%, nas UBS tradicionais e de 65,0%, nas ESF. Acrescentados à qualidade do pré-natal outros parâmetros, além do número de consultas, a adequação do pré-natal diminuiu. Ao ser avaliado o nível 4, 7,3% das gestantes tiveram um pré-natal adequado, sendo 6,0% nas UBS tradicionais e 9,5% na ESF. As gestantes atendidas na ESF receberam mais orientações sobre aleitamento materno, anticoncepção pós-parto, retorno à consulta de puerpério, cuidados com o recém-nascido, tipo de parto e orientações sobre HIV. A adequação do pré-natal foi favorável à ESF, com significância estatística nos níveis 1 e 2. As gestantes que realizaram o pré-natal no município tiveram baixos percentuais de inadequação no pré-natal, nos dois modelos de atenção, resultado que pode ser decorrente, em parte, da exclusão da amostra das gestantes que não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. O estudo tem uma valia importante para a gestão, ao demonstrar que a assistência às gestantes no município está longe da ideal, devendo ser repensado o processo de trabalho nos dois modelos; investir na sensibilização e educação permanente dos profissionais; implementar institucionalmente protocolo de assistência à gestante; e, buscar alternativas para o início precoce do pré-natal e seguimento pelas gestantes a consultas, exames e procedimentos e ações de promoção à saúde. A atenção pré-natal foi favorável à ESF, contudo deve ser melhorada em seus pontos fracos, como forma de organizar o modelo de atenção e fortalecer a APS.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-Natal. Saúde da Família. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Brazilian Health Care System contemplates two models of care: traditional Basic Health Care Units (traditional UBS) and Family Health Strategy Units (ESF). The latter was conceived as a way to reorganize Primary Health Care (APS) in the country, according to the precepts of the Unified Health System (SUS). The achievement of a quality prenatal is protective of unfavorable health outcomes regarding pregnant women and their babies. This study aims to evaluate the process of prenatal care in a city of the Central Region of Rio Grande do Sul, checking for differences in the quality of prenatal care between the two models of care. We used four quality levels: level 1, consisting of the Kessner index, modified by Takeda; level 2, which adds the clinical-obstetric procedures to level 1; level 3, which adds the laboratory tests to level 1; and, level 4, that considers all the above parameters. A cross-sectional study was carried out, from July 2009 to February 2010. Seven hundred and ninety-five mothers were interviewed, mothers within 48 hours after childbirth, attended to at two public hospitals, who made their prenatal in traditional UBS or in ESF. Data collection consisted of a questionnaire administered to postpartum women, analysis of prenatal care and medical records, and was analyzed with descriptive statistics. Quality of prenatal care, according to the modified Kessner index (level 1) was classified as adequate in 58.7% of cases. When comparing prenatal care considering the place where it happened, adequacy was 56.0%, in traditional UBS and 65.0%, in EFS. When other parameters were added to prenatal quality, in addition to the number of appointments, adequacy of prenatal care decreased. Assessment of level 4 showed that 7.3% of women had an adequate prenatal care, 6.0% in traditional UBS and 9.5% in EFS. Pregnant women attended to by ESF received more guidance on breastfeeding, postpartum contraception, puerperium appointment, newborns care, delivery type and HIV guidance. Adequacy of prenatal care was favorable to ESF, with statistical significance at levels 1 and 2. The pregnant women who were attended to in the city had a lower percentage of inadequate prenatal care, considering both models of care, a result which may be due, in part, to the exclusion of pregnant women who had not undergone any prenatal appointment from the sample. Such study is an important asset for management, demonstrating that care for pregnant women in the city is far from ideal and that the process of working should be rethought concerning both models; more investments should take place as regards raising awareness and professionals continuing education; implementing institutional assistance protocols for pregnant women; and, searching for alternatives regarding early prenatal care for pregnant women and follow-up appointments, tests and procedures, as well as actions to promote health. Prenatal care was favorable to ESF. However, it needs to improve on its weaknesses, as a way to organize the model of care and strengthen APS.

Keywords: Primary Health Care. Prenatal Care. Family Health. Quality of Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra, conforme características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas, por local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS	59
Tabela 2 - Procedimentos realizados durante o pré-natal conforme local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS	60
Tabela 3 - Exames realizados conforme local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS	61
Tabela 4 - Orientações recebidas durante o pré-natal conforme local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS	62
Tabela 5 - Adequação do pré-natal nos quatro níveis de qualidade, por local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS	63

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado profissional intitulada **“AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA NAS UNIDADES DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS”**, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em novembro de 2010. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1 Introdução, Revisão de Literatura e Objetivos.

2 Artigo.

3 Conclusões e Considerações Finais.

Os documentos de apoio, incluindo Projeto de Pesquisa, Termo de Aprovação do Comitê de Ética, Termo de Aceite dos Serviços, Instrumento de Coleta de Dados e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estão incluídos nos Apêndices.

2 INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, ocorrida em Alma Ata, em 1978, vem sendo a mola propulsora, em vários países, para reorganizar seus sistemas de saúde. Nesta conferência, o conceito de cuidados primários foi definido que:

[...] são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocada ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automediação. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1).

A partir dessa lógica, passou-se a pensar a saúde além da doença, com o intuito de romper o modelo biomédico hospitalocêntrico predominante e fragmentado voltado, principalmente, à especialidade médica. Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi pensada para otimizar a saúde, sendo uma potente ferramenta para a proteção e a promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, proporcionando uma saúde com maior qualidade, satisfação e integralidade nas ações; buscando a equidade como forma de diminuição das desigualdades sociais. Atualmente, uma APS com qualidade tem sido bastante enfatizada, em vários países. Há evidências de que os sistemas de saúde que priorizam ações primárias, como eixo organizador de práticas de saúde, alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002).

A partir de 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que se caracterizou como “um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006a, p.10).

A PNAB tem como estratégia prioritária a implementação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), em que se define o território de atuação para o desenvolvimento de ações em

saúde, na busca da qualidade de vida. Um dos diferenciais da ESF é o cuidado do indivíduo e de sua família, tendo como ferramenta de trabalho o diagnóstico situacional e, a partir deste, o planejamento das ações em saúde. Esse pensar tem como eixos norteadores, o trabalho em equipe, as ações interdisciplinares e o estabelecimento de vínculo, instituindo a visita domiciliar quando necessário.

Entretanto, um dos desafios a ser vencido pelos sistemas de saúde e que dificilmente está incorporado nas rotinas dessa organização é o monitoramento e a avaliação (TAKEDA; TALBOT, 2006). Não raramente, os profissionais desconhecem os dados produzidos em seus próprios cenários de práticas diárias, tanto quanto estabelecem critérios para acompanhar e avaliar as ações em saúde realizadas. No que tange à saúde da mulher, especificamente no pré-natal, as ações são programadas e efetivadas tendo em vista a promoção à saúde e a prevenção de doenças. Porém, constatam-se sérias lacunas quanto ao monitoramento e à avaliação do pré-natal.

O pré-natal se dá por meio de incorporações de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias e de fácil acesso aos usuários de saúde, abrangendo todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e do recém-nascido (RN), como forma de diminuir as morbimortalidades e, ao final, ter uma mãe e uma criança saudáveis (BRASIL, 2006b).

Há vários índices de adequação para avaliar a qualidade do pré-natal, geralmente, baseados no início do pré-natal e no número de consultas realizadas. Takeda foi pioneira no país apresentando, em 1993, uma importante contribuição para a avaliação da assistência pré-natal, modificando o índice de Kessner. Esse ficou conhecido como índice de Kessner modificado por Takeda, o qual apresenta escores para a avaliação de qualidade. Vale ressaltar que, além do número de consultas e início do pré-natal, a pesquisadora avaliou os

procedimentos e exames realizados. Vários estudos no país têm utilizado esse índice para avaliação do pré-natal (TAKEDA, 1993).

No Brasil, não havia nenhum modelo instituído pelo Ministério da Saúde que normatizasse a assistência ao pré-natal. Em 2000, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de desenvolver um modelo nacional que normatizasse as ações assistenciais e trouxesse à tona a discussão das práticas em saúde e as suas bases conceituais, em consonância com os modelos utilizados em todo o mundo (SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005).

O Município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, apresenta a organização da saúde pautada na APS, constituída por meio de Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) e ESF. A Política Municipal da Saúde da Mulher tem preconizado a avaliação da assistência do pré-natal conforme os critérios da PHPN, através do Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). Contudo, observa-se um percentual expressivo de subnotificações. No ano de 2009, o indicador ‘sete ou mais consultas realizadas no município’ foi de 63,6% das gestantes que realizaram pré-natal, não atingindo os 70% pactuados com o Estado. Ressalta-se que este é apenas um indicador quantitativo e não qualitativo. No entanto, não há dados estratificados desse percentual no que se refere às UBS e ESF. Da mesma maneira, não há evidências de que as consultas de pré-natal realizadas contemplem os critérios de qualidade vislumbrados neste trabalho. Desse modo, surge o seguinte questionamento: Como está a qualidade do pré-natal nas UBS tradicionais e em Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) no Município de Santa Maria/RS?

Diante do exposto, o presente trabalho propôs-se a avaliar o processo do pré-natal, utilizando o índice de Kessner modificado por Takeda, verificando se existe diferença na qualidade do pré-natal entre UBS (tradicional) e Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção primária à saúde

Há vários séculos, a APS vem sendo debatida e implementada. Em 1920, na Grã-Bretanha, foi anunciado o documento *Lord Dawson*, que tratava da organização do sistema de serviços de saúde, regionalizado e hierarquizado, elencando três níveis de saúde: Centro de Saúde Primária, Centro de Saúde Secundária e Hospitais-Escola. Este documento serviu de base para a reorganização dos serviços de saúde, em vários países (STARFIELD, 2002).

O grande avanço da APS foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), atual Cazaquistão, a qual ficou conhecida como "saúde para todos no ano 2000". Nessa conferência a APS foi definida como

[...] uma atenção essencial à saúde, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (OMS, 1978, p.1).

A APS é parte integrante do sistema de saúde do país; constitui a função central e o foco principal em relação ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local de residência e trabalho das pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente e contínuo de assistência sanitária (OMS, 1978).

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial, com valores, princípios e elementos próprios. É o local responsável pela

organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo. Além disso, procura proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição dos recursos (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato – integralidade, longitudinalidade e coordenação – constituem atributos ou características únicas da APS, caracterizando-a e diferenciando-a dos demais níveis de atenção.

Para romper com o modelo hegemônico e essencialmente curativista no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária foi decisivo para a concretização de um novo modelo de saúde. O grande marco da saúde no Brasil ocorreu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, conhecida como a *Conferência da Reforma Sanitária*, quando, pela primeira vez, a população participou de uma conferência para debater a saúde como direito, reformulação do sistema nacional e financiamento. Foi implementado o conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, prevenção e recuperação, deixando de ser concebida apenas como falta de doença (BRASIL, 1986). A 8ª Conferência de Saúde serviu de base para a Constituição Federal de 1988 e para a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) e Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990).

No art. 196, capítulo II, seção II, da Constituição Federal, está declarado que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) reafirmando, em seu artigo 2, que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. É regida pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização. No

mesmo ano, a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação popular e sobre o financiamento do SUS (BRASIL, 1990).

Em 1994 inicia, no país, o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa foi planejado como forma de consolidar os princípios e diretrizes dos SUS para atender às necessidades e à ampliação do acesso, da promoção da integralidade e da equidade, além de melhorar a atenção à saúde e os indicadores básicos, consolidar a descentralização e de fortalecer a hierarquização, regionalização e participação da comunidade (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2007).

O Ministério da Saúde estabeleceu que a APS fosse uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e não um programa limitado de ações de baixa resolutividade ao incorporar a visão do PSF, como estratégia prioritária para a reorganização da APS no Brasil.

Em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde aprovou, através da Portaria nº 648/GM, a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Considerou a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, em conformidade com os preceitos do SUS.

De acordo com a portaria, 648/GM a Atenção Básica tem como fundamentos:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2007c).

Com o propósito de estabelecer novas diretrizes e qualificar a Gestão do Sistema, o Ministério da Saúde (MS) edificou o Pacto pela Saúde que é um compromisso dos gestores do SUS, das três esferas de governo, para melhorar a saúde do povo brasileiro. Contempla três componentes: *Pacto em defesa do SUS*, propagando os compromissos entre os gestores do sistema para a consolidação da reforma Sanitária, explicitada na defesa dos princípios do SUS; *Pacto pela Vida*, que é compromisso dos gestores em torno de prioridades de impacto sobre a situação da saúde da população; e, *Pacto de Gestão*, que representa a definição de responsabilidades sanitárias, dos espaços de co-gestão e resgate do apoio entre os entes, no esteio de um processo compartilhado. O Pacto pela Saúde foi instituído pela portaria nº 339, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006c).

3.1.1 Os dois modelos de assistência: UBS tradicional e UESF

Hoje existem dois modelos de APS no Brasil: UBS tradicional e ESF. O primeiro trabalha na lógica que congrega médicos nas especialidades de pediatria, ginecologia, obstetrícia e clínica, odontólogos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Já a ESF insere médicos generalistas ou médicos de família e comunidade, profissionais da área de enfermagem, odontologia e agentes comunitários de saúde. Algumas produções científicas já foram realizadas com o intuito de verificar a diferença da qualidade da assistência entre ambos (CHOMATAS; VIGO; HARZHEIN, 2009; MACINKO, 2006; PICCINI et al., 2007). Entretanto, são poucos os estudos que comparam os dois modelos quanto à assistência pré-natal, entre eles pode-se citar Piccini et al. (2007), que compararam os dois modelos para

estudar a efetividade do pré-natal e da puericultura em mães e crianças residentes na área de UBS, estratificadas segundo a região (Sul e Nordeste) e o modelo de atenção (ESF e tradicional), em 41 municípios com mais de cem mil habitantes. Tanto no Sul como no Nordeste, as unidades de ESF demonstraram superioridade em relação às UBS tradicionais, nos aspectos disponibilidade de ações programáticas, realização de grupos para a promoção em saúde, utilização de protocolos pelos profissionais, capacitação de profissionais sobre saúde da mulher e da criança e número de consultas de pré-natal e puericultura.

Outro estudo, desenvolvido para avaliar o desempenho do PSF e comparar as UBS tradicionais em 41 municípios da região Nordeste e Sul, evidenciou que o desempenho da Atenção Básica ainda se encontra longínquo do preconizado pelo SUS, sendo que a disponibilidade de ações em saúde, e seu emprego e o contato por ações programáticas foram mais adequadas na ESF (FACCHINI et al., 2006).

Chomatas, Vigo e Harzheim (2009) investigaram a presença e a extensão dos atributos da APS no município de Curitiba, PR, comparando o modelo tradicional e ESF, verificando que os atributos acessibilidade longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária foram significativamente maiores nas ESF.

Macinko et al. (2006) avaliaram o impacto do PSF no Brasil e as taxas da mortalidade infantil, na década de 1990. Concluíram que o aumento de 10% na cobertura da ESF esteve relacionado com o decréscimo de 4,5% na taxa de mortalidade infantil, mesmo após o controle das variáveis sócio demográficas e de assistência a saúde.

3.2 Políticas públicas para mulheres

Antes de 1984, a saúde da mulher era calcada em políticas governamentais verticais, sendo as mulheres vistas apenas em seu ciclo gravídico puerperal com uma visão

essencialmente biológica, funcionalista, fragmentada e extremamente centrada nos cuidados médicos (BRASIL, 2007b; TYRRELL; CARVALHO, 1995).

Duas importantes conferências internacionais ajudaram a desmistificar o papel da mulher na sociedade: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo e a IV Conferência Internacional da Mulher, nas quais foram consagrados os direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante e indivisível dos direitos humanos. Pela primeira vez, os homens são inseridos como co-responsáveis nas decisões sexuais e reprodutivas. Para Cabral, Landerdahl e Ressel (2005) estas conferências reforçaram a garantia dos direitos humanos das mulheres, consolidando a ótica de equidade nas relações entre gêneros.

No Brasil, o programa de atenção pré-natal sobreveio de forma mais ampla com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Constituiu-se em um marco histórico, ao propor uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. Este programa apresentou um enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado na integralidade e na equidade das ações, com ênfase nas ações educativas dos serviços para promover mais conhecimento à mulher sobre seu corpo, saúde e sexualidade (BRASIL, 2004).

O PAISM trouxe o enfoque das ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mama e outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Em 2004 o PAISM passou a ser uma política, com diretrizes, incorporando a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e buscando a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos, com destaque à melhoria da atenção obstétrica, ao

planejamento familiar, à atenção ao aborto inseguro, à prevenção e ao tratamento às mulheres vivendo com HIV/AIDS e às portadoras de doenças crônicas e ao câncer ginecológico. Ampliou, também, as ações para grupos até então desassistidos das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2007a).

Em 2004, foi lançado o I Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres e, em 2008, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, resultado da mobilização das mulheres que participaram das conferências municipais e estaduais no país, expressando a vontade política de reverter a desigualdade entre homens e mulheres.

O II PNPM é orientado pelos princípios de igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos, participação e controle Social.

O Pacto pela Vida (BRASIL, 2006), referente à saúde da mulher priorizou ações de redução da mortalidade materna e o controle do câncer do colo de útero e de mama. Sendo monitorado através dos seguintes indicadores: Proporção de nascidos vivos de mães com ‘quatro ou mais’ e ‘sete ou mais’ consultas de pré-natal; Razão de mortalidade materna; Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados; Proporção de partos cesáreos; Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos; Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos; Concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos de idade; Proporção de punção de mama dos casos necessários.

3.3 Avaliação em saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a avaliação como processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de

atividades, sendo fundamental um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão (OMS, 2000). É uma oportunidade de mudanças e melhoria da qualidade, tornando-se uma potente ferramenta de auxílio para os gestores e profissionais de saúde. Percebe-se, na prática, a inexistência rotineira da avaliação, tanto pelos gestores como pelos profissionais.

Hartz e Contandriopoulos (2004) partiram do pressuposto de que a integralidade da atenção é um eixo primordial da investigação e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais, que articulam dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização. Estes autores entendem que nenhuma organização reúne a totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Para Felisberto (2004) investir na institucionalização da avaliação da saúde deve ser entendido como contribuição determinante para qualificar a atenção básica, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e abrangentes em suas várias dimensões: da gestão; do cuidado; e, do impacto sobre o perfil epidemiológico.

Felisberto (2006) defendeu, ainda, que o ato de avaliar só agrega quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aperfeiçoamento institucional e profissional. Faz-se necessária a utilização de um conjunto de ferramentas, como a decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais que perpassam, desde a qualificação de recursos humanos, adaptados às necessidades específicas do processo de descentralização da gestão da atenção básica em face aos princípios e às diretrizes do SUS (FELISBERTO, 2006).

Segundo Habitch, Victora e Vaughan (1999) a avaliação de programas de saúde e nutrição são norteados por dois eixos. O primeiro eixo refere-se ao tipo de indicador a ser

empregado e depende do que está sendo aferido, seja o processo, o resultado ou ambos os aspectos do programa. Indicadores de oferta, utilização e cobertura analisam o processo, ao passo que indicadores de impacto analisam o resultado. A decisão sobre quais indicadores devem ser medidos dependerá de quem utilizará os resultados e as decisões a serem tomadas em decorrência da avaliação.

O segundo eixo refere-se ao tipo de inferência necessária para se afirmar que os resultados observados, tanto de processo quanto de impacto, foram efetivamente decorrentes da exposição e intervenção. Também identifica a avaliação em três tipos de inferência causal: *Avaliação de adequação* – investiga se os objetivos do programa foram alcançados; *Avaliação de plausibilidade* – se os objetivos foram alcançados devido ao programa; *Avaliação de probabilidade* – estima qual a probabilidade estatística de que o programa tenha realmente efeito (HABITCH; VICTORA; VAUGHAN, 1999).

Campos (2005) relatou que o enfoque mais tradicional de avaliação de saúde é aquele proposto por Donabedian, baseado na teoria dos sistemas, que considera os elementos de estrutura, de processo e de resultados, tendo como foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais, que permitem uma abordagem normativa e focada nos conceitos de administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, definindo estratégias, critérios e padrões de medição de qualidade.

Para a medida do nível de qualidade alcançado, devem ser comparadas e analisadas as informações, a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado, através de critérios previamente estabelecidos, a saber: *a estrutura*: está ligada aos recursos materiais, como equipamentos, e organizacionais, como recursos humanos (número de profissionais e sua formação para a assistência) disponíveis para a prestação do cuidado; *o processo*: está relacionado às atividades que constituem a atenção à saúde, envolvendo as dimensões técnicas dos serviços, das relações interpessoais e a organizacional; *o resultado*: inclui as implicações

do cuidado da atenção à saúde, ou seja, as alterações no estado de saúde em indivíduos ou populações que possam ser atribuídas à assistência realizada (DONABEDIAN et al., 1989).

A avaliação, que envolve estrutura, processo e resultado, permite ao final detectar problemas, falhas e a visualização concreta na implantação de estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios (CAMPOS, 2005).

3.3.1 Avaliação pré-natal

O pré-natal pode ser compreendido como um conjunto de atividades no transcurso da gestação, desde história clínica, anamnese detalhada, oferta de consultas, exames laboratoriais e realização de procedimentos com evidências comprovadas, formação de vínculo afetivo com a equipe, acolhimento, acesso com estratégias de captação precoce, facilidade na marcação de consultas e garantia das mesmas, registros sistemáticos em prontuário e cartão da gestante, educação em saúde e detecção de sinais e sintomas que possam alterar o processo fisiológico da gravidez. A melhora da qualidade do cuidado pré-natal é uma forma de melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal (BARBIERI et al., 2000; BARROS et. al., 2005; FONSECA; COUTINHO, 2010; GONÇALVES; CEZAR; MENDOZA-SASSI, 2009; KILSZTAJN et.al., 2003; KOFFMAN; BONADIO, 2005; LANSKY; FRANCA; LEAL, 2002).

Serruya, Cecatti e Lago (2004, p.1281) relataram que no Brasil “a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático”. Conforme esses autores, apesar das mudanças significativas em relação à saúde da mulher, como o aumento do número de

consultas e o início precoce do pré-natal, indicadores relativos à morbidade e à mortalidade materna e perinatal continuam insatisfatórios.

Segundo o Ministério da Saúde, apenas 1% das mulheres brancas não fizeram o pré-natal em 2005, contra 5% de negras e 4% de pardas. Ao comparar número de ‘sete ou mais consultas de pré-natal’ com raça/cor, a iniquidade é evidente, também quanto ao número de consultas realizadas durante o pré-natal, 67% eram brancas, 45% negras, 46% amarelas e 39% pardas e 23% indígenas, sendo que as mulheres com maior escolaridade acessaram mais o pré-natal e realizaram mais consultas, bem como as com melhores condições econômicas (BRASIL, 2007b). Dados semelhantes foram verificados por outros autores (ALMEIDA; BARROS, 2005; COIMBRA et al., 2003; GAMA et al., 2004; GONÇALVES et al., 2008; HALPERN et al., 1998; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; NEUMANN et al., 2003; PUCCINI et al., 2003; RASIA; ALBERNAZ, 2008; TREVISAN et al., 2002).

Os resultados acima expressos comprovam a Lei dos Cuidados Inversos de Hart (1971), a qual pressupõe que pessoas que mais necessitam de cuidados de saúde são as que menos recebem e, quando os recebem, são de baixa qualidade.

Estudos têm demonstrado, ainda, que não há diferenças expressivas com a redução do número de consultas de pré-natal no desfecho dos resultados perinatais, nas gestantes de baixo risco. Alguns autores também questionam o número de consultas a serem realizadas durante o pré-natal para gestantes de baixo risco. Segundo estudo realizado por Villar et al. (2001) em 75 países da América Latina, Ásia e África, não há diferenças significativas em relação ao resultado gestacional entre mulheres que realizaram pré-natal com uma mediana de cinco consultas e aquelas com mediana de oito consultas durante o pré-natal.

A OMS (2003) preconizou, para gestações de baixo risco, que a primeira consulta seja realizada no primeiro trimestre, preferencialmente antes de 12 semanas de gestação; a

segunda consulta em torno de 26 semanas de gestação; a terceira consulta de pré-natal com 32 semanas e a quarta consulta entre 36 e 38 semanas de gestação.

Entre os instrumentos utilizados para a avaliação do pré-natal, destaca-se o índice de Kessner (KESSNER et al., 1973) e o índice de adequação da utilização do cuidado pré-natal (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*, APNCU) proposto por Kotelchuck (1994). Takeda, em 1993, modificou o índice de Kessner e, em 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

O índice de Kessner considera a semana de início do pré-natal, a idade gestacional e o número de visitas de pré-natal, para classificar o cuidado como adequado, intermediário e inadequado. De acordo com esse índice, o cuidado é considerado adequado quando o pré-natal for iniciado antes do final do primeiro trimestre de gestação (antes da 13ª semana de gestação) e com o seguinte número de consultas: uma ou mais consultas para gestação de 13 ou menos semanas; duas ou mais consultas para gestação de 14 a 17 semanas; três ou mais consultas para gestação de 18 a 21 semanas; quatro ou mais consultas para gestação de 22 a 25 semanas; cinco ou mais consultas para gestação de 26 a 29 semanas; seis ou mais consultas para gestação de 30 a 31 semanas; sete ou mais consultas para gestação de 32 a 33 semanas; oito ou mais consultas para gestação de 34 a 35 semanas; e, nove ou mais consultas para gestação de 36 ou mais semanas. O cuidado é considerado inadequado se não houver consultas (ou não forem informadas) em gestação de 14 a 21 semanas; se houver uma consulta ou menos em gestação de 22 a 29 semanas; duas ou menos consultas em gestação de 30 a 31 semanas; três ou menos consultas em gestação de 32 a 33 semanas; e, quatro ou menos consultas em gestação de 34 semanas. O cuidado é classificado como intermediário para todas as outras combinações não especificadas acima.

O índice de Kotelchuck (APNCU) considera a idade gestacional no início do pré-natal e o número de visitas, classificando o cuidado pré-natal em adequado superior, adequado,

intermediário e inadequado. É considerado adequado superior, se o pré-natal for iniciado até o 4º mês de gestação e forem feitas 110% ou mais das consultas recomendadas pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG); adequado, se o pré-natal for iniciado até o 4º mês de gestação e forem feitas de 80 a 109% das consultas recomendadas; intermediário, se o pré-natal for iniciado até o 4º mês de gestação e forem feitas de 50 a 79% das consultas recomendadas; como inadequado, o início do pré-natal após o 4º mês de gestação (após 16 semanas) ou um número de consultas inferior a 50% do número recomendado pelo ACOG (14 consultas para gestação de 40 semanas) (KOTELCHUCK, 1994).

Tanto o índice de Kessner quanto o índice de Kotelchuck consideram o mês de início do pré-natal, o número de consultas e criam escores de adequação; vêm sendo adaptados por vários autores, visando encontrar maior subsídios para melhorar a qualidade do pré-natal, na busca de obtenção de desfechos favoráveis para serem implementados às gestantes e seus filhos, como forma de melhorar a assistência a estes grupos.

Takeda (1993) modificou o índice de Kessner (ficando conhecido como índice de Kessner modificado por Takeda), alterando o início do pré-natal e simplificando o número de consultas, o que contribuiu de forma substancial para a avaliação do pré-natal no Brasil. Esse índice classifica o pré-natal em adequado, quando houver seis ou mais consultas e início do pré-natal antes de vinte semanas; inadequado, para início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas; e, intermediário, nas demais situações.

O PHPN estabeleceu critérios mínimos como: realizar a primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação (16 semanas), realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; realizar uma consulta no puerpério até 42 dias após o parto; realizar os exames laboratoriais de tipagem sanguínea e fator RH (ABO-RH), Hemoglobina e Hematócrito (Hb/Ht), *Veneral Disease Research Laboratory*

(VDRL), exame qualitativo de urina (EQU), glicemia de jejum na primeira consulta; repetir os exames VDRL, EQU, glicemia de jejum com trinta semanas de gestação; e ofertar o teste da imunodeficiência Humana (anti-HIV) na primeira consulta, nos municípios acima de 50 mil habitantes. Porém, o Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical e Sífilis (BRASIL, 2006b) e o Protocolo para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes (BRASIL, 2010) preconizam que a testagem e o aconselhamento para diagnóstico da infecção do HIV devem ser realizados na primeira consulta e repetidos no terceiro trimestre, orientações essas já preconizadas pelo Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério (BRASIL, 2006c). O PHPN recomenda, ainda, a aplicação da vacina antitetânica, dose imunizante (a segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. Em 2008 foi incluído o exame de toxoplasmose, na primeira consulta, e o exame da Hepatite B (HBsAG), com trinta semanas gestacionais.

O Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) elenca os procedimentos a serem realizados durante o pré-natal, como o incentivo às ações educativas, como forma de troca de experiência e conhecimentos, promovendo a compreensão do processo da gestação. O exame clínico das mamas, com incentivo ao aleitamento materno, também é preconizado. A realização do exame especular e do toque vaginal devem ser realizados de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas das gestante. É indicado realizar a citologia oncótica quando este ainda não tenha sido realizado ou se encontre em atraso. Deve haver a palpação obstétrica para identificação da situação e apresentação fetal, principalmente no terceiro trimestre, medida da altura uterina, idade gestacional, ausculta dos batimentos cardíofetais (com sonar, após 12 semanas e com estetoscópio de Pinard, após vinte semanas), aferição da pressão arterial e peso das gestantes em todas as consultas.

3.4.1 Avaliação do pré-natal na APS

Algumas produções científicas já foram descritas quanto à avaliação do pré-natal, utilizando o índice de Kessner, índice de Kessner modificado por Takeda, índice de Kotelchuck (APNCU), Kotelchuck modificado e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).

3.4.1.1 Avaliação do pré-natal utilizando o Índice de Kessner e Índice de Kessner Modificado

Takeda (1993) ao avaliar o serviço de pré-natal na Unidade Valão, do Serviço de Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, verificou que 26% das gestantes tiveram pré-natal adequado em 1986, índice que aumentou para 48% em 1991. Este trabalho modificou o índice de Kessner. A avaliação do pré-natal através deste novo índice tem sido descrito em vários estudos. A melhor adequação através deste índice foi verificada por Halpern et al, em Pelotas, RS (1998), onde 82,7% dos pré-natais foram adequados.

Gonçalves, Cesar e Mendoza-Sassi (2009), em estudo realizado em Rio Grande, RS, verificaram que a assistência pré-natal foi adequada para 64,8% das gestantes, de acordo com o índice de Kessner modificado. Quando o índice de Kessner modificado foi associado a procedimentos e exames (aferição do peso, pressão arterial e medida da altura uterina, exame clínico das mamas, exame ginecológico, dois exames de sangue, urina, anti-HIV e sífilis, suplementação de ferro e imunização contra o tétano), apenas 26,8% dos pré-natais foram considerados adequados.

Gonçalves et al. (2008), ao avaliar a cobertura do exame clínico das mamas durante o pré-natal para 445 gestantes em Rio Grande, RS, encontraram 54,6% dos pré-natais adequados, de acordo com o Índice de Kessner modificado.

Almeida e Barros (2005), em estudo sobre a equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas, SP, verificaram a adequação do pré-natal para 49,6% das gestantes, de acordo com índice de Kessner. Quando comparadas por renda familiar per capita, as gestantes com maior renda tiveram 60,3% dos pré-natais adequados contra 38,6% nas gestantes com menor renda.

Koffman e Bonadio (2005), em Campinas, SP, ao avaliar o serviço de pré-natal da Casa de Amparo Maternal, constataram que 38,4% das gestantes tiveram pré-natal adequado, pelo índice de Kessner modificado. Ao avaliar procedimentos (seis ou mais medidas de altura uterina, apresentação fetal, ausculta dos BCFs, avaliação de edema, idade gestacional, pressão arterial e peso) o percentual de adequação foi de 37,8%. Acrescentaram ao índice de Kessner modificado exames de rotina recomendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) (ABO/RH, Hb/Ht, urina e glicemia de jejum na primeira consulta, não menciona a necessidade de repeti-los) e procedimentos realizados durante as consultas de pré-natal, obtendo uma adequação de 35,1%. Adicionando ao índice de Kessner modificado procedimentos e exames, conforme o PHPN, os autores não encontraram nenhum pré-natal adequado.

Escores parecidos foram encontrados por Silveira, Santos e Dias da Costa (2001), em Pelotas, RS. A adequação do pré-natal, de acordo com o índice de Kessner modificado, foi verificada em 37% dos casos. Quando adicionados ao escore exames (dois registros de Hb, VDRL, e EQU) verificaram 31% de pré-natais adequados. Quando acrescentados aos critérios anteriores procedimentos realizados durante a consulta pré-natal (cinco ou mais registros de altura uterina, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso, quatro registros dos BCFs e dois registros da apresentação fetal), o pré-natal foi classificado como adequado em 5% dos casos.

3.4.1.2 Avaliação do pré-natal utilizando PHPN e outros critérios

Coutinho et al. (2003), em Juiz de Fora, MG, elencaram três níveis para avaliação: nível um (início do pré-natal antes de 14 semanas e seis ou mais consultas), nível dois (nível um mais exames, um registro ABO/Rh, Hb/Ht, dois registros dos exames de glicemia, VDRL e urina) e nível três (nível dois mais procedimentos, cinco ou mais registros da idade gestacional, altura uterina, pressão arterial e peso, quatro ou mais registros de BCFs e dois ou mais registros da apresentação fetal). A adequação do pré-natal foi de 27,6% para o nível um; 1,9% para o nível dois; e, 1,1% para o nível três.

Trevisan et al. (2002), em estudo realizado em Caxias do Sul, RS, ao analisarem a assistência pré-natal, conforme rotina do PHPN, mais procedimentos realizados, participação de atividades educativas durante o pré-natal, orientações quanto à amamentação, parto e coleta de citopatológico de colo uterino, verificaram que a assistência foi adequada para 35,2% das gestantes. Escolaridade baixa e alta paridade apresentou associação com menor qualidade do pré-natal. Neste estudo os autores não utilizaram o escore intermediário.

Almeida e Barros (2005), em Campinas, SP, verificaram a qualidade da atenção pré-natal, adaptando o PHPN e estabelecendo escores em inadequado, intermediário, adequado e adequado superior. Considerando como: adequado superior o início do pré-natal antes de 14 semanas, seis ou mais consultas para gestação de 37 semanas, cinco ou mais consultas para gestação com 32 a 36 semanas, quatro visitas para gestação de 22 a 32 semanas, realização de todos os exames preconizados pelo PHPN, cinco procedimentos clínicos obstétricos em todas as consultas, orientação sobre amamentação e realização de uma ecografia; e, adequado, a realização de pelo menos cinco das recomendações indicadas no adequado superior. Constataram que 36,7% dos pré-natais foram considerados como escore adequado e 35,5% dos pré-natais, como adequado superior.

No mesmo estudo, ao avaliar a atenção pré-natal em Campinas, SP, através do índice de Kotelchuck os autores encontraram 45,2% dos pré-natais com escore adequado e 5,6% dos pré-natais, adequado superior (ALMEIDA; BARROS, 2005).

Neumann et al. (2003), em estudo realizado na zona urbana de Criciúma, SC, encontraram o escore adequado para 76,7% das gestantes, que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e realizaram seis consultas de pré-natal. Ao comparar a adequação do pré-natal conforme a renda familiar, os autores encontraram, como pré-natal adequado, em 65,3% das gestantes de menor renda, e em 80,2% das gestantes com maior renda familiar. As gestantes com maior risco reprodutivo obtiveram maior percentagem de inadequação no pré-natal.

Puccini et al. (2003), ao avaliarem a assistência pré-natal e o parto de crianças menores de um ano, em 1996, no município de Embu, SP, consideraram seis consultas de pré-natal e início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação, a realização de exames laboratoriais, a aferição da pressão arterial, exames de mamas e realização de uma ultrassonografia. A assistência do pré-natal foi adequada para 35,5% das gestações. A inadequação do pré-natal esteve associada à adolescência, renda per capita inferior a um salário mínimo e não adesão a planos privados.

Nagahama e Santiago (2006) avaliaram a assistência pré-natal em gestantes de baixo risco atendidas em um hospital de Maringá, PR, verificando uma adequação de 55,5% dos pré-natais analisados. Neste estudo, foi considerado o número de seis consultas ou mais e a idade gestacional do início do pré-natal no momento em que a gestante começou o pré-natal no hospital, sendo desconsiderada a idade gestacional quando a gestante havia iniciado o pré-natal em outra instituição. A inadequação da assistência pré-natal esteve associada ao início tardio da assistência e não ao número de consultas. Ao avaliar o pré-natal pelo índice APCNU, através do início do cuidado pré-natal, os autores verificaram que o cuidado foi

considerado ótimo para 30,3% das gestantes e adequado para 25,2% das gestantes. Pela adequação dos cuidados recebidos, que consistiu no número de consultas no pré-natal, 10,0% foi considerado ótimo e 48,8% adequado. Ao ser avaliado o ingresso no pré-natal e número de consultas, 4,25% foi considerado ótimo e 32,8% adequado.

Carvalho e Araújo (2007) avaliaram a assistência pré-natal prestada às gestantes do SUS em dois hospitais de referência para gestantes de alto risco, em Recife, PE, considerando o escore de adequação seis ou mais consultas de pré-natal, início antes de vinte semanas, no mínimo um registro dos exames preconizados pelo PHPN e vacinação antitetânica, três ou mais registros dos BCFs, da altura uterina, pressão arterial e peso da gestante. De acordo com esses critérios, a atenção pré-natal foi adequada em 17,8% das gestações.

Lima, Costa e Dourado (2008), Salvador, BA, ao avaliar a qualidade do rastreamento para HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal em 1.138 gestantes que tiveram seus filhos nas maternidades do SUS, em Salvador, obtiveram 44,9% dos pré-natais com escore adequado, conforme preconiza o PHPN para início e número de consultas. Entretanto, ao avaliar o rastreamento para HIV/sífilis a assistência foi inadequada para 72,7% para o HIV e 9,2% para sífilis. Pelo índice de APNCU verificaram que a assistência pré-natal foi adequada ou adequada superior somente para 11,3% das gestantes atendidas em Salvador.

Coimbra et al. (2003), ao estudarem os fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal nas maternidades em São Luiz, MA, considerando seis consultas e ter começado o pré-natal até o 4º mês de gestação, encontraram que 49,6% das gestantes tiveram o pré-natal adequado. A inadequação do pré-natal esteve associada a gestantes multíparas e idade materna maior ou igual a 35 anos. Avaliando o pré-natal pelo índice APCNU 10% foi adequado; ao ser somado o nível adequado com intensivo, 13% das gestantes tiveram um pré-natal adequado.

Leal et al. (2004), no Rio de Janeiro, RJ, entrevistaram 9.920 puérperas, nas maternidades. Pelo índice de Kotelchuck 38,0% das gestantes tiveram adequado o seu pré-natal e mais que adequado 10,4%. Os autores modificaram o índice de Kotelchuck adaptando-o para as gestantes que não haviam realizado consultas de pré-natal e as que haviam iniciado o pré-natal após o 4º mês de gestação, que fizeram menos de 50% das consultas esperadas no mês e que fizeram um número de consultas maior do que 50% do esperado, bem como mulheres que tiveram um número de consultas abaixo de 50% do esperado, embora tenham iniciado o pré-natal até o 4º mês de gestação. Pelo índice de Kotelchuck modificado, dos pré-natais analisados, 30,3% foi adequado e 8,3% mais que adequado.

Observa-se pela literatura já existente, através do índice de Kessner modificado e pelo PHPN, quando avaliado além do número de consultas e idade gestacional de início do pré-natal, outros parâmetros de qualidade, como exames laboratoriais e procedimentos, que a adequação do pré-natal diminui. Pelos estudos de Coutinho et al. (2003), constatou-se que inicialmente obtiveram a adequação do pré-natal em 27,6% das gestantes, diminuindo a adequação do escore para 1,9%, quando acrescentados exames laboratoriais básicos, e, para 1,1%, quando acrescentados do início do pré-natal, número de consultas, exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos. Koffman e Bonadio (2005), em São Paulo, SP, corroboraram esses achados. O escore de adequação do pré-natal, baseado no início e número de consultas de pré-natal, declinou de 38,4% para 37,8% quando adicionados procedimentos; adicionando procedimentos e exames, conforme preconizado pelo manual técnico do MS (BRASIL, 2000), encontraram o escore de 35,1%; acrescido de procedimentos e exames, preconizados pelo PHPN, não foi encontrado nenhum pré-natal como adequado. Silveira, Santos e Dias da Costa (2001), em Pelotas, RS, verificaram que o escore adequado diminuiu de 37% para 31%, ao serem adicionados exames laboratoriais e, para 5%, quando acrescentados procedimentos.

Estes achados reforçam a necessidade de um olhar além do número de consultas e início do pré-natal, incluindo exames, procedimentos, ações de promoção e prevenção que reforçam evidências científicas disponíveis de qualidade de pré-natal. O conteúdo das consultas é condição *sine qua non* para a qualidade do pré-natal (DIAS DA COSTA, 2001; KOFFMAN BONADIO, 2005; SILVEIRA; SANTOS; HALPERN, 1998).

Em todos os estudos analisados, o percentual de adequação do pré-natal evidencia falhas na assistência pré-natal. Considera-se necessário repensar as práticas assistenciais, através de procedimentos clínicos obstétricos e exames baseados em evidências, acesso, continuidade do cuidado, acolhimento, vínculo com a equipe, ações de promoção e prevenção à saúde, busca ativa das gestantes faltosas, como forma de melhorar a qualidade do pré-natal, tanto no processo organizacional dos serviços, quando em relação à co-responsabilidade das gestantes.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivos gerais

Avaliar o processo da atenção pré-natal em Santa Maria/RS, verificando se há diferença na qualidade do pré-natal entre UBS tradicional e UESF.

4.2 Objetivos específicos

- Avaliar a qualidade da atenção pré-natal na rede de saúde por meio do índice de Kessner modificado, acrescentando níveis de adequação para avaliar exames laboratoriais e procedimentos;
- Verificar a idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas realizadas, exames básicos, procedimentos e vacinação realizados;
- Identificar a prescrição de sulfato ferroso, das gestantes, que realizaram o seu pré-natal em UBS tradicionais e daquelas que o realizaram em UESF;
- Verificar se as mulheres receberam alguma informação sobre aleitamento materno, tipo de parto, consulta puerperal, anticoncepção, pós-parto, cuidados com o recém-nascido, durante a realização do pré-natal, procurando correlacionar esta informação ao local da realização do pré-natal.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida SD, Barros MB. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publ* 2005; 17(1):15-25.

Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à Saúde e estratégia Saúde da Família. In: *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p.783-836.

Barbieri MA, Silva AAM, Bettiol H, Gomes UA. Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery, Brazil. *Rev Saude Publ* 2000; 34(6): 596-602.

Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005; 365(9462): 847-54.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. In: *Proceedings of the VIII Conferência Nacional de Saúde*; 1986 mar. 17-21; Brasília, DF.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1998. Available from: <http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const> (25 mar. 2010).

Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 sept. 1990. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. lei 8142. 1990 (5 mar. 2010).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº569/2000. Institui o Programa Pré-natal e Nascimento. Available from: http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/spn_port9.htm (10 maio 2010).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília-DF; 2004.

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: Ministério da Saúde; 2006. [Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos– Caderno nº 5].

Brasil. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. Presidência da República: Plano Nacional de Políticas para Mulheres, Brasília; 2005. p.23.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. 60p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Pactos pela Saúde; 2006. v.4].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c. 76 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2006. v1].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. [Série C. Projetos, Programas e Relatórios - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de indicadores do SUS nº 2: temático saúde da mulher. Brasília, DF; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007c. 68 p. [Série E. Legislação de Saúde; 2006. v4].

Brasil. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. Presidência da República. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília; 2008. p.38.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações Para Profilaxia da transmissão Vertical do HIV e Terapia antirretroviral em Gestantes – 2010. Brasília; 2010. 146p. [Versão Preliminar].

Cabral F, Landerdahl, MC, Ressel, LB. Consulta de enfermagem: abordagem à gestante na perspectiva de gênero. Esc Anna Nery Rev Enferm 2005; 9(3).

Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. Rev Bras Saude Mater Infant 2005; S63-S9.

Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema único de saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev Bras Saude Mater Infant 2007; 7(3): 309-17.

Chomatas ERV, Vigo A, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na Rede de saúde no Município de Curitiba, no ano de 2008. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2009.

Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saude Publ 2003; 37(4);456-62.

- 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. *RBGO* 2003; 25(10):717-24.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114(11):1115-8.
- Donabedian A, Eisenberg J, Gellhorn A, Lohr K, Veatch R. The quest for quality health care: whose choice? Whose responsibility? *Mt Sinai J Med* 1989; 56(5):406-22.
- Facchini L, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues AR. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciencia Saude Colet* 2006; 11(3):669-81.
- Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2004; 4(3): 317-21.
- Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciencia Saude Colet* 2006; 11(3):553-63.
- Fonseca SC, Coutinho ES. Fatores de Risco para mortalidade fetal em uma maternidade do sistema único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso- controle, *Cad Saude Publ* 2010; 26(2):240-52.
- Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Castelo Branco V, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saude Publ* 2004; 20 sup1:S101-11.
- Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência a gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Publ* 2009; 25(11):2507-16.
- Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF, Bianchi MS. Exame clínico das mamas: análise de cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publ* 2008; 24(8):1783-90.
- Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999; 28:10-8.
- Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul. *Cad Saude Publ* 1998; 14(3):487-92.
- Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1(7696):405-12.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publ* 2004; 20 Supl 2:S331-6.
- Kessner DM, Singer J, Kalk CW, Schlesinger ER. Infant death: an analysis of maternal risk and health care. Washington (DC): Institute of Medicine, National Academy of Science; 1973. p.50-95.

- Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saude Publ* 2003; 37(3):303-10.
- Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Saude Mater Infant* 2005; 5(sup11):S23-32.
- Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84(9):1414-20.
- Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. *Rev Saude Publ* 2002; 36(6):759-72.
- Lansky S, Franca E, Cesar CC, Monteiro Neto LC, Leal M do C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saude Publ* 2006; 22(1):117-30.
- Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publ* 2005; 39(1):100-7.
- Leal MC et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publ* 2004; 20(1):S63-72.
- Lima BGC, Costa MCN, Dourado MIC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saude* 2008; 17(2):23-153.
- Macinko J, Guanais FC, de Fatima M, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):13-9.
- Nagahama EE, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad Saude Publ* 2006; 22(1):173-9.
- Neumann N, Tanaka OY, VictoraCG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6(4):307-18.
- Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata. In: *Proceedings of the Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de saúde*. Alms Ata (URSS); 1978.
- Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial da Saúde*. Genebra; 2000.
- Organización Mundial de la Salud. *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- Piccini R, Facchini, LA, Tomasi, E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, TeixeiraVA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2007; 7(1):75-82.

Puccini RF, Pedroso GC, Silva EM da, Araujo NS de, Silva NN da. Equidade na atenção pré-natal e ao parto da região metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad Saude Publ* 2003; 19(1):35-45.

Rasia, ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2008; 8(4):401-10.

Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde: resultados iniciais. *Cad Saude Publ* 2004; 20(5):1281-9.

Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2004; 269-79.

Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(3).

Silveira DS, Santos IS, Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica; uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publ* 2001; 17(1):131-9.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Takeda S. Avaliação de Unidade de Atenção Primária Modificação dos indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção. 1993. [dissertação] Pelotas (RS): Faculdade de Medicina da UFPel; 1993.

Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciencia Saude Colet* 2006; 569-71.

Tyrrell MAR, Carvalho V. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 1995.

Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2002; 293-9.

United Nations International. Conference on Population and Development Cairo; 1994. Available from: <http://www.iisd.ca/cairo.html> (5 may 2010).

Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U, et al. Who antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357(9268):1551-64.

IV Conferência Internacional da Mulher: Ação para igualdade, Desenvolvimento e paz. Declaração de Pequim. Pequim-China; 1995. Available from: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/pequim95.htm> (10 mar 2010).

6 ARTIGO

A Qualidade do Processo da Assistência Pré-Natal: Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia de Saúde da Família em Município no Sul do Brasil.

Quality of Prenatal Care Process: Basic Health Care Units and Family Health Strategy Units in a City in Southern Brazil.

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa¹; Gisele Alsina Nader Bastos²; Luciana Neves Nunes³; Tatiane da Silva Dal Pizzol⁴.

¹ Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Enfermeira da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Professora Assistente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Estatística, Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professora do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Farmacêutica, Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professora Adjunto II da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondência para os autores:

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa.

Av. Fernando Ferrari, 2011/201, Bairro Nossa Senhora de Lourdes, Santa Maria, RS
CEP 97050-801

Telefone: (55- 3223-7932)

e-mail: eleanversa@hotmail.com

Artigo a ser submetido aos Cadernos de Saúde Pública.

Resumo

O processo da atenção pré-natal em Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) e Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) foi avaliado por meio de estudo transversal, realizado entre julho de 2009 e fevereiro de 2010, em Santa Maria, RS. Foram entrevistadas 795 puérperas, atendidas em dois hospitais públicos, que realizaram o pré-natal nas UBS e na ESF. Foram utilizados quatro níveis de qualidade: nível 1 (índice de Kessner modificado por Takeda); nível 2, que adiciona ao nível 1 procedimentos clínico-obstétricos; nível 3, que acrescenta ao nível 1 exames laboratoriais; e, nível 4, que considera todos os parâmetros anteriores. A atenção pré-natal realizada na ESF foi superior a das UBS tradicionais em todos os níveis, com diferenças estatisticamente significativas nos níveis 1 e 2. As gestantes da ESF receberam mais orientações sobre aleitamento materno, anticoncepção pós-parto, consulta de retorno ao puerpério, cuidados com recém-nascido, orientações sobre tipo de parto e orientações sobre HIV. A atenção pré-natal foi favorável à ESF, contudo, deve ser melhorada principalmente em relação aos procedimentos realizados e exames complementares, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal e colaborando na organização do modelo de atenção para fortalecer a Atenção primária à saúde (APS).

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-Natal. Saúde da Família. Qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract

The process of prenatal care in traditional Basic Health Care Units (UBS) and Family Health Strategy Units (ESF), was evaluated in a cross-sectional study carried out from July 2009 to February 2010, in Santa Maria, RS. Seven hundred and ninety-five puerperal women attended to at two public hospitals that had prenatal care in traditional UBS or in ESF were interviewed. Four quality levels were used: level 1 (Kessner index modified by Takeda); level 2, which adds to level 1 laboratory tests; level 3, which adds to level 1 clinical obstetric procedures; and, level 4, which considers all the above parameters. Prenatal care performed by ESF was superior to UBS at all levels, with statistically significant differences concerning levels 1 and 2. ESF pregnant women received more guidance on breastfeeding, postpartum contraception, postpartum appointment, newborn care, guidance about delivery type and HIV. Prenatal care was favorable to ESF. However, it must be improved, especially regarding the performed procedures and additional tests, helping to enhance the quality of prenatal care and collaborating in the organization of the health care model to strengthen Primary Health Care (APS).

Keywords: Primary Health Care. Prenatal Care. Family Health. Quality of Health Care.

Introdução

A assistência pré-natal constitui um conjunto de atividades e procedimentos que visam prevenir, diagnosticar e tratar eventos adversos que possam ter um desfecho desfavorável para a mãe e o bebê, promovendo, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável⁽¹⁻³⁾. Inclui o acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que associam: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido⁽⁴⁾.

A avaliação é um dos desafios a serem vencidos pelos sistemas de saúde e que dificilmente está incorporada na rotina destes; constitui-se em uma potente ferramenta norteadora, para gestores e profissionais de saúde. O enfoque mais tradicional de avaliação é proposto por Donabedian⁽⁵⁾ baseado na teoria dos sistemas, que considera os elementos de estrutura, processo e resultados, permitindo uma abordagem normativa e focada nos conceitos de administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, definindo estratégias, critérios e padrões de medição de qualidade. A avaliação do processo consiste nas atividades relacionadas à atenção à saúde, envolvendo dimensões técnicas, relações interpessoais e organizacionais dos serviços de saúde.

O pré-natal tem sido avaliado através do número de consultas e da idade gestacional de ingresso. Estes parâmetros têm sido muito utilizados como indicadores da qualidade do pré-natal, porém, são indicadores de natureza quantitativa e não qualitativa.

Estudos demonstram a necessidade de avaliar não só o número de consultas, mas, também, o conteúdo destas^(1,2). Alguns autores questionam o número de consultas a serem realizadas para gestantes de baixo risco⁽⁶⁻⁸⁾. Dados de pesquisa realizada em 75 países da América Latina, Ásia e África, demonstraram não haver diferenças significativas em relação ao resultado gestacional entre mulheres com uma mediana de cinco consultas de pré-natal quando comparadas aquelas com mediana de oito consultas durante o pré-natal⁽⁷⁾.

Pesquisas realizadas no Brasil revelaram que mulheres de menor renda familiar, menor escolaridade e não brancas são as que ingressam tardiamente no pré-natal e, quando o realizam, este é de baixa qualidade, revelando as iniquidades sociais presentes na assistência pré-natal⁽⁹⁻¹²⁾.

A avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal^(9,13,14). Vários índices são sugeridos pela literatura para avaliar a qualidade do pré-natal, entre os quais destacam-se o índice de Kessner⁽¹⁵⁾, proposto em 1973, e o *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU), proposto por Kotelchuck⁽¹⁶⁾ em 1994. Silvia Takeda⁽¹⁷⁾, em 1993, modificou o

índice de Kessner, reduzindo o número de consultas de pré-natal e aumentando a idade gestacional para antes de vinte semanas do início do pré-natal.

Em 2000, o Ministério da Saúde⁽¹⁸⁾ instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pois, até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência pré-natal no Brasil. Esse programa estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional do ingresso do pré-natal, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo⁽¹⁹⁾.

Em 2006 o Brasil adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo assistencial, preconizado como forma de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS)⁽²⁰⁾. Países com uma potente orientação para a APS apresentam melhores condições de saúde, custos mais baixos e maior satisfação das pessoas com os sistemas de saúde⁽²¹⁾.

A expansão da ESF e a implementação do PHPN, estão entre as estratégias empregadas no país para a redução da mortalidade materna, de modo a atingir os objetivos de Desenvolvimento do Milênio⁽²²⁾.

Vários estudos sobre a adequação do pré-natal já foram realizados, mas, há poucos estudos que comparam a assistência pré-natal prestadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e ESF. Estudo realizado nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil, verificou a efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em UBS e ESF⁽²³⁾, quando comparados os dois modelos de atenção nas duas regiões do Brasil. Foram favoráveis à ESF os itens referentes ao pré-natal: disponibilidade de ações programáticas, realização de grupos para a promoção em saúde, utilização de protocolos pelos profissionais e capacitação de profissionais sobre saúde da mulher.

O presente trabalho se propôs a avaliar o processo do pré-natal, verificando se existe diferença na qualidade do pré-natal ofertado nas UBS tradicionais e Unidades ESF de um município no sul do Brasil.

Metodologia

O presente estudo foi realizado no Município de Santa Maria, localizado na Região Central do Estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria possui uma população de 268.965 habitantes, com uma população feminina em idade fértil (10-49 anos) de 85.359 mulheres⁽²⁴⁾. O sistema de saúde é composto por 31 Unidades de Saúde, das quais 18 são UBS tradicionais e 13, Unidades com ESF, sendo que três unidades da ESF contam com equipe dupla,

totalizando assim 16 equipes. A rede hospitalar conta com sete hospitais, cinco privados e dois públicos - Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e Hospital Municipal Casa de Saúde.

O delineamento do estudo foi transversal. Para a estimativa de tamanho da amostra foi considerada uma proporção esperada de qualidade de pré-natal não adequada de 63% nas UBS tradicionais, de acordo com estudo anterior⁽²⁵⁾. Com esse parâmetro, e considerando um nível de confiança de 95%, poder de 90%, razão de não expostos:expostos de 2:1 e uma razão de chances de 2.00, a amostra estimada foi de 513 pessoas.

Uma equipe de entrevistadores dos cursos de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), e dois supervisores de campo, foram capacitados para a coleta dos dados. O estudo piloto foi realizado do Hospital Municipal Casa de Saúde, para adequação dos instrumentos e procedimentos de coleta de dados. Essas entrevistas foram excluídas da amostra final.

A coleta de dados ocorreu em três momentos: aplicação da entrevista à puérpera, por meio de um questionário padronizado e pré-codificado, seguido pela coleta dos dados no cartão da gestante e, por último, no prontuário. Diariamente, um entrevistador visitava a maternidade do Hospital Municipal Casa de Saúde e outro o Centro Obstétrico e maternidade do HUSM, para realizar a coleta de dados. As entrevistas ocorreram respeitando-se o prazo de quatro a 48 horas após o parto e somente foram realizadas após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídas puérperas, que realizaram pré-natal nas unidades de saúde de Santa Maria, no período de julho de 2009 a fevereiro de 2010. Foram excluídas: as puérperas que iniciaram o pré-natal nas unidades de saúde, mas, foram referidas para o ambulatório de alto risco; as que realizaram seu pré-natal na rede privada; as que não possuíam o cartão da gestante no momento da entrevista; e, as puérperas que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Assim, foram entrevistadas, consecutivamente, todas as puérperas internadas nos dois locais de coleta dos dados. No ano de 2009, 69,0% dos partos aconteceram nos dois únicos estabelecimentos de Saúde do Município que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dos quais 44,4% ocorreram no HUSM e 24,6% no Hospital Municipal Casa de Saúde⁽²⁶⁾.

As puérperas foram questionadas sobre: características demográficas; nível socioeconômico; história reprodutiva; assistência recebida durante o pré-natal; planejamento da gravidez; realização de ultrassonografia gestacional e orientações recebidas sobre

aleitamento materno; anticoncepção pós-parto; consulta de puerpério, sinais e sintomas anormais durante o período de gestação; assistência ao recém-nascido; tipo de parto, participação de grupo de gestantes ou orientações em sala de espera; realização do exame anti-HIV, do exame clínico de mamas, citopatológico, suplementação de ferro; e, realização da vacina antitetânica.

As informações obtidas no cartão da gestante foram: unidade de saúde onde realizou pré-natal, data da última menstruação (DUM), idade gestacional na primeira consulta e número de consultas realizadas, com a respectiva idade gestacional; dados sobre a realização de exames laboratoriais, exames de ultrassonografia obstétrica, peso, pressão arterial, altura uterina, ausculta de batimentos cardíofetais, movimentos fetais e toque vaginal. Quando a DUM não constava no cartão da gestante, recorreu-se ao prontuário e, quando não encontrada, utilizou-se a idade gestacional do parto e realizou-se a regressão através de disco gestacional para conhecimento da mesma.

Foram coletados os seguintes dados do prontuário: data de internação, horário de internação, idade gestacional do parto.

Para o desfecho principal do estudo, qualidade do pré-natal, foram estabelecidos quatro níveis de qualidade.

Nível 1 - Qualidade do pré-natal, avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal, de acordo com o índice de Kessner modificado por Sílvia Takeda⁽¹⁷⁾. Classifica a qualidade em três categorias: *Adequada*: quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas; *Inadequada*: quando, no cartão da gestante, estava registrado o início do pré-natal, após 28 semanas, ou menos de três consultas; *Intermediária*: nas demais situações.

Nível 2 – Qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas de pré-natal, início do pré-natal e procedimentos conforme manual técnico MS⁽⁴⁾ (Nível 1+ nível 2). Para a análise dos procedimentos realizados durante a assistência pré-natal utilizou-se o manual técnico do MS⁽⁴⁾, tendo em vista que o PHPN⁽¹⁸⁾ não estabelece quais os procedimentos que devem ser realizados durante o pré-natal. Classifica a qualidade em três categorias: *Adequada*: quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas, início do pré-natal antes de vinte semanas de gestação, cinco ou mais registros de cada um dos seguintes procedimentos: pressão arterial, peso, idade gestacional, registros da altura uterina e quatro ou mais registros dos batimentos cardíofetais (BCFs) e movimentos fetais; *Inadequada*: quando no cartão da gestante estava registrado início do pré-natal, após 28 semanas de gestação, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina,

idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíofetais e movimentos fetais; *Intermediária*: nas demais situações.

Nível 3 – Qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas, início do pré-natal e exames laboratoriais preconizados pelo PHPN⁽¹⁷⁾.(Nível 1+ Nível 3). Optou-se pelos exames próximos a trinta semanas (28-32), conforme preconizado pelo Manual Técnico do MS 2006⁽⁴⁾, pois, o PHPN⁽¹⁸⁾ recomenda a realização dos exames na primeira consulta e na 30ª semana de gestação. Classifica a qualidade em três categorias: *Adequada*: quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas, início do pré-natal antes de vinte semanas de gestação e pelo menos um dos exames: tipagem sanguínea e fator RH (ABO/RH), hemoglobina e hematócrito (Ht/Hb), exame de Sífilis (VDRL), exame qualitativo de urina (EQU), glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação dos exames VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV e um exame HBsAg (Antígeno de superfície do Vírus da Hepatite B); *Inadequada*: quando, no cartão da gestante, estava registrado o início do pré-natal, após 28 semanas, ou menos de três consultas e nenhum registro dos exames; *Intermediária*: em todas as demais situações.

Nível 4 – Qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal, procedimentos realizados durante o pré-natal e exames laboratoriais (Nível 1+ Nível 2+ Nível 3). Classifica a qualidade em três categorias: *Adequada*: quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas de pré-natal e início do pré-natal antes de vinte semanas, cinco ou mais registros dos procedimentos pressão arterial, peso, idade gestacional, altura uterina e quatro ou mais registros dos BCFs e movimentos fetais e pelo menos um dos exames: ABO/RH, Ht/Hb, VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta e nova realização próximo a 30ª semana de gestação os exames VDRL, EQU glicemia de jejum, teste anti-HIV e um exame HBsAg e; *Inadequada*: quando, no cartão da gestante, estava registrado o início do pré-natal, após 28 semanas, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso batimentos cardíofetais, movimentos fetais; e nenhum registro dos exames *Intermediária*: nas demais situações.

A variável preditora utilizada foi o local de realização do pré-natal em UBS tradicional ou ESF, investigando se havia diferença da qualidade entre os dois modelos de atenção.

Os dados foram armazenados no programa Epi-info versão 3.5.1, com dupla digitação para detectar possíveis erros durante a mesma. As análises estatísticas foram realizadas no programa SPSS versão 18.0. A análise dos dados envolveu procedimentos de estatística

descritiva e análises bivariadas. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para comparação das proporções. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) sob registro CEP/UNIFRA: 090.2009.2, e registro no CONEP nº 1246, e pelo Comitê de Ética do Hospital Nossa senhora da Conceição - GHC SISNEP N 272956, protocolo 09-091

Resultados

O total de puérperas abordadas para a entrevista foi de 910, sendo que destas: 21 (2,3%) foram perdas/recusas; e, 13 (1,4%) eram adolescentes e no momento da entrevista não estava presente o responsável que pudesse assinar o TCLE. Outros motivos de exclusões foram: surto psicótico 1(0,1%), isolamento devido ao H1N1 2(0,2%) e óbito materno por H1N1(0,1%). Não realizaram pré-natal 38 puérperas (4,2%) e 39 (4,3%) não possuíam o cartão no momento da entrevista pelo esquecimento em casa, ou não ter sido encontrado na unidade de internação ou ainda por já terem sido enviados para casa. Participaram do estudo 795 puérperas, das quais 501 (63,0%) foram atendidas no HUSM e 294 (37,0%), no Hospital Municipal Casa de Saúde.

Das 795 puérperas, 544 (68,4%) realizaram pré-natal nas UBS tradicionais e 251 (31,6%) na ESF. As principais características das puérperas, de acordo com o local de realização de pré-natal, são apresentadas na Tabela 1. As gestantes atendidas nas UBS tradicionais não diferiram significativamente das gestantes atendidas na ESF em relação às características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas investigadas.

As gestantes que consultaram nas UBS tradicionais apresentaram média de anos completos de estudos de 8,4 anos (dp=2,4), maior do que as usuárias da ESF 8,0 anos (dp=2,4) (p=0,016). As puérperas apresentaram idade média de 25 anos (dp=6,8), variando de 13 a 48 anos. Aquelas que frequentaram as UBS tradicionais tinham idade média de 25,2 anos (dp=6,9) e as que frequentaram as unidades da ESF tinham idade média de 24,4 (dp=6,4) (p=0,184).

Em relação à renda familiar observa-se que as puérperas que frequentaram as UBS tinham uma renda média de 3,18 salários mínimos (dp=0,99). Para as puérperas da ESF a renda média foi de 3,01 salários mínimos (dp=1,05), (p=0,037).

Das gestações planejadas, 41,4 % foram de usuárias das UBS tradicionais e 43,0% da ESF, (p=0,658). O número médio de consultas nas UBS tradicionais foi de 6,3 (dp=2,6) e a

idade gestacional média no início do pré-natal foi de 16 semanas (dp=7,6). Nas unidades da ESF as médias foram 6,8 (dp=2,6) e 14 semanas (dp=6,3), respectivamente.

A Tabela 2 apresenta os procedimentos realizados por local de realização do pré-natal, preconizados pelo Manual Técnico Pré-natal e Puerpério⁽⁴⁾. Quando se observa o número de procedimentos registrados no cartão da gestante, verifica-se diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos de atenção para as variáveis idade gestacional ($p<0,001$), peso ($p=0,02$), pressão arterial ($p=0,02$), altura uterina ($p=0,02$) e movimentos fetais ($p=0,01$), sendo mais registrados na ESF (cinco ou mais). O toque vaginal foi o procedimento técnico mais realizado nas UBS tradicionais ($p<0,001$). O exame clínico das mamas, suplementação de ferro, exame citopatológico e vacina antitetânica foram referidos com maior frequência por gestantes atendidas na ESF em relação à UBS, com diferenças estatisticamente significativas. A vacina antitetânica foi referida como realizada por 63,9% das gestantes dos dois modelos de atenção, 27,1% já estavam imunizadas e 9,0% não foram informadas durante a gestação da importância de realizá-la. A ultrassonografia foi realizada em maior número pelas gestantes das UBS tradicionais ($p<0,001$). A realização de ultrassonografia não foi avaliada como parâmetro qualidade do pré-natal.

Na Tabela 3 são apresentados os exames laboratoriais realizados por local de atendimento. A realização dos primeiros exames, conforme preconizado pelo PHPN, ocorreu em menos de 40,0% dos casos. Os exames realizados próximos a 30ª semana de gestação foram mais frequentes, quando comparados com os exames solicitados na primeira consulta. Os percentuais aumentaram nos casos: EQU (de 35,7% para 48,6%); glicemia de jejum (de 36,6% para 49,6%); VDRL (de 35,5% para 37,5%); anti-HIV (de 34,8% para 36,7%); e, toxoplasmose (32,3%). O exame para hepatite HbsAg foi realizado por (44,0%) das gestantes, sem diferenças estatísticas entre os dois modelos de atenção.

Na Tabela 4 podem ser observadas as orientações recebidas durante o pré-natal conforme local de realização. Evidencia-se que as gestantes que realizaram pré-natal na ESF, receberam mais orientações sobre aleitamento materno, anticoncepção pós-parto, consulta de retorno ao puerpério, cuidados com o RN, orientações sobre tipo de parto e orientações sobre HIV, com diferenças estatisticamente significativas.

A Tabela 5 apresenta a adequação do pré-natal nos quatro níveis de qualidade propostos, por modelo de atenção. A assistência pré-natal foi classificada como adequada para 58,7% das gestantes; intermediário para 37,9 %; e, inadequado para 3,4%, de acordo com o nível 1. Os percentuais de adequação do pré-natal na ESF foram superiores aos encontrados

nas UBS tradicionais em todos os níveis propostos, com diferenças estatisticamente significativas para o nível 1 ($p=0,02$) e 2 ($p=0,01$).

Discussão

No presente estudo analisou-se a qualidade do processo da assistência pré-natal no município de Santa Maria, RS, identificando diferenças na assistência pré-natal realizada nas UBS tradicionais e nas ESF, considerando número de consultas, início do pré-natal, procedimentos e exames realizados e orientações recebidas. Através dos níveis de qualidade propostos constatou-se que a assistência prestada, em ambos modelos de atenção, foi insatisfatória. Quando comparada, nos dois modelos de atenção, a assistência pré-natal foi favorável à ESF.

A partir de uma amostra representativa da população sob investigação, com baixo percentual de perdas ou recusas, foi possível comparar, de forma inédita, a assistência pré-natal nos dois modelos de atenção primária à saúde, utilizando como critérios de avaliação quatro níveis de qualidade. Não foi encontrado nenhum estudo que comparasse a qualidade do pré-natal nos moldes deste estudo e nos dois modelos de atenção. As comparações realizadas no transcurso deste trabalho foram baseadas em publicações anteriores sobre a qualidade do pré-natal que não avaliaram especificamente a assistência ao pré-natal na ESF.

O percentual de média de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes da ESF foi de 6,8 consultas. Esta média é superior às encontradas em estudos anteriores (5,3 a 6,5)^(1,11,25,,27), mas inferior à verificada por outros autores (7,6 a 7,4)^(2,9). O ingresso no pré-natal das gestantes da ESF foi superior ao de gestantes paulistas⁽¹⁾, com média de 20,7 semanas, e mineiras⁽²⁷⁾, com 17,4 semanas de média, e inferior às gestantes de Rio Grande, RS⁽⁹⁾, com ingresso na 13ª semana de gestação.

O pré-natal é um momento singular e oportuno para desenvolver ações educativas com as gestantes, podendo ser realizado nas unidades de saúde, através de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Esta estratégia de trabalho é uma maneira integradora entre profissionais e gestantes, sendo um momento de acolhida, escuta, vínculo, de compartilhamento de experiências, trocas mútuas, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, ajudando a mulher nesta etapa de sua vida. O estudo apontou que as orientações menos recebidas pelas gestantes, durante o pré-natal, foram quanto à anticoncepção pós-parto, consulta de puerpério e orientações sobre tipo de parto. Menos de 20% das gestantes, nos dois modelos de atenção, participaram de grupo de gestantes ou

orientações em sala de espera. Percentuais estes inferiores aos encontrados na literatura (43,0% a 83,0%)^(11, 23).

Ao ser avaliada a qualidade do pré-natal, de acordo com índice de Kessner modificado por Takeda (nível 1), em 58,7% dos pré-natais foi obtido o nível adequado, nos dois modelos de atenção. Para as gestantes das UBS a adequação foi de 56,0% e para as gestantes da ESF de 65,0%. Em estudos prévios que utilizaram o índice de Kessner modificado, os percentuais variaram de 26,0% a 82,7%^(1,2,9,17,25,27). A adequação do pré-natal nas UBS foi inferior ao verificado em Pelotas, RS, em 1998⁽²⁾ e em Rio Grande, RS, em 2009⁽⁹⁾, com adequação de 82,7% e 64,8%, respectivamente. A adequação do pré-natal da ESF foi praticamente igual à encontrada no estudo realizado em Rio Grande, RS, em 2009⁽⁹⁾ e inferior ao de Pelotas, RS, em 1998⁽²⁾. Ressalta-se que os estudos realizados antes de 2009^(1,2,17,25,27), com exceção ao estudo de Pelotas⁽²⁾, demonstraram escores de pré-natal bem abaixo do verificado no presente estudo. Tal achado pode ser reflexo das políticas públicas não estarem efetivamente implementadas na época, pois, alguns estudos foram realizados há 12 ou 8 anos atrás. Neste transcurso, houve ampliação dos serviços de saúde, inclusão de novas equipes da ESF, e desenhada a nova Política Nacional de Atenção Básica.

Ao ser avaliado o nível 2, que incluiu procedimentos clínico-obstétricos ao nível 1, a assistência do pré-natal apresentou-se adequada em 46,0% dos casos, sendo 43,0%, na UBS e 53,0%, na ESF; percentuais superiores aos encontrados por outros autores, variando de 5,0% a 37,8%^(1,25). Um dos fatores que contribuiu para escores superiores, neste estudo, foi a forma de avaliação proposta, que adicionou ao índice de Kessner modificado a avaliação de exames e procedimentos, isoladamente. No estudo realizado em Pelotas, RS, em 2001⁽²⁵⁾ foi adicionado ao índice de Kessner modificado exames e procedimentos, simultaneamente. Em estudo realizado em São Paulo⁽¹⁾ foi utilizado como critério o maior número de vezes em que foram verificados os procedimentos a serem realizados durante o pré-natal. Aferição da pressão arterial, ausculta dos BCFs, movimentos fetais e a realização de dois ou menos toque vaginais, apresentaram maiores percentuais de registros nos cartões das gestantes nos dois modelos de atenção, em contraponto com a medida da altura uterina que foi o procedimento menos realizado nos dois modelos de atenção. Contudo, há que se refletir que procedimentos com evidências comprovadas são omitidas do pré-natal, ou seja, estes procedimentos podem não estar sendo realizados nas consultas de pré-natal pelos profissionais ou não sendo registrados.

Ao avaliar os resultados para o nível 3, que acrescentou ao nível 1 exames laboratoriais, verificou-se que a adequação se reduziu de forma expressiva em relação ao

nível 1 (7,0% na UBS e 10,0% na ESF). O estudo que avaliou estrutura e processo do pré-natal em Pelotas, RS, em 2001⁽²⁵⁾, não verificou muita alteração na adequação do pré-natal quando adicionados exames (de 37,0% declinou para 31,0%), ao contrário do trabalho realizado em Juiz de Fora, MG, 2003⁽²⁷⁾, que de 27,6% de adequação passou para 1,9%. Em outro estudo⁽¹⁾, quando adicionados exames preconizados pelo PHPN, nenhum pré-natal foi classificado como adequado.

O estudo demonstrou baixo percentual de gestantes que realizaram os exames preconizados pelo programa nos dois modelos de atenção. Estudo realizado em Olinda⁽²⁸⁾, PE, em 2009, revelou que 83,25% das gestantes haviam realizado pré-natal, indicando casos notificados de sífilis congênita em recém-nascidos. Os exames laboratoriais foram o ponto mais crítico, o que levou a menores percentuais de adequação do pré-natal, em todos os níveis avaliados, nos dois modelos de atenção. A realização dos exames laboratoriais durante a gestação é um momento oportuno para identificação, diagnóstico e tratamento quando estes se encontram alterados. A não realização ou a realização fora do período estipulado pelo PHPN constitui-se em perda de oportunidades, condição essencial na qualidade do pré-natal e com repercussões negativas à saúde materna e perinatal. É sabido que em Santa Maria, RS, não há demanda reprimida para os exames laboratoriais, os quais são coletados nas unidades de saúde, o que facilita o acesso das usuárias. Para a maioria das parturientes dos dois modelos de atenção, os exames estavam registrados no cartão da gestante, porém, o período de solicitação ou de retorno destes aos profissionais, não atendeu aos períodos preconizados. Essas informações levam a crer que as consultas de pré-natal não estão sendo realizadas no período recomendado pelo programa, o que evidencia a fragilidade da organização do sistema de saúde do município.

Os pré-natais não adequados poderiam ter sido amenizados através do controle sistemático e da vigilância sobre prontuários e cartões das gestantes, quando estas retornam às unidades de saúde para novas consultas durante o pré-natal. Percebe-se uma desvalorização nos registros, não apenas considerando a importância dos dados para os sistemas de informação, mas, principalmente, na identificação do perfil epidemiológico de uma determinada população, identificando fragilidades, necessidades incisivas para tomada de decisão, como, também, um importante instrumento legal. Ceccim e Ferla⁽²⁹⁾ afirmaram que o “conhecimento e o acompanhamento do impacto das ações em saúde devem ser viabilizados por meio de indicadores adequados, o que implica na existência de registros locais fáceis, confiáveis e contínuos”.

Na avaliação da qualidade do pré-natal nível 5, que considerou todos os critérios dos níveis anteriores, o escore de adequação foi extremamente inferior ao do nível 1, sendo 6,0% nas UBS tradicionais e 9,5% na ESF. Estes achados são semelhantes aos verificados por outros autores, cujos percentuais variaram de 0 a 5,0%^(1,25,27), evidenciando, claramente, a necessidade de outro olhar para a qualidade do pré-natal, além do início e números de consultas, premissas estas já mencionadas⁽¹⁻³⁾.

Foram verificados percentuais de inadequação menores do que em outros estudos^(1,2,11,25,27). O baixo escore de inadequação, no presente estudo, pode ter ocorrido em consequência da exclusão das puérperas que não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal e, por conseguinte, os escores de ter um pré-natal inadequado foram menores.

A adequação do pré-natal em todos os níveis avaliados foi favorável para as gestantes que realizaram o pré-natal na ESF, em comparação à UBS. Isto pode ser atribuído ao processo de trabalho, presença dos agentes comunitários de saúde, busca ativa das gestantes, formação de vínculo com os profissionais, registros nos cartões da gestante, trabalho em equipe e adscrição da clientela, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica⁽²⁰⁾.

Ao comparar as gestantes que realizaram pré-natal nas UBS tradicionais e na ESF, aquelas que realizaram o pré-natal na ESF demonstraram que a assistência ao pré-natal foi mais adequada, uma vez que se identificaram menores percentuais de pré-natal intermediário e inadequado; as gestantes receberam mais orientações durante a gestação; e, foram mais examinadas. Esses resultados reforçam a importância da ESF como modelo de organização da atenção, constituindo-se em um modelo mais efetivo; devendo ser ajustado em seus pontos desfavoráveis e ampliado como forma de proporcionar o fortalecimento para reorganização da APS.

Ao comparar a assistência pré-natal nos dois modelos de atenção, os percentuais de melhor adequação do pré-natal na ESF foi referente ao nível 1, justificável pela captação precoce das gestantes pelos Agentes Comunitários de Saúde, porém, independente do local de realização do pré-natal as gestantes deveriam ter sido mais orientadas, mais examinadas, realizados mais os exames laboratoriais, como forma de melhorar a qualidade do pré-natal.

A subnotificação dos dados registrados pelos profissionais tem sido apontada na literatura como potencial limitação em estudos dessa natureza^(1,25,27), assim como o viés recordatório, pelo esquecimento ou supressão das informações pelas puérperas durante a entrevista. A fim de reduzir o possível viés de informação, foram utilizados três instrumentos para a coleta dos dados: entrevista, checagem do cartão da gestante e prontuário.

O presente trabalho deve contribuir para a assistência às gestantes, como forma de melhorar a atenção pré-natal, podendo ser utilizado na reorientação da assistência, de modo a qualificá-la. Acredita-se que possa direcionar a formulação de estratégias que melhorem a qualidade do pré-natal nos dois modelos de atenção; traduzindo-se em uma potente contribuição para a gestão municipal, de percepção de como está o panorama em relação à qualidade do pré-natal e qual o modelo a investir como forma de reorganizar a APS.

Novas pesquisas se fazem necessárias, pois os recursos materiais e organizacionais não foram avaliados o que pode ter contribuído para a não adequação do pré-natal nos dois modelos de atenção. Os dados apresentados revelaram que a assistência ao pré-natal no município aponta para a necessidade de melhorar a qualidade do pré-natal oferecida nos dois modelos de atenção. É importante investir na sensibilização e capacitação dos profissionais, em registros sistemáticos nos cartão da gestante; implantar e aderir protocolos; realizar avaliações e monitoramentos sistemáticos dos serviços pelos próprios profissionais das UBS, com avaliações mensais e com correções rotineiras, quando necessário; e, encontrar alternativas para promover, junto às gestantes, a importância e a continuidade do pré-natal.

Apesar da qualidade do pré-natal ter sido favorável à ESF, esta ainda tem muito a avançar como modelo de atenção básica, principalmente, quanto à integralidade, longitudinalidade, continuidade e coordenação na consolidação do SUS.

Colaboradores

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa participou da concepção do estudo, da revisão da literatura, coleta dos dados, construção da base de dados, análise dos resultados e redação do texto.

Tatiane da Silva Dal Pizzol e Gisele Alsina Nader participaram da concepção do estudo, da análise e discussão dos resultados e da revisão do texto.

Luciana Neves Nunes participou da análise, discussão dos dados e da revisão do texto.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento da Pesquisa

Não houve financiamento para a realização da Pesquisa.

Agradecimentos:

Ao Ministério da Saúde e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela realização do Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde. Ênfase em Atenção Primária à Saúde.

À mestrandas Lizandra Flores Pimenta e acadêmica Dianele Vidal dos Santos, supervisoras de campo.

Aos entrevistadores da pesquisa.

À Direção e aos funcionários do Centro Obstétrico e Maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria, RS.

À Direção e aos funcionários da Maternidade do Hospital Municipal Casa de Saúde.

Referências

1. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Saude Mater Infant* 2005; 5(sup11):S23-32.
2. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul. *Cad Saude Publ* 1998; 14(3):487-92.
3. Fonseca SC, Coutinho ES. Fatores de Risco para mortalidade fetal em uma maternidade do sistema único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso- controle, *Cad Saude Publ* 2010; 26(2):240-52.
4. 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: Ministério da Saúde; 2006. [Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos– Caderno nº 5].
5. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; S63-S9.
6. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publ* 2003; 37(4):456-62.
7. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U, et al. Who antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357(9268):1551-64.
8. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trial of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357(9268):1565-70.
9. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência a gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publ* 2009; 25(11):2507-16.
10. Neumann N, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6(4):307-18.
11. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2002; 293-9.
12. Rasia, ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2008; 8(4):401-10.
13. Lansky S, Franca E, Cesar CC, Monteiro Neto LC, Leal M do C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saude Publ* 2006; 22(1):117-30.
14. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publ* 2009; 25(10):2125-38.
15. Kessner DM, Singer J, Kalk CW, Schlesinger ER. Infant death: an analysis of maternal risk and health care. Washington(DC): Institute of Medicine, National Academy of Science; 1973. p.50-95.

16. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84(9):1414-20.
17. Takeda S. Avaliação de Unidade de Atenção Primária Modificação dos indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção. 1993. [dissertação] Pelotas (RS): Faculdade de Medicina da UFPel; 1993.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº569/2000. Institui o Programa Pré-natal e Nascimento. Available from: http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/spn_port9.htm (10 may 2010).
19. Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(3).
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 60p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Pactos pela Saúde; 2006. v.4].
21. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
22. Brasil. Presidência da República. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento, Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007. Available from: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf>. (14 Apr. 2011).
23. Piccini R, Facchini, LA, Tomasi, E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, TeixeiraVA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2007; 7(1):75-82.
24. Datasus. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthohtm.exe?ibge/cnv/popprs.def> (10 may 2010).
25. Silveira DS, Santos IS, Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica; uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publ* 2001; 17(1):131-9.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – Sisnac. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Available from: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1294405035581Publ SINASC 2009.xls>. (06 Apr. 2011).
27. 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). *RBGO* 2003; 25(10):717-24.
28. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis Congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda. *Revista de APS, América do Norte*, 12, nov. 2008. Available from: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/229/189>. (06 Apr. 2011).
29. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Orgs. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006.

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra conforme características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas, conforme local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS (n=795).

<i>Variável</i>	<i>Todas</i>		<i>UBS</i>		<i>ESF</i>		<i>Valor p</i>
	n	%	n	%	n	%	n
Faixa etária (em anos)							
13 a 19	194	24,4	129	23,7	65	25,8	0,08
20 a 34	507	63,8	343	63,1	164	65,4	0,09
35 ou mais	94	11,8	72	13,2	22	8,8	
Escolaridade (em anos)							
0-8	452	56,9	297	54,5	155	61,8	0,28
9-11	313	39,4	225	41,4	88	35,1	0,87
12 ou mais	30	3,8	22	4,1	8	3,1	
Raça							
Branca	469	59,2	324	60,0	145	57,8	0,57
Não- Brancas	323	40,8	217	40,0	106	42,2	
Situação conjugal							
Com companheiro	686	86,3	467	85,9	219	87,2	0,59
Solteira, sem companheiro ou separada	109	13,7	77	14,1	32	12,8	
Renda familiar							
Até 1 salário	187	23,5	118	21,7	69	27,5	0,09
Entre 1e 3 salários	522	65,7	363	66,8	159	63,5	0,43
Acima de 3 salários	84	10,6	62	11,5	22	9,0	
História reprodutiva prévia							
Primigesta	322	40,5	230	42,2	92	36,6	0,82
2-3 gestações	355	44,7	231	42,5	124	49,4	0,30
Mais de 3 gestações	118	14,8	83	15,3	35	14,0	
Planejamento gravidez atual							
Sim	333	41,9	225	41,4	108	43,0	0,66
Não	462	58,1	319	58,6	143	57,0	
Total	795	100	544	100	251	100	

Tabela 2 - Procedimentos realizados durante o pré-natal conforme local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS (n=795).

<i>Números de procedimentos registrados no cartão da gestante</i>							
Variável	Todas		UBS		ESF		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Idade Gestacional							
2 ou menos	108	13,6	84	15,4	24	9,6	<0,001
3 a 4	154	19,4	12	22,5	32	12,7	
5 ou mais	533	67,0	338	62,1	195	77,7	
Peso							
2 ou menos	64	8,1	49	9,0	15	6,0	0,02
3 a 4	163	20,5	123	22,6	40	15,9	
5 ou mais	568	71,4	372	68,4	196	78,1	
Pressão arterial							
2 ou menos	58	7,3	44	8,1	14	5,6	0,02
3 a 4	157	19,7	119	21,9	38	15,1	
5 ou mais	580	73,0	381	70,0	199	79,3	
Altura Uterina							
2 ou menos	96	12,1	68	12,5	28	11,2	0,02
3 a 4	206	25,9	156	28,7	50	19,9	
5 ou mais	493	62,0	320	58,8	173	68,9	
BCFs							
2 ou menos	105	13,2	77	14,2	28	11,2	0,13
3	99	12,5	74	13,6	25	10,0	
4 ou mais	591	74,3	393	72,2	198	78,8	
Movimentos Fetais							
2 ou menos	121	15,3	92	16,9	29	11,5	0,01
3	102	12,8	79	14,5	23	9,2	
4 ou mais	572	71,9	373	68,6	199	79,3	
Toque Vaginal							
2 ou menos	627	78,9	405	74,5	222	88,4	<0,001
3 a 4	109	13,7	92	16,9	17	6,8	
5 ou mais	59	7,4	47	8,6	12	4,8	
Realização de procedimentos referidos pelas gestantes							
Clínico das mamas							
Não	371	46,8	281	51,8	90	36,0	<0,001
Sim	421	53,2	261	48,2	160	64,0	
Ultrassonografia							
Nenhuma	49	6,2	31	5,7	18	7,2	<0,001
1	213	26,8	108	19,9	105	41,8	
2 ou mais	533	67,0	405	74,4	128	51,0	
Suplementação de ferro							
Não	111	14,1	87	16,1	24	9,6	0,01
Sim	679	85,9	433	83,9	226	90,4	
Citopatológico							
Não	508	65,2	376	71,1	132	52,8	<0,001
Sim	271	34,8	153	28,9	118	47,2	
Vacina anti tetânica							
Não	287	36,1	210	38,6	77	30,7	0,03
Sim	508	63,9	334	61,4	174	69,3	

Tabela 3 – Exames realizados, conforme local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS (n=795).

Variável	Todas		UBS		ESF		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Primeiros Exames Realizados							
ABO/RH							
Não	488	61,4	335	61,6	153	61,0	0,87
Sim	307	38,6	209	38,4	98	39,0	
HB/HT							
Não	492	61,9	338	62,1	154	61,4	0,83
Sim	303	38,1	206	37,9	97	38,6	
EQU							
Não	511	64,3	350	64,3	161	64,1	0,96
Sim	284	35,7	194	35,7	90	35,9	
Glicemia de jejum							
Não	504	63,4	347	63,8	157	62,5	0,75
Sim	291	36,6	197	36,2	94	37,5	
VDRL							
Não	513	64,5	353	64,9	160	63,7	0,75
Sim	282	35,5	191	35,1	51	36,3	
HIV							
Não	518	65,2	356	65,4	162	64,5	0,80
Sim	277	34,8	188	34,6	89	35,5	
TOXOPLASMOSE							
Não	538	67,7	371	68,2	167	66,5	0,64
Sim	257	32,3	173	31,8	84	33,5	
Exames Realizados com 30 semanas							
EQU							
Não	409	51,4	284	52,2	125	49,8	0,53
Sim	386	48,6	260	47,8	126	50,2	
Glicemia de jejum							
Não	401	50,4	274	50,4	127	50,6	0,95
Sim	394	49,6	270	49,6	124	49,4	
VDRL							
Não	497	62,5	349	64,2	148	59,0	0,16
Sim	298	37,5	195	35,8	103	41,0	
HIV							
Não	503	63,3	346	63,6	157	62,5	0,77
Sim	292	36,7	198	36,4	94	37,5	
HBSAG							
Não	445	56,0	305	56,0	140	55,8	0,94
Sim	350	44,0	239	44,0	111	44,2	

Tabela 4 - Orientações recebidas durante o pré-natal conforme local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS (n=795)

<i>Variável</i>	<i>Todas</i>		<i>UBS</i>		<i>ESF</i>		<i>Valor p</i> n
	n	%	n	%	n	%	
Aleitamento Materno							
Sim	509	64,1	324	59,6	185	74,0	<0,001
Não	285	35,9	220	40,4	65	26,0	
Anticoncepção pós parto							
Sim	339	42,7	214	39,4	125	49,8	0,01
Não	455	57,3	339	60,6	126	50,2	
Consulta de retorno puerpério							<0,001
Sim	384	48,4	235	43,4	149	59,4	
Não	409	51,6	307	56,6	102	40,6	
Sinais e sintomas anormais na gestação							
Sim	486	61,6	333	61,9	153	61,0	0,80
Não	303	38,4	205	38,1	98	39,0	
Cuidados com o recém nascido							
Sim	539	67,9	350	64,5	189	75,3	<0,001
Não	255	32,1	193	35,5	62	24,7	
Orientações sobre o tipo de parto							
Sim	277	34,9	175	32,2	102	59,4	<0,001
Não	517	65,1	368	67,8	149	40,6	
Orientações sobre HIV							
Sim	602	75,8	390	71,8	212	84,5	<0,001
Não	192	24,2	153	28,2	39	15,5	
Participação em grupos de gestantes							
Sim	136	17,1	93	17,1	43	17,1	0,99
Não	658	82,9	450	82,9	208	82,9	

Tabela 5 - Adequação do pré-natal nos quatro níveis de qualidade, por local de realização do pré-natal, no município de Santa Maria, RS (n=795)

ADEQUAÇÃO	Todas		UBS		ESF		Valor p
	n	%	n	%	N	%	
*NÍVEL 1							
Adequado	467	58,7	304	56,0	163	65,0	0,02
Intermediário	301	37,9	217	40,0	84	33,0	
Inadequado	27	3,4	23	4,0	4	2,0	
**NÍVEL 2							
Adequado	366	46,0	232	43,0	134	53,0	0,01
Intermediário	402	50,6	289	53,0	113	45,0	
Inadequado	27	3,4	23	4,0	4	2,0	
***NÍVEL 3							
Adequado	62	7,8	38	7,0	24	10,0	0,45
Intermediário	723	90,9	499	92,0	224	89,0	
Inadequado	10	1,3	7	1,0	3	1,0	
****NÍVEL 4							
Adequado	58	7,3	34	6,0	24	9,5	0,25
Intermediário	727	91,4	503	92,0	224	89,0	
Inadequado	10	1,3	7	2,0	3	1,5	

* **Nível 1** Kessner modificado número de consultas e início pré-natal

** **Nível 2** exames (nível 1+ Nível 2)

*** **Nível 3** Procedimentos: (Nível 1+ nível 3)

**** **Nível 4** número de consultas e início do pré-natal, exames e procedimentos (nível 1+nível 2+nível 3)

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do pré-natal se faz necessária, nas Unidades de Saúde de Santa Maria, RS, comparando, entre UBS tradicionais e ESF, a assistência ao pré-natal, sem emitir um julgamento de valor sobre qual o melhor modelo, mas sim, para conhecer, verificar e identificar o que pode estar sendo focado e realizado, especificamente, nos dois modelos de atenção, como forma de contribuição para o planejamento e tomada de decisões. A assistência ao pré-natal com qualidade é essencial para a saúde das gestantes e de seus bebês, tendo como foco a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Para a avaliação da qualidade do pré-natal, neste estudo, foram utilizados quatro níveis de qualidade. Os resultados demonstraram a fragilidade da atenção pré-natal oferecida nos dois modelos de atenção às gestantes do município, principalmente, em relação a exames laboratoriais e procedimentos.

Em todos os níveis avaliados a atenção pré-natal indica um melhor desempenho da adequação do pré-natal para as gestantes da ESF quando comparadas às UBS tradicionais, com diferenças estatisticamente significativa para o nível 1 ($p=0,02$) e 2 ($p=0,01$), bem como, iniciaram mais precocemente o pré-natal; realizaram mais consultas; houveram mais registros dos procedimentos, exceto cinco ou mais vezes a realização de toque vaginal; receberam mais orientações sobre aleitamento materno, anticoncepção pós-parto, retorno a consulta de puerpério, cuidados com o RN, tipo de parto, orientações sobre HIV; e, referiram terem recebido mais suplementação de ferro e realizado mais a vacina antitetânica com significância estatística, quando comparadas com as gestantes das UBS tradicionais.

Vale relatar que foram encontradas dificuldades para comparação dos resultados com os estudos prévios, diante da diversidade de abordagens utilizadas pelos investigadores na classificação da adequação do pré-natal, principalmente, em relação aos exames laboratoriais e aos procedimentos. O PHPN não preconiza quais os procedimentos devem ser realizados durante o pré-natal. Encontrou-se, também, divergência quanto ao período de realização dos exames pelos documentos utilizados neste estudo, a saber: Manual técnico pré-natal e puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada 2006 e PHPN. Portanto, torna-se condição fundamental a padronização destes dois documentos, de modo a contribuir para a assistência ao pré-natal e, também, aos pesquisadores.

O PHPN é o modelo adotado pelo Brasil, desde 2000, como forma de organizar e assistência pré-natal. São inquestionáveis os avanços que este proporcionou, principalmente,

pela reflexão que despertou em todos os segmentos envolvidos, na qualidade e na possibilidade de monitoramento da assistência pré-natal através do Sistema de Informação do pré-natal (SISPRENATAL).

O Pacto pela Vida 2006 elencou prioridades sobre o impacto e prioridades da situação da saúde da população. Entre os vários indicadores referentes à saúde da mulher encontra-se a proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal ou sete ou mais, como forma de monitorar a qualidade do pré-natal através de número de consultas. Entretanto, não foi encontrado nenhum estudo sobre a qualidade do pré-natal com sete ou mais consultas realizadas durante o pré-natal, que demonstra ser de qualidade superior quando comparada com seis ou mais consultas. Apesar de estudos demonstrarem o aumento do número de consultas realizadas durante o pré-natal no país, o que se questiona é que, tendo o PHPN como eixo estruturante da assistência pré-natal no país, este deveria estar em consonância com o Pacto pela vida.

Entende-se que todas estas dificuldades possam ser minimizadas, através da uniformização dos aspectos levantados, contribuindo para a melhoria da saúde das gestantes e RN. Também pode constituir-se, de forma simplificada e facilitadora, de instrumento de monitoramento aos gestores na obtenção do indicador pactuado, o que certamente irá ao encontro do fortalecimento e da edificação da APS.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Projeto de Pesquisa (versão apresentada na defesa do projeto)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA: ENFASE EM ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE.**

PROJETO DE PESQUISA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA NAS UNIDADES DE
SAÚDE DE SANTA MARIA/RS**

Aluna: Elenir Terezinha Rizzetti Anversa

Orientadora: Prof^a Dr^a. Tatiane da Silva Dal Pizzol

Co-orientadora: Dr^a Gisele Alsina Nader

Colaboradoras: Prof^a. Dr^a. Lúcia Beatriz Ressel - Resp. pelo projeto junto ao HUSM/SM

Enf^a Letícia Becker Vieira

Acad. Dianele Vidal dos Santos

Porto Alegre, 19 de março de 2008

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 JUSTIFICATIVA	06
3 OBJETIVOS	07
3.1 Objetivos gerais	07
3.2 Objetivos específicos	08
4 REVISÃO DE LITERATURA	08
5 METODOLOGIA	14
5.1 Delineamento do estudo	14
5.2 Justificativa da escolha do delineamento	14
5.3 Local da pesquisa	14
5.4 População da pesquisa	14
5.4.1 População-alvo	14
5.5 Amostragem	15
5.6 Logística	15
5.7 Tamanho da amostra	15
5.8 Período da coleta de dados	16
5.9 Seleção e treinamento dos entrevistadores	16
5.10 Instrumentos	17
5.10.1 Cartão da gestante fornecido na UBS	17
5.10.2 Entrevista aplicada às puérperas	17
5.10.3. Dados do prontuário da puérpera	18
5.11 Variáveis dependentes	18
5.12 Variáveis independentes	19
5.13 Processamento e análise dos dados	20
6 QUESTÕES ÉTICAS	20
7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	21
8 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	22
9 RECURSOS NECESSÁRIOS/ORÇAMENTO	22
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	25

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Questionário/Formulários Instrumento de coleta de dados.....	92
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99
ANEXO C – Outros Instrumentos Relevantes: Autorização das Instituições para Coleta de Dados	101

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS)¹ estabeleceu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a transformação do Programa de Saúde da Família (PSF) em estratégia de abrangência nacional prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil.

A Atenção Primária à Saúde (APS)² vem sendo adotada na história recente de diversos países como forma de organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde, para que respondam de maneira apropriada às necessidades da população. "Uma APS³ com qualidade tem sido requisito bastante enfatizado. Atualmente, em vários países há evidência que os sistemas de saúde que priorizam ações primárias, como eixo organizador de práticas de saúde, alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários".

Um dos desafios a ser vencido pelos sistemas de saúde e que dificilmente estão incorporados nas rotinas destes sistemas é a avaliação. Percebe-se que a avaliação e o monitoramento acontecem mais em nível de gestão, sendo estes indicadores são centralizados e, esporadicamente, construídos no coletivo, levados ao conhecimento e discutidos como instrumentos de planejamento de estratégias, conjuntamente com os profissionais de saúde e com a própria comunidade. Não raramente, os profissionais desconhecem os dados produzidos em seus próprios cenários de práticas diárias.

Os critérios⁴ utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos, porque a evolução do conhecimento e a dinâmica social estão sempre a exigir mudanças e aprimoramento na forma como se prestam os serviços. Dependem também de condições muito particulares na percepção de entendimento de cada um sob a ótica da qualidade. A avaliação segue uma sequência, um círculo, sendo um processo dinâmico e contínuo, em constante construção.

A avaliação tem como referência conceitual o modelo proposto por Donabedian^{5,6}, baseado na teoria do sistema, que considera os elementos de estrutura, de processo e de resultados, tendo como foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais.

A grande maioria dos trabalhos produzidos na avaliação do pré-natal utiliza o processo assistencial, com vistas a investigar o contexto da atenção oferecida em nível primário.

O MS⁷, em 2000, implantou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de desenvolver um modelo nacional que normatizasse as ações assistenciais desenvolvidas e trouxe à discussão as práticas pré-natais e as suas bases conceituais, em consonância com os modelos utilizados em todo o mundo.

Vários trabalhos, que avaliaram este programa, no Brasil⁸⁻¹⁶, demonstraram que a assistência realizada oferecida é ainda desarticulada e parcial. Os critérios mínimos preconizados pelo PHPN são, ainda, insuficientes e com baixos percentuais. Os melhores estudos foram alcançados no Sul e Sudeste^{11,14} do país. Diante deste contexto, é preciso definir estratégias que contemplem, tanto as gestantes como os profissionais envolvidos, tais como o acesso organizacional, melhorias de utilização, criação de vínculo entre usuárias, equipe profissional e instituições que irão realizar o parto e captação precoce às gestantes para a realização do pré-natal, sensibilizando-as sobre a importância da realização periódica das consultas, seguimento e retorno às unidades de saúde para a consulta do puerpério. Também é preciso investir em Educação Permanente junto aos profissionais de saúde, sensibilizando-os para a adesão ao programa, incluindo o preenchimento correto dos registros dos instrumentos propostos pela PHPN, visto que o mesmo é uma importante ferramenta de avaliação do pré-natal sistematizado em todo o país.

A avaliação do pré-natal utilizando o índice de Kessner modificado por Takeda¹⁷, em 1993, considerou a adequação do pré-natal tendo em vista o número de consultas e a idade gestacional da primeira consulta. Este índice estabelece os seguintes escores: 1) adequado (seis consultas ou mais e início do pré-natal antes de 20 semanas de gestação); 2) inadequado (início do pré-natal, após 28 semanas de gestação, ou menos de três consultas) e 3) intermediário nas demais situações). Além disso, também avalia os procedimentos e exames realizados no pré-natal. Vários estudos no país têm utilizado esse índice para avaliação do pré-natal¹⁸⁻²¹, com percentuais variando entre 82,7%²³ a 37%¹⁹ para o escore adequado. Quando inseridos na avaliação os exames e procedimentos, o escore adequado diminuiu, conforme ficou demonstrado em estudos realizado em Pelotas¹⁹, em 2001 e em São Paulo¹⁸, entre 2000 e 2001. Além da precocidade do início do pré-natal e periodicidade das consultas, é necessário também que as consultas realizadas sejam de qualidade quanto ao atendimento oferecido.

Outra problemática que tem ficado evidente, quando se avalia a qualidade do pré-natal, é o número excessivo de cesarianas realizadas. A cesariana é um procedimento cirúrgico²² que propicia vantagens, quando corretamente indicada, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade, mas que não está isenta de complicações maternas^{23,24}, como maior risco de hemorragia, riscos anestésicos, infecção puerperal, embolia pulmonar e acretismo placentário em gestações futuras. Está associada^{23,25} a problemas perinatais, tais como prematuridade iatrogênica, anóxia e distúrbios respiratórios. A cesariana²⁶ interfere

também no estabelecimento do vínculo entre mãe e filho e na amamentação, devido à separação entre ambos, durante o pós-parto imediato.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁷, em 1985, recomendou a taxa de 15% como ideal, alicerçada em taxas de países com menores índices de morbimortalidade perinatal, que têm taxas, aproximadamente, de 10%²⁸. A portaria do MS (2000) dispôs sobre o pacto pela redução das taxas de cesarianas estabelecendo a taxa de 40% para as unidades hospitalares de alto risco e 25% para as unidades de risco habitual, como desejável para todos os Estados brasileiros até 2007. Mesmo com o compromisso firmado, por intermédio do pacto, a taxa mantém-se elevada no Brasil²⁹, apresentando-se mais alta nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e menor no Norte e Nordeste (rede interagencial de informações para a saúde no Brasil).

Um estudo recente²⁸ mostrou que dezenove países latino-americanos apresentavam taxas variando entre 16,8%, na Colômbia, e 40%, no Chile. No mesmo estudo²⁸, o Brasil ocupava a segunda posição, com 27,1%.

A busca por fatores que justifiquem esses aumentos é essencial para que soluções possam ser pensadas. Diversas são as hipóteses levantadas na tentativa de se encontrar uma explicação para esse aumento na taxa de cesarianas, tendo em vista que a superioridade do parto vaginal está consagrada na literatura. Dentre as hipóteses mais estudadas, ressalta-se a associação ao nível socioeconômico, ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas, à conveniência de uma intervenção programada para o obstetra, ao uso de antibióticos e à divulgação na mídia, com a supervalorização da tecnologia^{30,31}.

Diante do exposto, o presente trabalho propõe-se avaliar o processo do pré-natal, utilizando o índice de Kessner modificado por Takeda¹⁷, incluindo exames laboratoriais e procedimentos realizados, verificando se existe diferença na qualidade do pré-natal e nas prevalências de parto normal e cesariana entre UBS (tradicional) e UESF.

2 JUSTIFICATIVA

O município de Santa Maria está localizado na região centro do Estado do Rio Grande do Sul, possuindo uma população de 274.070 mil habitantes e uma população feminina em idade fértil (10 a 49 anos) de 90.181 mulheres (IBGE/DATASUS, censos e estimativas de 2007).

A rede de atenção básica do município é composta por 32 unidades de saúde, sendo 14 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), por 16 equipes, com cobertura de 20%

da população de Santa Maria e 18 Unidades Básicas de Saúde Tradicional (UBS), incluindo as UBS dos distritos (área rural), que contam com o atendimento complementar dos serviços da unidade móvel.

Toda a rede de atenção básica está distribuída em seis regiões sanitárias. As unidades de saúde estão ligadas diretamente à diretoria de atenção básica, que coordena a rede de atenção à saúde. Em 2005, foi criado o Núcleo de Atenção Básica com o propósito de coordenar, implementar e integrar as políticas de atenção à saúde e os diversos programas.

Até o presente momento, não foi realizado nenhum trabalho de avaliação da atenção pré-natal da rede de saúde deste município. Em estudo³² realizado, em 1995, no serviço de obstetrícia do Hospital Universitário de Santa Maria, foi investigada a eficácia da assistência pré-natal, conforme número e momentos da primeira consulta, idade gestacional e peso fetal ao nascimento. Concluiu-se que a maior frequência às consultas de pré-natal e a assistência precoce à gestante reduziram as taxas de nascimento pré-termo e de fetos de baixo peso. Portanto, é imprescindível o início precoce e o acompanhamento rotineiro às consultas de pré-natal, como fator de proteção à saúde do recém-nascido.

Frente ao trabalho já realizado, torna-se fundamental e de extrema importância a avaliação da assistência pré-natal desenvolvida nas unidades de saúde, utilizando-se o índice de Kessner modificado por Takeda¹⁷.

Este estudo fornecerá dados sobre a realidade do município no que diz respeito à saúde da mulher e do recém-nascido, mais especificamente no pré-natal, possibilitando o planejamento e servindo de instrumento de avaliação da gestão municipal. Desta forma, considera-se como um projeto factível, podendo, futuramente, ser realizado, rotineiramente, pelo serviço, fornecendo subsídios concretos para a qualidade de atendimento às gestantes durante o pré-natal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

- Avaliar o processo da atenção pré-natal em Santa Maria/RS, verificando se há diferença entre a qualidade do pré-natal entre UBS tradicional e UESF;
- Medir a prevalência de parto normal e cesariana, conforme local da realização do pré-natal (Unidade Tradicional x Estratégias de Saúde da Família), no ano de 2009, em Santa Maria/RS.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a qualidade da atenção pré-natal na rede de saúde por meio do índice de Kessner modificado;
- Verificar a idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas realizadas, exames básicos, procedimentos e vacinação realizados;
- Avaliar a prescrição de sulfato ferroso, durante a gestação entre as gestantes, que realizaram o seu pré-natal em unidades tradicionais e aquelas que o realizou em Unidades de Estratégias de Saúde da Família;
- Avaliar se as mulheres receberam alguma informação sobre: aleitamento materno, tipo de parto (parto vaginal, parto vaginal com fórceps, parto cesário), consulta puerperal, anticoncepção, pós-parto, cuidados com o recém-nascido, durante a realização do pré-natal, procurando correlacionar esta informação ao local da realização do pré-natal;
- Verificar se há diferença entre as vias de parto (parto vaginal e cesário), entre a assistência prestada durante o pré-natal e entre a Unidade Tradicional e as Unidades de Estratégias de Saúde da Família;
- Avaliar se há correlação entre o Índice de Apgar do recém-nascido, no primeiro e no quinto minuto de vida, peso e idade gestacional com o local de realização do pré-natal;
- Correlacionar o início da primeira consulta de pré-natal entre o índice de Kessner modificado e o PHPN com a qualidade do pré-natal.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou e está sendo fortalecida de forma crescente nos últimos anos e, em escala progressiva, é evidente a importância da Atenção Primária à Saúde, especialmente com a sua implantação e expansão, através das Estratégias de Saúde da Família.

A APS³ é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial com valores, princípios e elementos próprios. A atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde, pois consiste no local responsável pela organização do

cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo, e procura proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição dos recursos.

Em 2003²⁹, estabeleceu-se que a APS fosse uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e não um programa limitado de ações de baixa resolutividade, ao incorporar a visão do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de APS.

Em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº. 648/GM, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerando a transformação do PSF e uma estratégia de abrangência nacional prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil.

A prática da avaliação da qualidade acontece em muitos países como forma de organizar as práticas de saúde, sendo uma maneira de alcançar os princípios norteadores dos sistemas de saúde.

A avaliação⁴, que envolve a estrutura, o processo e o resultado, permite ao final, detectar os problemas, as falhas e visualização concreta de necessidades de busca de estratégias, para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios.

A avaliação do pré-natal é uma forma de melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal. Estudos mais frequentes utilizam os estudos de Donabedian^{5,30}, associados aos cuidados da atenção pré-natal para a classificação do escore, podendo ser destacados o índice de Kessner, de 1973, e o índice de adequação da utilização do cuidado pré-natal (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*, APNCU) proposto por Kotelchuck em 1994. Silvia Takeda, em 1993, modificou o índice de Kessner, e, em 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

No Brasil, o programa de atenção pré-natal ocorreu de forma mais ampla com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 1984, que se constituiu um marco histórico, pois propõe uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital e não apenas no ciclo gravídico-puerperal.

Desde esse período, têm ocorrido mudanças significativas⁷ em relação à saúde da mulher. Pode-se citar como exemplo o número de consultas e início precoce do pré-natal. Em contrapartida, os indicadores de saúde relativos à morbidade e à mortalidade materna e perinatal continuam insatisfatórios.

Estudos têm demonstrado²⁰, em Campinas, São Paulo, que adolescentes, pretas, pardas, solteiras e gestantes de menor renda iniciaram o pré-natal mais tardiamente e fizeram

um menor número de consultas. Entretanto, em alguns indicadores da qualidade da atenção, como exames de rotina, teste HIV, parto cesário e permanência do recém-nascido em alojamento conjunto, os resultados foram melhores nas gestantes de baixa renda. A inadequação do cuidado pré-natal foi significativamente maior para as mulheres de menor renda. Achados parecidos foram encontrados¹⁶ em Pelotas/RS, 1993. A ausência de pré-natal foi maior entre as mulheres mais pobres, na maioria adolescentes ou com idade acima de 40 anos, o mesmo sendo encontrado em estudos parecidos, em Caxias do sul/RS¹¹.

No Brasil⁷, a assistência pré-natal tem apresentado importantes diferenciais em vários aspectos, que vão desde o acesso ao número de consultas, passando por seus conteúdos, periodicidade e profissionais envolvidos em sua realização. A realidade do panorama obstétrico, confrontada com as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, levaram o Ministério da Saúde a lançar uma estratégia com objetivo de definir um modelo nacional, que normatizasse as ações assistenciais relacionadas, conjugando esforços para melhorar os resultados observados. O programa denominado Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) trouxe em seu bojo a discussão sobre as práticas pré-natais e suas bases conceituais, em consonância com os modelos utilizados em todo o mundo.

A principal estratégia do PHPN⁷ é 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, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O PHPN estabeleceu critérios mínimos como: realizar a primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação (16 semanas), realização de, no mínimo, 06 consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o parto. Realizar os exames laboratoriais ABO-RH, Hb/Ht, VDRL, Urina, Glicemia de jejum na primeira consulta, e, na 30ª semana, repetir VDRL, Urina, Glicemia de jejum e ofertar o teste HIV, aplicação da vacina antitetânica, dose imunizante (a segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

O índice de Kessner³⁵, mencionado anteriormente, considera a semana de início do pré-natal, a idade gestacional no parto e o número de visitas de pré-natal para classificar o cuidado como adequado, intermediário e inadequado.

O cuidado é considerado adequado se o pré-natal for iniciado antes do final do 1º trimestre de gestação (antes da 13ª semana de gestação) e se houver o seguinte número de consultas: uma ou mais consultas para gestação de 13 ou menos semanas; duas ou mais consultas para gestação de 14 a 17 semanas; três ou mais consultas para gestação de 18 a 21

semanas; quatro ou mais consultas para gestação de 22 a 25 semanas; cinco ou mais consultas para gestação de 26 a 29 semanas; seis ou mais consultas para gestação de 30 a 31 semanas; sete ou mais consultas para gestação de 32 a 33 semanas; oito ou mais consultas para gestação de 34 a 35 semanas e nove ou mais consultas para gestação de 36 ou mais semanas.

O cuidado é considerado inadequado se não houver consultas (ou não forem informadas) em gestação de 14 a 21 semanas; se houver uma consulta ou menos em gestação de 22 a 29 semanas; duas ou menos consultas em gestação de 30 a 31 semanas; três ou menos consultas em gestação de 32 a 33 semanas e quatro ou menos consultas em gestação de 34 semanas. O cuidado é classificado como intermediário para todas as outras combinações não especificadas acima.

O índice APNCU³⁵, por sua vez, considera a idade gestacional no início do pré-natal e o número de visitas, classificando o cuidado pré-natal como inadequado, intermediário, adequado e adequado superior. É considerado como inadequado o início do pré-natal após o 4º mês de gestação (após 16 semanas) ou um número de consultas inferior a 50% do número recomendado pelo ACOG (Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia) (14 consultas para gestação de 40 semanas); intermediário, se o pré-natal for iniciado até o 4º mês de gestação e forem feitas de 50 a 79% das consultas recomendadas pelo ACOG; adequado, se o pré-natal for iniciado até o 4º mês de gestação e forem feitas de 80 a 109% das consultas recomendadas; e adequado superior, se o pré-natal for iniciado até o 4º mês de gestação e forem feitas 110% ou mais das consultas recomendadas.

Takeda incluiu no índice de Kessner (ficando conhecido como índice de Kessner modificado)¹⁷, em 1993, o número de consultas e início do pré-natal: adequado: seis ou mais consultas e início do pré-natal antes de 20 semanas; inadequado: no início do pré-natal, após 28 semanas, ou menos de três consultas; intermediário: nas demais situações.

Um trabalho realizado em Pelotas para avaliar o risco materno demonstrou que há vantagens em acrescentar outros indicadores para a avaliação do pré-natal além de medir simplesmente o número de consultas realizadas. Este trabalho demonstrou que, de acordo com o índice de Kessner modificado por Takeda, 82,7% das mulheres receberam uma atenção pré-natal adequada, 9,1% receberam cuidados considerados intermediários e 8,2% receberam uma atenção considerada inadequada. Foram incluídos neste estudo procedimentos mínimos necessários para um pré-natal adequado, que foram: data da última menstruação (DUM), peso materno, medida da altura uterina, medida da pressão arterial, exame ginecológico, prescrição de vitaminas e ferro, orientações sobre amamentação, exames dos seios e prescrição da vacina antitetânica.

Um estudo da atenção pré-natal realizado na rede básica de Pelotas/RS, com uma avaliação da estrutura e do processo¹⁹ encontrou, de acordo com o índice de Kessner modificado por Takeda, 37% de pré-natal adequado; 38% intermediário e 25% inadequados. Ao incluir exames laboratoriais, resultaram em 31% de pré-natais adequados, 42% intermediários e 27% inadequados. Incluindo procedimentos nas consultas, estes escores caíram, respectivamente, para 5% dos pré-natais classificados como adequados, 91% como inadequados e 4% como intermediários.

Silveira et al. (2001) acrescentaram ao índice de Kessner modificado, o número de vezes em que os exames complementares hemoglobina (Hb), sorologia para sífilis (VDRL) e exame de urina (EQU) foram registrados juntos, ficando estabelecido: adequado (seis ou mais consultas, no início do pré-natal, antes de 20 semanas e um mínimo de dois registros de cada um dos três exames); inadequado (no início do pré-natal, após 28 semanas de gestação, ou menos de três consultas, ou nenhum exame registrado); intermediário (nas demais situações).

Os mesmos autores incluíram, ainda, o número de vezes que os procedimentos da consulta de pré-natal (altura uterina, apresentação fetal, batimentos cardíofetais, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso) foram registrados. Foi considerado adequado quando foram verificados cinco ou mais registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso; quatro ou mais registros dos BCF e dois ou mais registros da apresentação fetal. Consideraram inadequado quando foi verificado dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, BCF, edema e peso, sem qualquer registro da apresentação fetal e intermediário nas demais situações.

Um estudo desenvolvido no serviço de pré-natal do Amparo Maternal desenvolveu estudo associado ao índice de Kessner modificado por Takeda a um registro de cada exame, sendo classificado como adequado: o pré-natal com seis ou mais consultas e início do pré-natal, antes de 20 semanas de gestação e, pelo menos, um registro de todos os exames laboratoriais de rotina; inadequado: o pré-natal com menos de três consultas ou início do pré-natal, após 28 semanas de gestação, ou nenhum registro de exames e intermediário em todas as demais situações.

Para o Índice de Kessner, associado a dois registros de exames, classificou-se como adequado o pré-natal com seis ou mais consultas, com início, antes de 20 semanas e, pelo menos, um registro dos exames de Hb/Ht e ABO/Rh e dois registros de VDRL, Urina I e glicemia de jejum; inadequado e intermediário, os mesmos critérios estabelecidos para as classificações anteriores.

Para a análise dos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, foi acrescentado ao índice de Kessner modificado o número de vezes que os procedimentos de mensuração da altura uterina (AU), definição da apresentação fetal (Apres), ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF), avaliação de edema, idade gestacional (IG), pressão arterial (PA) e peso foram registrados. Assim, o pré-natal que apresentou seis ou mais registros dos procedimentos acima foi considerado adequado; e para três ou menos registros dos procedimentos, inadequado. Para as demais situações, intermediário.

Os escores encontrados em estudo realizado em São Paulo¹⁸ foram considerados adequados em 38,4%; intermediários em 36,9% e inadequados em 24,7%. O mesmo estudo utilizando o índice de Kessner foi associado aos procedimentos realizados e os escores encontrados diminuíram sensivelmente, sendo adequados 37,8%, intermediários 33,9% e inadequados 28,3%; Kessner associando procedimentos e exames laboratoriais (conforme manual técnico do ministério) ficou classificado como adequado 35,1%, intermediário 34,3% e inadequado 30,6%. Associando procedimentos e exames laboratoriais, conforme preconiza o PHPN, ao índice de Kessner modificado, foram encontrados os seguintes escores: adequado: 0%, intermediário 69,4% e inadequado 30,6%.

O Brasil ocupou, até pouco tempo, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. A cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. Por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive, por consumir recursos preciosos do sistema de saúde. Os últimos estudos têm demonstrado que o Brasil ocupa o segundo lugar entre os países latinoamericanos, muito distantes da taxa preconizada pela OMS.

A busca por fatores que justifiquem o aumento nas taxas de cesarianas é essencial para que soluções possam ser pensadas. Diversas são as hipóteses levantadas na tentativa de encontrar uma explicação para esse aumento, tendo em vista que a superioridade do parto vaginal está consagrada na literatura. Dentre as hipóteses mais estudadas, ressalta-se a associação com o nível socioeconômico, o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, a conveniência de uma intervenção programada para o obstetra e para a paciente, o uso de antibióticos e a divulgação da mídia, com supervalorização da tecnologia^{31,22}.

Em recente estudo, realizado em Ribeirão Preto²², foi observado um aumento nas taxas de cesariana entre as mulheres de maior nível socioeconômico e, conseqüentemente, de menor risco obstétrico, fato também encontrado no Sul do Brasil⁴³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, recomendou que a taxa ideal de cesarianas fosse de 15%, baseada em taxas de países com menores índices de

morbimortalidade perinatal, que têm taxas de aproximadamente 10%. Em todo o mundo, esses valores variam de 0,4 a 40% e há um notável aumento nestes índices nas últimas três décadas.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Será realizado um estudo transversal no período de julho a dezembro de 2009.

5.2 Justificativa da escolha do delineamento

Este delineamento foi selecionado pelo seu custo relativamente baixo, facilidade de realização, utilidade nos planejamentos de serviços de saúde³³ e na investigação de exposições que são características individuais³⁴.

5.3 Local da pesquisa

O presente estudo acontecerá em duas maternidades públicas, que são os locais de referência para a realização dos partos para as UBS: Centro Obstétrico (por razões adversas, muitas vezes, as puérperas permanecem neste local) ou Maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria, (HUSM), hospital-escola, referência para as gestantes de alto risco, observando-se na prática que há gestantes sem risco gestacional que também têm seus filhos nessa instituição; Hospital Casa de Saúde de Santa Maria, RS, hospital municipal conveniado, referência para as gestantes de baixo risco nas unidades de saúde.

5.4 População da pesquisa

5.4.1 População-alvo

A população-alvo do estudo será composta por puérperas que tiveram seus filhos em um dos dois hospitais públicos (Hospital Casa de Saúde e Hospital Universitário de Santa Maria) e que realizaram seu pré-natal em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Santa Maria no período entre 2008 e 2009.

a) Critérios de inclusão

Serão incluídas todas as puérperas que realizaram pré-natal em UBS tradicional e UESF, no município de Santa Maria/RS, que possuem o cartão da gestante padronizado neste município no momento do parto.

b) Critérios de exclusão

Será fator de exclusão deste estudo puérperas que não realizaram pré-natal nas UBS do município, puérperas que iniciaram o pré-natal nas UBS, mas foram referenciadas para o ambulatório de alto risco do HUSM e puérperas que não estiverem ou não possuem o cartão da gestante, no momento da coleta de dados, e puérperas que relatarem ter realizado seu pré-natal em consultórios privados ou por convênios.

5.5 Amostragem

Serão entrevistadas, consecutivamente, todas as puérperas que estiverem internadas nas duas maternidades e que não se enquadrarem nos fatores de exclusão.

A coleta de dados será realizada, diariamente, bem como nos finais de semana e feriados, por três entrevistadores por local de coleta, devidamente treinados pela pesquisadora, e obedecendo escala pré-determinada.

O horário das entrevistas acontecerá, conforme disponibilidade dos entrevistadores, pelo fato de serem acadêmicos, mas, preferencialmente, à tarde. A coleta dos dados pelos entrevistadores acontecerá em três momentos: coleta de dados do cartão da gestante, aplicação da entrevista à puérpera, com tempo estimado de dez minutos e coleta dos dados do prontuário. A entrevista acontecerá entre 4 horas e 48 horas após o parto e somente será realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pela puérpera.

5.6 Logística

Diariamente, o entrevistador verificará os nascimentos, a unidade onde a puérpera se encontra (CO ou maternidade) e os critérios de inclusão e exclusão. A entrevista será realizada, após apresentação da pesquisa e assinatura do TCLE. Posteriormente, serão coletados dados do cartão da gestante e do prontuário.

5.7 Tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra para o desfecho via de parto-cesáreo, utilizaram-se os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95%, poder de 80%, prevalência de cesária esperada de 63,41% (levantamento realizado do número de cesáreas realizadas em Unidades de Saúde Tradicional e Unidade de Estratégia de Saúde da Família pela pesquisadora), RR 1:2, obtendo-se uma amostra de 792.

O cálculo da amostra para o desfecho qualidade do pré-natal utilizou-se os parâmetros: IC; 95%, poder de 80% prevalência da qualidade do pré-natal inadequado de 63% utilizou-se o escore encontrado no estudo¹⁹ de 2001, RR: 2:1. Obtendo-se uma amostra de 513.

5.8 Período da coleta de dados

A coleta de dados será realizada de julho a dezembro de 2009. Acontecerá, diariamente, nas duas maternidades, até 48 horas após o parto. A entrevista será realizada por três acadêmicos para cada local, obedecendo à escala realizada pela mestranda e pelos supervisores, onde cada acadêmico permanecerá dois dias consecutivos para a coleta dos dados. As entrevistas serão realizadas, diariamente, bem como nos feriados e nos finais de semana.

5.9 Seleção e treinamento dos entrevistadores

A seleção dos entrevistadores será realizada, conjuntamente, com o Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Santa Maria (NEPS), responsável pelo desenvolvimento de estágios; supervisão e análise de projetos a serem desenvolvidos na rede municipal de saúde de Santa Maria e outros processos afins.

A seleção dos entrevistadores será divulgada junto às instituições de Ensino Superior, que compreendem a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), por intermédio de ofício encaminhado aos coordenadores dos cursos da área da saúde.

Serão selecionados os entrevistadores que estejam cursando Enfermagem, Medicina ou outros cursos da área da saúde, para realizar a coleta de dados.

O processo seletivo para os entrevistadores será realizado pela mestranda e pela coordenadora do NEPS, por meio de entrevista, com avaliação dos seguintes itens:

disponibilidade de tempo, interesse do entrevistador, apresentação, expressão, comunicação, motivação e comprometimento. Os entrevistadores não serão remunerados.

Os candidatos selecionados assinarão um termo de compromisso que os responsabiliza pelo andamento das entrevistas e que oficializa que estarão participando, voluntariamente, apenas da coleta de dados.

Serão selecionados dez candidatos, que participarão de treinamento específico, de 20 horas, sobre o tema de estudo, manuseio, entendimento e conhecimento do cartão da gestante, sendo trabalhado cada item, a leitura e o conhecimento dos instrumentos a serem utilizados. Após esta etapa, serão selecionados seis candidatos. Quatro entrevistadores ficarão como suplentes, caso ocorra alguma desistência. Os entrevistadores receberão passagens para transporte aos hospitais e fornecimento de um certificado, pela realização da capacitação de 20h e outro pela coleta de dados, fornecidos pelo NEPS.

O estudo-piloto será realizado na maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria e servirá para testar os instrumentos de coleta de dados, a adequação do manual de instruções e todos os procedimentos que deverão ser realizados pelos entrevistadores.

5.10 Instrumentos

5.10.1 Cartão da gestante fornecido na UBS

Serão coletados os seguintes itens no cartão da gestante: nome, endereço, unidade onde realizou pré-natal, cadastro no SISPRENATAL, data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), nº de gestações (nº de vezes que engravidou), nº de paridade (nº de filhos nascidos vivos), nº de abortos, idade gestacional na primeira consulta e número de consultas realizadas com a respectiva idade gestacional. Também serão coletados dados sobre a realização de exames laboratoriais e números de vezes realizadas; exames de ultrassonografia obstétrica com suas respectivas datas; peso, pressão arterial, altura uterina, ausculta de BCF, movimentos fetais, apresentação fetal e realização do exame citopatológico e vacina antitetânica.

5.10.2 Entrevista aplicada às puérperas

A coleta dos dados referentes às características individuais das puérperas será feita através de um questionário padronizado e pré-codificado, que será aplicado aos indivíduos da

amostra por entrevistadores devidamente treinados. Cada entrevistador terá um manual de instruções detalhado sobre os procedimentos relacionados com a entrevista e as perguntas do questionário.

5.10.3 Dados do prontuário da puérpera

Serão coletados do prontuário da puérpera os seguintes itens: número do prontuário, data de internação, horário de internação, idade gestacional do parto, tipo de parto realizado, Índice de Apgar, peso de RN, horário do nascimento e indicação da realização da cesariana.

5.11 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes de interesse deste projeto de pesquisa são: **A - Tipos de parto** - Para a verificação do tipo de parto, os entrevistadores farão consulta ao registro hospitalar e classificarão os partos em: parto vaginal, parto vaginal com fórceps, parto vaginal com analgesia, parto vaginal com fórceps e analgesia, cesariana, cesariana com fórceps; **B - Qualidade do pré-natal** - Será utilizado o índice de Kessner modificado por Takeda para determinar o número de consultas e a época do início do pré-natal. A partir deste índice, a qualidade do pré-natal será classificada como: **adequada**, quando no cartão da gestante estiverem registradas seis ou mais consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas; **inadequada**, quando, no cartão da gestante, estiver registrado o início do pré-natal, após 28 semanas, ou menos de três consultas, e **intermediária** nas demais situações. Para avaliar procedimentos realizados durante o pré-natal, será utilizado um estudo realizado em Pelotas¹⁹ - RS, e para a avaliação dos exames, será utilizado um estudo realizado em São Paulo - SP²⁰.

Para avaliar o índice de Kessner modificado por Takeda, serão utilizados os exames preconizados pelo PHPN, o qual orienta que os exames laboratoriais ABO/Rh e Hb/Ht sejam solicitados na primeira consulta; VDRL, Urina I e Glicemia de Jejum, na primeira consulta, e repetidos na trigésima semana de gestação, tendo em vista a implantação do PHPN no município. Serão considerados os seguintes escores **adequado**: quando estiverem registradas no cartão da gestante seis ou mais consultas, com início, antes de 20 semanas e, pelo menos, um registro dos exames Hb/Ht e ABO/Rh e dois registros de VDRL, Urina I e Glicemia de Jejum; **inadequado**: quando o pré-natal tiver menos de três consultas, ou com início após 28 semanas de gestação, ou nenhum registro de exames, e **intermediário**: em todas as demais situações.

Para a análise dos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, será acrescentado ao índice de Kessner modificado por Takeda o número de vezes que foram realizados os seguintes procedimentos: altura uterina, apresentação fetal, batimentos cardíofetais, idade gestacional, pressão arterial e peso. Será considerado, como *adequado*, o registro de seis ou mais consultas, início do pré-natal, antes de 20 semanas; e, pelo menos, um registro dos exames Hb/Ht e ABO/RH e dois registros de VDRL, Urina I e Glicemia de Jejum e cinco ou mais registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial e peso; quatro ou mais registros dos batimentos cardíofetais e dois ou mais registros de apresentação fetal. *inadequado*, quando, no cartão da gestante, estiver registrado início do pré-natal, após 28 semanas, ou menos de três consultas, ou nenhum registro dos exames; e dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, batimentos cardíofetais e peso, e nenhum registro da apresentação fetal, e, *intermediário* nas demais situações.

Serão utilizados como pontos de corte: para os procedimentos como a altura uterina, idade gestacional, pressão arterial e peso, pois independem da duração da gestação para serem verificados. Será estabelecido o escore, como adequado, o registro de pelo menos cinco vezes para cada procedimento realizado. Já em relação aos batimentos cardíofetais, que podem ser auscultados a partir de 20 semanas com estetoscópio de Pinard, serão considerados quatro ou mais registros. A apresentação cefálica só é possível avaliar, a partir de 28 semanas, e serão considerados dois ou mais registros para definir o escore como adequado.

Outros itens avaliados serão: a prescrição de sulfato ferroso, a realização de vacina antitetânica bem como o número de doses aplicadas, durante a gestação; se as mulheres receberam alguma informação sobre aleitamento materno, exame de mamas, anticoncepção pós-parto; retorno à UBS para consulta de puerpério e cuidados com o recém-nascido durante a realização do pré-natal.

5.12 Variáveis independentes

As variáveis independentes de interesse, relacionadas à puérpera, ao recém-nascido e ao local de realização do pré-natal são: a) Idade materna: coletada em anos completos; b) Cor da pele ou raça materna: perguntada pela entrevistadora e classificada, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); c) Situação conjugal: casada ou se mora com companheiro, solteira ou sem companheiro, separada, viúva; d) Nível econômico: A, B, C, D, E; (segundo classificação da ABEP (2003), que considera os bens de consumo e a escolaridade do chefe da família); e) Tipo de família: monoparental feminina, monoparental

masculina, casal homossexual ou heterossexual; f) Escolaridade materna: anos completos de estudo; g) Número de gestações: número de vezes que a mulher ficou grávida; h) Número de filhos: número de filhos nascidos vivos e idade de cada um; i) história de gestações anteriores: natimorto, morte neonatal precoce, morte neonatal tardia; j) Planejamento da gravidez: método utilizado antes de engravidar: contraceptivo oral, contraceptivo injetável mensal, preservativo, DIU, método combinado (qualquer método associado ao preservativo), diafragma, métodos comportamentais; k) Tipo de parto: tipo de parto realizado em cada uma das gestações; l) Tipo de parto desejado para esta gestação: esta pergunta será solicitada através do questionário aplicado à puérpera, referindo-se a qual tipo de parto a mulher gostaria de ter realizado (parto vaginal ou cesariana); m) Escala de bem-estar fetal: Índice Apgar no primeiro e no quinto minutos após o nascimento; n) Local da realização do pré-natal: Unidades Tradicionais de Saúde ou Unidades com Equipes de Saúde da Família exclusivamente.

5.13 Processamento e análise dos dados

Após revisão e codificação, os questionários serão digitalizados, utilizando-se o Teleform, com checagem automática de consistências. A análise dos dados será realizada no programa SPSS, versão 13.0 *for Windows*. A análise de dados envolverá procedimentos de estatística descritiva, bivariada e multivariável. O grupo de pacientes que teve parto vaginal será comparado ao grupo que realizou cesariana através da utilização de Teste t no caso de variáveis contínuas e quiquadrado no caso de variáveis dicotômicas. Para controle de eventuais fatores de confusão serão realizadas análises multivariadas.

6 QUESTÕES ÉTICAS

Em todas as etapas do projeto será resguardado o sigilo e o anonimato. Em nenhum momento será revelado o nome da puérpera, sendo que este apenas será registrado apenas para fins de controle da pesquisadora. Só serão utilizadas neste projeto de pesquisa as respostas das puérperas que concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O mesmo será apresentado em duas vias, devidamente assinado, ficando uma com a pesquisadora e outra com a puérpera. No caso de puérperas adolescentes, o TCLE deverá ser consentido, inicialmente, pela mesma e, após, assinado pelos responsáveis; na

ausência destes não será realizada a entrevista. Para puérperas sem nenhuma escolaridade, após a concordância em participar da pesquisa, será colhida à amostra digital, na presença de duas testemunhas. Durante a entrevista, será preservada a privacidade da mulher.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes, cujos dados serão coletados em prontuários do Centro Obstétrico ou Maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria e Hospital Municipal Casa de Saúde, cartão da gestante e entrevista realizadas com as mesmas. Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a pesquisa do presente projeto. As informações somente serão divulgadas de forma anônima e serão mantidos os dados no computador programa SPSS, versão 13.0 *for Windows*, de propriedade da pesquisadora e sob sua responsabilidade, por um período de 5 anos.

A presente pesquisa não apresenta risco à puérpera a não ser o possível desconforto em responder as perguntas solicitadas e o tempo de alguns minutos para dedicar-se às respostas.

Será respeitada a resolução 196/96 e, para tanto, o projeto será submetido ao Comitê de Ética da UNIFRA (Centro Universitário Franciscano) e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição-GHC.

O Projeto somente será iniciado após a aprovação do Comitê.

7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão divulgados através da publicação de dois artigos científicos em periódicos da área da saúde. O primeiro artigo resultante dessa dissertação será relacionado ao tipo de parto e local da assistência pré-natal. O segundo artigo correlacionará a qualidade do pré-natal ao local de realização do mesmo.

Será fornecido o resultado do estudo ao Hospital Universitário de Santa Maria e Hospital Casa de Saúde, locais da coleta dos dados. E, especialmente, para a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, como potente ferramenta de avaliação da gestão municipal, para os integrantes do Núcleo de Atenção Básica e Núcleo de Educação Permanente, com o objetivo de estar interagindo e realizando as interfaces com as demais políticas de saúde. E para os profissionais da rede municipal de saúde, como forma de socializar e propor estratégias em conjunto, se necessário.

8 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Atividade/período	Jan-jun 2009	Jul-dez 2009	Jan-mar 2010	Abr-jun 2010	Jul-ago 2010
Revisão da literatura	X	X	X	X	X
Redação do projeto	X				
Defesa do projeto	X				
CEP	X				
Estudo-piloto	X				
Treinamento da equipe	X				
Coleta de dados		X			
Limpeza do banco			X		
Análise dos dados				X	
Defesa preliminar				X	
Artigo				X	
Defesa final					X

9 RECURSOS NECESSÁRIOS/ORÇAMENTO

Para o desenvolvimento da pesquisa, serão utilizados os materiais abaixo relacionados, que serão custeados pela própria pesquisadora.

Denominação	Quantidade	Valor unitário	Custo total
Folhas A ₄	8 pcts. com 500 folhas	R\$ 18,00	R\$ 144,00
Impressão dos questionários	800 cópias	R\$ 1,00	R\$ 800,00
Canetas azuis	20	R\$: 2,50	R\$ 50,00
Lápis e borracha	20	R\$: 2,50	R\$ 50,00
Cartuchos de cor preta para impressora HP	5	R\$ 80,00	R\$ 400,00
Pen-drive	1	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Treinamento de entrevistadores e supervisores	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Passagens para coletadores	366	R\$ 2.20	R\$ 805.20
Total	-	-	2.489,20

10 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes profissionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão. Série pacto pela vida, v. 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 76 p.

2. Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2004.
3. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
4. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005 Dez; S63-S9.
5. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its management. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health administration; 1982. v. 1.
6. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990 Nov; 114(11):1115-8.
7. Ministério da Saúde. Portaria GM N°569/2000. Institui o Programa Pré-natal e Nascimento. Available from: http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/spn_port9.htm (10 Mai 2009).
8. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saude Matern Infant. Recife.* 2004 Jul-Set; 2004:269-79.
9. Nascimento ER et al. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia, *Rev. Acta Paul. Enferm* 2007; 20930; 311-5.
10. Nagahama EE, Santiago SM O cuidado pré-natal em hospital universitário:uma avaliação de processo.*Cad Saude Publ.* 2006 Jan; 22(1):173-9.
11. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Brasil Ginecol Obstetr* 2002; 293-9.
12. Grangeiro GR et al. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE, segundo indicadores de processo dos sisprenatal. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):105-11.
13. Tanaka YO et al. Avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Saude Publ* 2008; 42(2); 383-7.
14. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior de Estado de São Paulo em 2005. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2008 Jan-Mar; 8(1):113-24.
15. Silva JLP. A qualidade do pré-natal no Brasil. Editorial. [s.d.t.].
16. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Saude Publ* 2009; 43(1):98-104.
17. Takeda SMP. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. [dissertação] Pelotas (RS) Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel; 1993.
18. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Saude Mater Infant* 2005 Dez; 5(sup11): S23-S32.
19. Silveira DS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publ* 2001 Jan-Fev; 17(1):131-9.
20. Almeida SD, Barros MB. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publ* 2005 Jan; 17(1):15-25.

21. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul. *Cad Saude Públ* 1998; 14(3):487-92.
22. Freitas PF et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publ* 2005; 39:761-7.
23. Carniel EF et al. Fatores de risco para a indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(1):34-40.
24. Cabral S et al. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação do parto cesáreo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(10):739-44.
25. Villar J et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health. Latin América. *Lancet* 2006; 367(9525):1819-29.
26. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publ* 1996; 30(1):19-33.
27. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2:436-7.
28. Belizan JM et al. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319:397-400.
29. Rede Interagencial de Informações para a saúde - RIPASA. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde - 2007 (IDB-2007). Tema do ano: nascimento no Brasil, 2007:1-19.
30. Rezende J. Obstetrícia. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
31. Moraes MS, Goldenberg P. Cesarianas: um perfil epidêmico. *Cad Saude Publ* 2001; 17:509-19.
32. Morais EN. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. *Rev Bras Ginecol Obstet [serial online]* 1998; 20(1):25-32.
33. Cesar CL, Tanaka OY. Household surveys as an evaluation tool for health services: a case study from the Southeast region of the Greater Sao Paulo Metropolitan Area, 1989-1990. *Cad Saude Publ* 1996; 12 suppl(2):59).
34. Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford Univ Press; 1995.
35. Kessner DM et al. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos Trazadores. In OPS (Organización Pan-americana del a Salud) - Investigaciones sobre serviços de salud. Washington (DC);1992:555-3 [série Publicación Científica, n 534].

APÊNDICE B

Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa – UNIFRA



MINISTÉRIO DA SAÚDE – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP/MS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNIFRA
REGISTRO NA CONEP Nº 1246
REGISTRO CEP/UNIFRA: 090.2009.2

I – IDENTIFICAÇÃO:

Título do Protocolo: Avaliação da Assistência Pré-Natal realizada nas Unidades de Saúde de Santa Maria-RS.
Pesquisador responsável: Tatiane da Silva Dal Pizzol
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Área Temática: Saúde Coletiva
Data de Entrada: 24.04.09

II – OBJETIVO

Objetivo geral:

Avaliar o processo da atenção pré-natal em Santa Maria/RS, verificando se há diferença entre a qualidade do pré-natal entre UBS tradicional e UESF. Isto, a fim de medir a prevalência de parto normal e cesariana, conforme local da realização do pré-natal (Unidade Tradicional x Estratégias de Saúde da Família), no ano de 2009, em Santa Maria/RS.

Objetivos específicos:

- Avaliar a qualidade da atenção pré-natal na rede de saúde por meio do índice de Kessner modificado.
- Verificar a idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas realizadas, exames básicos, procedimentos e vacinação realizados.
- Avaliar a prescrição de sulfato ferroso, durante a gestação entre as gestantes, que realizaram o seu pré-natal em unidades tradicionais e aquelas que o realizou em Unidades de Estratégias de Saúde da Família.
- Avaliar se as mulheres receberam alguma informação sobre: aleitamento materno, tipo de parto (parto vaginal, parto vaginal com fórceps, parto Cesário), consulta puerperal, anticoncepção, pós-parto, cuidados com o recém-nascido, durante a realização do pré-natal, procurando correlacionar esta informação ao local da realização do pré-natal.
- Verificar se há diferença entre as vias de parto (parto vaginal e Cesário), entre a assistência prestada durante o pré-natal e entre a Unidade Tradicional e as Unidades de Estratégias de Saúde da Família.
- Avaliar se há correlação entre o Índice de Apgar do recém-nascido, no primeiro e no quinto minuto de vida, peso e idade gestacional com o local de realização do pré-natal.
- Correlacionar o início da primeira de pré-natal entre o índice de Kessner modificado e o PHPN com a qualidade do pré-natal.

III – JUSTIFICATIVAS

O município de Santa Maria está localizado na região centro do Estado do Rio Grande do Sul, possuindo uma população de 274.070 mil habitantes e uma população feminina em idade fértil (10 a 49 anos) de 90.181 mulheres. A rede de atenção básica do município é composta por 32 unidades de saúde, sendo 14 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), por 16 equipes, com cobertura de 20% da população de Santa Maria e 18 Unidades Básicas de Saúde Tradicional (UBS), incluindo as UBS dos distritos, que contam com o atendimento complementar dos serviços da unidade móvel de saúde. Toda a rede de atenção básica está distribuída em seis regiões sanitárias. As unidades de saúde estão ligadas diretamente à diretoria de atenção básica, que coordena a rede de atenção à saúde. Em 2005, foi criado o Núcleo de Atenção Básica com o propósito de coordenar, implementar e integrar as políticas de atenção à saúde e os diversos programas.

Até o presente momento, não foi realizado nenhum trabalho de avaliação da atenção pré-natal da rede de saúde deste município. Em estudo realizado, em 1995, no serviço de obstetria do Hospital Universitário de Santa Maria, foi investigada a eficácia da assistência pré-natal, conforme número e momentos da primeira consulta, idade gestacional e peso fetal ao nascimento. Concluiu-se que a maior frequência às consultas de pré-natal e a assistência precoce à gestante reduziram as taxas de nascimento pré-termo e de fetos de baixo peso. Portanto, é imprescindível o início precoce e o acompanhamento rotineiro às consultas de pré-natal, como fator de proteção à saúde do recém-nascido.

Frente ao trabalho já realizado, torna-se fundamental e de extrema importância a avaliação da assistência pré-natal desenvolvida nas unidades de saúde, utilizando-se o índice de Kessner modificado por Takeda. Este estudo fornecerá dados sobre a realidade do município no que diz respeito à saúde da mulher e do recém-nascido, mais especificamente no pré-natal, possibilitando o planejamento e servindo de instrumento de avaliação da gestão municipal. Desta forma, considera-se como um projeto factível, podendo, futuramente, ser realizado, rotineiramente, pelo serviço, fornecendo subsídios concretos para a qualidade de atendimento às gestantes durante o pré-natal.

IV – SUMÁRIO

Metodologia: Será realizado um estudo transversal no período de julho a dezembro de 2009. Este delineamento foi selecionado pelo seu custo relativamente baixo, facilidade de realização, utilidade nos planejamentos de serviços de saúde³³ e na investigação de exposições que são características individuais. O presente estudo acontecerá em duas maternidades públicas, que são os locais de referência para a realização dos partos para as UBS:

- Centro Obstétrico (por razões adversas, muitas vezes, as puérperas permanecem neste local) ou Maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria, (HUSM), hospital-escola, referência para as gestantes de alto risco, observando-se na prática que há gestantes sem risco gestacional que também têm seus filhos nessa instituição.
- Hospital Casa de Saúde de Santa Maria, hospital municipal conveniado, referência para as gestantes de baixo risco nas unidades de saúde.

A população-alvo do estudo será composta por puérperas que tiveram seus filhos em um dos dois hospitais públicos (Hospital Casa de Saúde e Hospital Universitário de Santa Maria) e que realizaram seu pré-natal em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Santa Maria no período entre 2008 e 2009.

Serão incluídas todas as puérperas que realizaram pré-natal em UBS tradicional e UESF, no município de Santa Maria/RS, que possuírem o cartão da gestante padronizado neste município no momento do parto.

Será fator de exclusão deste estudo, puérperas que não realizaram pré-natal nas US do município, puérperas que iniciaram o pré-natal nas UBS, mas foram referenciadas para o ambulatório de alto risco do HUSM e puérperas que não estiverem ou não possuírem o cartão da gestante, no momento da coleta de dados, e puérperas que relataram ter realizado seu pré-natal em consultórios privados ou por convênios.

Serão entrevistadas, consecutivamente, todas as puérperas que estiverem internadas nas duas maternidades e que não se enquadrarem nos fatores de exclusão.

A coleta de dados será realizada, diariamente, bem como nos finais de semana e feriados por três entrevistadores por local de coleta, devidamente treinados pela pesquisadora, e obedecendo escala pré-determinada.

O horário das entrevistas acontecerá, conforme disponibilidade dos entrevistadores, pelo fato de serem acadêmicos, mas, preferencialmente, à tarde. A coleta dos dados pelos entrevistadores acontecerá em três momentos: coleta de dados do cartão da gestante, aplicação da entrevista à puérpera, com tempo estimado de 10 minutos e coleta dos dados do prontuário. A entrevista acontecerá entre 4 horas e 48 horas após o parto, e somente será realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela puérpera.

Diariamente, o entrevistador verificará os nascimentos, a unidade onde a puérpera se encontra (co ou maternidade) e os critérios de inclusão e exclusão. A entrevista será realizada, após apresentação da pesquisa e assinatura do TCLE. Posteriormente, serão coletados dados do cartão da gestante e do prontuário.

Para o cálculo do tamanho da amostra para o desfecho via de parto-cesáreo utilizaram-se os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95%, poder de 80%, prevalência de cesária esperada de 63,41%, (levantamento realizado do número de cesáreas realizadas em Unidades de Saúde Tradicional e Unidade de Estratégia de Saúde da Família pela pesquisadora). RR 1:2, obtendo-se uma amostra de 792.

O cálculo da amostra para o desfecho qualidade do pré-natal utilizou-se os parâmetros IC; 95%, poder de 80% prevalência da qualidade do pré-natal inadequado de 63% utilizou-se o escore encontrado no estudo¹⁹ de 2001, RR: 2:1. Obtendo-se uma amostra de 513.

A coleta de dados será realizada de julho a dezembro de 2009. Acontecerá, diariamente, nas duas maternidades, até 48 horas após o parto. A entrevista será realizada por três acadêmicos para cada local, obedecendo à escala realizada pela mestrandia e pelos supervisores, onde cada acadêmico permanecerá dois dias consecutivos para a coleta dos dados. As entrevistas serão realizadas, diariamente, bem como nos feriados e nos finais de semana.

A seleção dos entrevistadores será realizada, conjuntamente, com o Núcleo de Educação Permanente, da Secretaria Municipal de Santa Maria (NEPS), responsável pelo desenvolvimento de estágios; supervisão e análise de projetos a serem desenvolvidos na rede municipal de saúde de Santa Maria e outros processos afins.

A seleção dos entrevistadores será divulgada junto às instituições de Ensino Superior, que compreendem a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), por intermédio de ofício encaminhado aos coordenadores dos cursos da área da saúde.

Serão selecionados os entrevistadores que estejam cursando Enfermagem, Medicina, ou outros cursos da área da saúde, para realizarem a coleta de dados.

O processo seletivo para os entrevistadores será realizado pela mestrandia e pela coordenadora do NEPS, por meio de entrevista, com avaliação dos seguintes itens: disponibilidade de tempo, interesse do entrevistador, apresentação, expressão, comunicação, motivação e comprometimento. Os entrevistadores não serão remunerados.

Os candidatos selecionados assinarão um termo de compromisso que os responsabilizam pelo andamento das entrevistas e que estarão participando, voluntariamente, apenas da coleta de dados.

Serão selecionados dez candidatas, que participarão de treinamento específico, de 20 horas, sobre o tema de estudo, manuseio, entendimento e conhecimento do cartão da gestante, sendo trabalhado cada item, a leitura e o conhecimento dos instrumentos a serem utilizados. Após esta etapa, serão selecionados seis candidatas. Quatro entrevistadores ficarão como suplentes, caso ocorra alguma desistência. Os entrevistadores receberão passagens para transporte aos hospitais e fornecimento de um certificado, pela realização da capacitação de 20 h e, outro, pela coleta de dados, fornecidos pelo NEPS.

O estudo-piloto será realizado na maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria e servirá para testar os instrumentos de coleta de dados, a adequação do manual de instruções e todos os procedimentos que deverão ser realizados pelos entrevistadores.

Serão coletados os seguintes itens no cartão da gestante: nome, endereço, unidade onde realizou pré-natal, cadastro no SISPRENATAL, data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), nº. de gestações (nº. de vezes que engravidou), nº. de paridade (nº. de filhos nascidos vivos), nº. de abortos, idade gestacional na primeira consulta e número de consultas realizadas, com a respectiva idade gestacional. Também serão coletados dados sobre a realização de exames laboratoriais e números de vezes realizadas; exames de ultrassonografia obstétrica com suas respectivas datas; peso, pressão arterial, altura uterina, ausculta de BCF, movimentos fetais, apresentação fetal e realização do exame citopatológico e vacina antitetânica.

A coleta dos dados referentes às características individuais das puérperas será feita através de um questionário padronizado e pré-codificado, que será aplicado aos indivíduos da amostra por entrevistadores devidamente treinados. Cada entrevistador terá um manual de instruções detalhado sobre os procedimentos relacionados com a entrevista e as perguntas do questionário.

As variáveis dependentes de interesse deste projeto de pesquisa são:

A - Tipos de parto- Para a verificação do tipo de parto, os entrevistadores farão consulta ao registro hospitalar e classificarão os partos em: parto vaginal, parto vaginal com fórceps, parto vaginal com analgesia, parto vaginal com fórceps e analgesia, cesariana, cesariana com fórceps.

B - Qualidade do pré-natal- Será utilizado o índice de Kessner modificado por Takeda para determinar o número de consultas e a época do início do pré-natal. A partir deste índice, a qualidade do pré-natal será classificada como: **adequada**, quando no cartão da gestante estiverem registradas seis ou mais consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas; **Inadequada**, quando, no cartão da gestante, estiver registrado o início do pré-natal, após 28 semanas, ou menos de três consultas, e **Intermediária** nas demais situações. Para avaliar procedimentos realizados durante o pré-natal, será utilizado um estudo realizado em Pelotas¹⁹ - RS, e para a avaliação dos exames, será utilizado um estudo realizado em São Paulo - SP.²⁰

Para avaliar o Índice de Kessner modificado por Takeda, serão utilizados os exames preconizados pelo PHPN o qual orienta que os exames laboratoriais ABO/Rh e Hb/Ht sejam solicitados na primeira consulta; VDRL, Urina I e Glicemia de Jejum, na primeira consulta, e repetidos na trigésima semana de gestação, tendo em vista a implantação do PHPN no município. Serão considerados os seguintes escores **adequado**: quando estiverem registradas no cartão da gestante seis ou mais consultas, com início, antes de 20 semanas e, pelo menos, um registro dos exames Hb/Ht e ABO/Rh e dois registros de VDRL, Urina I e Glicemia de Jejum; **Inadequado**: quando o pré-natal tiver menos de três consultas, ou com início após 28 semanas de gestação, ou nenhum registro de exames, e **Intermediário**: em todas as demais situações.

Para a análise dos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, será acrescentado ao índice de Kessner modificado por Takeda o número de vezes que foram realizados os seguintes procedimentos: altura uterina, apresentação fetal, batimentos cardíofetais, idade gestacional, pressão arterial e peso. Será considerado, como **adequado**, o registro de seis ou mais consultas, início do pré-natal, antes de 20 semanas; e, pelo menos, um registro dos exames Hb/Ht e ABO/RH e dois registros de VDRL, Urina I e Glicemia de Jejum e cinco ou mais registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial e peso; quatro ou mais registros dos batimentos cardíofetais e dois ou mais registros de apresentação fetal. **Inadequado**, quando, no cartão da gestante, estiver registrado início do pré-natal, após 28 semanas, ou menos de três consultas, ou nenhum registro dos exames; e dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, batimentos cardíofetais e peso, e nenhum registro da apresentação fetal, e intermediária nas demais situações.

Serão utilizados como pontos de corte: para os procedimentos como a altura uterina, idade gestacional, pressão arterial e peso, pois independem da duração da gestação para serem verificados. Será estabelecido o escore, como adequado, o registro de pelo menos cinco vezes para cada procedimento realizado. Já em relação aos batimentos cardíofetais, que podem ser auscultados a partir de 20

semanas com estetoscópio de Pinard, serão considerados quatro ou mais registros. A apresentação cefálica só é possível avaliar, a partir de 28 semanas, e serão considerados dois ou mais registros para definir o escore como adequado.

Outros itens avaliados serão: a prescrição de sulfato ferroso, a realização de vacina antitetânica, bem como o número de doses aplicadas, durante a gestação; se as mulheres receberam alguma informação sobre aleitamento materno, exame de mamas, anticoncepção pós-parto; se retomaram à UBS para consulta de puerpério e cuidados com o recém-nascido durante a realização do pré-natal.

As variáveis independentes de interesse, relacionadas à puerpera, ao recém-nascido e ao local de realização do pré-natal são:

- a) Idade materna: coletada em anos completos.
- b) Cor da pele ou raça materna: perguntada pela entrevistadora e classificada, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- c) Situação conjugal: casada ou mora com companheiro, solteira ou sem companheiro, separada, viúva.
- d) Nível econômico: A, B, C, D, E; (segundo classificação da ABEP (2003), que considera os bens de consumo e a escolaridade do chefe da família).
- e) Tipo de família: monoparental feminina, monoparental masculina, casal homossexual ou heterossexual.
- f) Escolaridade materna: anos completos de estudo.
- g) Número de gestações: número de vezes que a mulher ficou grávida.
- h) Número de filhos: número de filhos nascidos vivos e idade de cada um.
- i) História de gestações anteriores: natimorto, morte neonatal precoce, morte neonatal tardia.
- j) Planejamento da gravidez: método utilizado antes de engravidar: contraceptivo oral, contraceptivo injetável mensal, preservativo, DIU, método combinado (qualquer método associado ao preservativo), diafragma, métodos comportamentais.
- k) Tipo de parto: tipo de parto realizado em cada uma das gestações.
- l) Tipo de parto desejado para esta gestação: esta pergunta será solicitada através do questionário aplicado à puerpera, referindo-se a qual tipo de parto a mulher gostaria de ter realizado (parto vaginal ou cesariana).
- m) Escala de bem-estar fetal: Índice Apgar no primeiro e no quinto minutos após o nascimento.
- n) Local da realização do pré-natal: Unidades Tradicionais de Saúde ou Unidades com Equipes de Saúde da Família exclusivamente.

Após revisão e codificação, os questionários serão digitalizados utilizando-se o Teleform, com checagem automática de consistências. A análise dos dados será realizada no programa SPSS, versão 13.0 for Windows. A análise de dados envolverá procedimentos de estatística descritiva, bivariada e multivariável. O grupo de pacientes que teve parto vaginal será comparado ao grupo que realizou cesariana através da utilização de Teste t no caso de variáveis contínuas e qui-quadrado no caso de variáveis dicotômicas. Para controle de eventuais fatores de confusão serão realizadas análises multivariadas.

Em todas as etapas do projeto será resguardado o sigilo e em nenhum momento será revelado o nome da puerpera, sendo que este apenas será registrado apenas para fins de controle da pesquisadora. Só serão utilizadas neste projeto de pesquisa as respostas das puérperas que concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de puérperas adolescentes, o TCLE deverá ser consentido, inicialmente, pela mesma e, após, assinado pelos responsáveis, puérperas sem nenhuma escolaridade será colhida a amostra digital. Durante a entrevista, será preservada a privacidade da mulher.

Será respeitada a resolução 196/96 e, para tanto, o projeto será submetido ao Comitê de Ética da UNIFRA (Centro Universitário Franciscano) e posteriormente ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS.

Orçamento detalhado: O projeto apresenta descrição detalhada das despesas deste estudo, e ficará sob a responsabilidade do pesquisador.

Cronograma: O projeto será realizado no período de julho a dezembro de 2009.

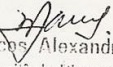
Currículo do pesquisador: O currículo do pesquisador encontra-se em anexo e disponível na base Lattes/CNPq.

V – PARECER

O projeto de pesquisa apresenta, por uma lado, todos os elementos formais necessários para o desenvolvimento de uma pesquisa científica, por outro lado, a temática abordada é de grande relevância científica e social. Quanto aos aspectos éticos o projeto apresenta-se de acordo com a Resolução 196/96 do CNS/MS. Nesse sentido, contam em anexo, ao protocolo da pesquisa: autorização dos locais onde será desenvolvida, autorização da Secretaria Municipal de Saúde, Termo de Confidencialidade, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Instrumento para coleta dos dados, Currículo Vitae dos pesquisadores. No que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), percebe-se que o mesmo é redigido de forma clara e objetiva, constam objetivos, justificativa, procedimentos para a coleta dos dados, também preserva os direitos fundamentais dos sujeitos participantes do estudo, tais como: liberdade, sigilo e privacidade. Contudo, como a coleta dos dados da pesquisa será feita por outra pessoa, que não a própria pesquisadora, recomenda-se que seja reservado espaço, no TCLE, para a assinatura também do pesquisador responsável, juntamente com sujeito da pesquisa e entrevistador.

SITUAÇÃO: APROVADO COM RECOMENDAÇÃO

Santa Maria, 16 de junho de 2009.


Prof. Marcos Alexandre Alves
Coord. do Comitê de Ética em pesquisa
CENTRO UNIV. FRANCISCANO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trind, 596
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mostardero, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.660.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária do dia 26 de agosto de 2009, analisou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 09-091

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

TATIANE DA SILVA DAL-PIZZOL

GISELE ALSINA NADER

ELENIR TEREZINHA RIZZETTI ANVERSA

Título: Avaliação da assistência pré-natal realizada nas Unidades de Saúde de Santa Maria-RS.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados


Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Obs.: Este projeto deverá ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa local, onde irá ser desenvolvida a pesquisa.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 28 de agosto de 2009.


Vitto Gianeristoforo dos Santos
Coordenador do CEP

ANEXOS

ANEXO A – Questionários/Formulários Instrumento coleta de dados

ENTREVISTA APLICADA A PUÉRPERA

BANCO DE DADOS

Entrevista número: _____
Nome do entrevistador: _____
Data: ____/____/_____
Local da pesquisa: 1- HUSM: 2- Casa de Saúde:

LOC PES:

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA

1.1 Participante da pesquisa nº: _____
1-2- Número do leito: _____
1.3 - Idade (anos completos): _____

IDADE:

I- ENTREVISTA APLICADA À PUÉRPERA

Explicar sobre o TCLE e, após ler para a mesma. Aceitou responder o questionário
1- Sim: 0- Não: Por quê:

1.1. Você realizou seu pré-natal na unidade de saúde mais próxima de sua casa?
1-Sim: 0- Não: Por quê:

1.1 UNIPROX

1.2. Em que Unidade de Saúde você realizou seu pré-natal:

1.2 UBSPN:

1.3. Escolaridade: até que série você completou na escola?

1.3 ESC:

1.4. Raça/cor: A sua cor ou raça é? (Ler todas as alternativas para a puerpéra)

1-Branca: 2-Preta: 3-Amarela:
4-Parda: 5-Indígena: 6-Ignorado:

1.4 RAÇA:

1.5. Situação Conjugal: a senhora é: (ler todas as opções):

1-Casada ou mora com o companheiro:
2-Solteira ou sem companheiro:
3-Separada: 4-Viúva:

1.5 SIT. CONJ:

1.6. Atividade/ profissão: No que você trabalha? _____

1.6 PROF:

1.7. Nível econômico. Qual é renda familiar? _____

1.7 REND:

1.8. Quantas pessoas vivem com esta renda? _____

1.8 NºPES:

1.9 Quantas pessoas vivem no seu domicílio? _____

1.9 NºDOMI:

1.10 Tipo de família (*monoparental entende-se como a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes*).

1.10 TIPFAMI:

1-Monoparental feminina 2-Monoparental masculina
3-Casal homossexual 4-Casal heterossexual

1.11 Quantas vezes você engravidou? (*Contar esta gravidez*) _____
No caso de puérpera primigesta pular para a questão: 1.18

1.11 NUGRAV:

1.12 Quantos filhos nascidos vivos você teve? (*contando este que você ganhou agora*)

 1.13 Qual a idade dos seus filhos ?
 1-1° filho: idade _____
 2-2° filho: idade _____
 3-3° filho: idade: _____
 4-4° filho: idade: _____
 5-5° filho; idade: _____
 6-6° filho: idade: _____
 7-7° filho: idade: _____
 8-8° filho: idade: _____
 9-9° filho; idade: _____
 10-10° filho idade: _____
 Mais de 10 _____

1.14 Você já teve algum abortamento?

1-Sim Quantos? _____ 0- Não

1.15 Algum bebê de você nasceu morto em gestações anteriores?

1-Sim Quantos? _____ 0- Não

1.16 Em outras vezes que você ganhou bebê, algum nasceu vivo e depois morreu.

1-Sim Quantos? _____ 0- Não

1.17 (Em caso positivo na questão anterior). Quantos dias, após nascer ele(s), morreu (ram)?

1- 1-Dias: _____ 2 - Meses: _____ 3- Ano: _____

2- 1-Dias: _____ 2 - Meses: _____ 3- Ano: _____

3- 1-Dias: _____ 2 - Meses: _____ 3- Ano: _____

1.18 Você planejou a gravidez atual?

1-Sim 0-Não 9-Não sabe/não lembra

1.19 Você utilizava algum método para evitar filhos antes de engravidar?

1-Sim Qual? _____

0- Não 9- Não sabe/não lembra

1.20 No caso de ter ocorrido falha do método . Qual a causa?

1.21 - Que tipo de parto você teve nas gestações anteriores?

a1- 1° filho: 1- parto vaginal 2- parto cesário

2- 2° filho: 1- parto vaginal 2- parto cesário

3-3° filho: 1-parto vaginal 2- parto cesário

4- 4° filho: 1- parto vaginal 2- parto cesário

5- 5° filho: 1- parto vaginal 2- parto cesário

6- 6° filho: 1- parto vaginal 2- parto cesário

7- 7° filho: 1- parto vaginal 2- parto cesário

8- 8°filho: 1- parto vaginal 2- parto cesário

9- 9° filho: 1- parto vaginal 2- parto cesário

10- 10° filho: 1- parto vaginal 2- parto cesário

1.22 Que tipo de parto você desejava nesta gestação?

(Esta pergunta refere-se a qual o

tipo de parto que a mulher gostaria de ter realizado)

1.12: N/V:

1.13: IdFIL:

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

1.14 ABOR:

QUANABOR:

1.15 NAT/MOR:

QUANMOR:

1.16 VIV/MORT:

QUAMOR:

1.17 ID/ÓBI:

1- 1 2 3

2- 1 2 3

3- 1 2 3

1.18 PF:

1.19 MÉT:

1.20 CAUS:

1.21 VIA PART:

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

TOTAL CES:

TOTAL VAG:

1.22 DESPAR ATU:

1-Parto vaginal 2- parto cesário porque?

PQ:

1.23 Você realizou ultrassom durante a gravidez?

1.23 ULTRA:

1-Sim quantas vezes?

QUANTULT:

Local de realização _____

LOC:

0-Não

1.24 ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DURANTE O PRÉ-NATAL:

1.24.1 Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno?

1.24.1 ALEI/MAT:

1-Sim 0-Não 9-Não sabe/ não lembra

1.24.2 Você recebeu orientações sobre métodos para evitar a gravidez após o parto?

1.24.2 MÉT/CONTRA:

1- Sim 0- Não 9- Não sabe/ não lembra

1.24.3 Você recebeu orientações sobre o puerpério (período até 40 dias após o parto) para retornar a unidade de saúde?

1.24.3 PUÉRP:

1- Sim 0- Não 9- Não sabe/ não lembra

1.24.4 Você recebeu orientações para consultar sobre sinais e sintomas que não são normais neste período?

1.24.4 SINT:

1- Sim 0- Não 9- Não sabe/ não lembra

1.24.5 Você recebeu orientações, durante o pré-natal, para levar o bebê para consultar, medir, pesar, fazer teste do pezinho e vacinar após o nascimento na Unidade de Saúde?

1.24.5 PUERI:

1-Sim 0-Não 9- Não sabe/ não lembra

1.24.6 Você recebeu alguma informação sobre os tipos de parto: como vaginal (normal) ou cesário?

1.24.6 ORI VIA/PART:

1- Sim 0- Não 9- Não sabe/ não lembra

1.24.7 As suas mamas foram examinadas durante o pré-natal?

1.24.7 EX/MAMAS:

1- Sim 0- Não 9- Não sabe/ não lembra

1.24.8 Com quem você realizou o seu pré-natal nesta gestação?

1.24.8 PROF:

1- Médico obstetra

2- Médico obstetra e enfermeiro

3- Enfermeiro da ESF

4- Médico da ESF

5- Médico e enfermeiro da ESF

6- Enfermeiro de unidade de saúde tradicional.

1.24.9 Você recebeu o cartão da gestante na primeira consulta?

1.24.9 CART:

1-Sim 0- Não 9- Não sabe/ não lembra

1.24.10 Você teve facilidade em consultar, quando suspeitou que estivesse grávida

1.24.10 FAC:

1-Sim 0-Não Por quê? _____

9- Não sabe/ não lembra

1.24.11 Quando você realizava as consultas de pré-natal, era agendado o próximo retorno?

1.24.11 AGEND:

1- Sim 0- Não 9-Não sabe/ não lembra

1.24.12. Durante a gestação, você participou de algum grupo de gestante ou orientações em sala de espera?

1.24.12 PART/GRUPO:

1-Sim 0-Não 9-Não sabe/ não lembra

1.24.13 Você realizou exame preventivo do câncer de colo de útero no último ano?

1.24.13 REALI/PREV:

1-Sim 0-Não 9-Não sabe/ não lembra

1.24.14 Você recebeu orientações sobre a realização do teste anti-HIV?

1.24.14 ORI/HIV:

1-Sim 0-Não 9-Não sabe/ não lembra

1.24.15 No caso de ter recebido orientações para a realização do teste anti-HIV, foi informada em realizar dois exames na gestação, um no primeiro trimestre e outro no terceiro trimestre? (dois exames HIV durante a gravidez).

1- Sim 0- Não 9- Não sabe/ não lembra

1.24.15 TEST/HIV:

1.24.16 Você recebeu medicamento para anemia?

1- Sim 0- Não 9- Não sabe/ não lembra

1.24.16 MED/ANEMIA:

1.25 No caso de ter realizado cesariana, você sabe por que ela foi indicada

1-Sim por quê? _____

0-Não

1.25 ORI/CES:

1.26 Qual foi a data da sua última menstruação ____/____/____

0- Não sei

1.26 DUM:

1.27 Você realizou vacina antitetânica nesta gestação?

1- sim 0- Não Por quê? _____

1.27 VAT:

II ANÁLISE DO CARTÃO DA GESTANTE

Nestes itens retirar as informações do cartão da gestante, seguindo fielmente os registros encontrados.

2.1 - Possui número do SISPRENATAL?

1- Sim Qual o número? _____ 0- Não

2.1 N° SIS:

2.2 - Unidade onde realizou o pré-natal: _____

0- Não informado:

2.2 UBS:

2.3 - Data da consulta pré-natal e idade gestacional:

Se não informada deixar em branco (Idade gestacional)

2.3 CONS/ IG:

1ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

1ª IG:

2ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

2ª IG:

3ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

3ª IG:

4ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

4ª IG:

5ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

5ª IG:

6ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

6ª IG:

7ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

7ª IG:

8ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

8ª IG:

9ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

9ª IG:

10ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

10ª IG:

11ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

11ª IG:

12ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

12ª IG:

13ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

13ª IG:

14ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

14ª IG:

15ª. Consulta data: ____/____/____ idade gestacional: _____

15ª IG:

2.4 - VERIFICAR SE OS SEGUINTE ITENS ESTÃO REGISTRADOS NO CARTÃO DA GESTANTE:

2.4.1 DUM (Data da última menstruação):

1-Sim QUAL a data:...../...../..... 0- Não

2.4.1 REG/DUM:

2.4.2 DPP (Data provável do parto)

1- Sim 2-Não

2.4.2 DPP:

2.4.3 Número de gestações(Gesta) (Número de vezes que engravidou)
1-Sim Quantas vezes: _____ 0 - Não 9-Não se aplica

2.4.4 Número de partos:(Para) (Primigesta pular para a questão 2.4.8)
1-Sim Quantos: _____ 0 - Não 9-Não se aplica

2.4.5 Números de abortos:
1- Sim Quantos: _____ 0 - Não 9-Não se aplica

2.4.6 Números de cesárias realizadas:
1- Sim Quantas: _____ 0- Não 9- Não se aplica

2.4.7.Peso dos filhos nas gestações anteriores:
1- Sim 0- Não 9- Não se aplica (primigesta)

2.4.8.Raça/etnia:
1- Sim 0 - Não

2.4.9. Nível de instrução/escolaridade:
1- Sim 0 - Não

2.4.10. Peso início da gestação:
1- Sim 0 - Não

2.5. NÚMERO DE VEZES QUE OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS FORAM ANOTADOS NO CARTÃO

2.5.1.Idade gestacional (IG): _____

2.5.2.Peso: _____

2.5.3.Pressão Arterial (PA): _____

2.5.4.Altura Uterina (AU): _____

2.5.5.Batimentos cardíofetais (BCF): _____

2.5.6.Movimentos fetais (MF): _____

2.5.7.Toque vaginal: _____

2.6.NÚMERO DE VEZES QUE OS SEGUINTE EXAMES FORAM ANOTADOS NO CARTÃO:

Colocar a data de realização dos mesmos e se não contemplar a data, marcar opção não informado).

2.6.1.ABO/Rh: _____ IG: _____ Data: __/__/__ 9-Não informado

2.6.2.Ht/Hb: _____ IG: _____ DATA __/__/__ 9-Não informado

IG: _____ Data: __/__/__ 9-Não informado:

IG: _____ Data: __/__/__ 9-Não informado:

2.6.3.VDRL: _____

IG: _____ Data: __/__/__ 9-Não informado:

IG: _____ Data: __/__/__ 9-Não informado:

2.6.4.EQU: _____

IG: _____ Data: __/__/__ 9-Não informado:

2.4.3 GESTA:
QUANTGES:

2.4.4 PV:
QUANTPV:

2.4.5 ABORTO:
QUANTAB:

2.4.6 N° /CES:
QUANCES:

2.4.7 PES/FILHOS:

2.4.8ETN:

2.4.9 ESCO:

2.4.10 PES/GES:

2.5.1 IG:

2.5.2 PES:

2.5.3 PA:

2.5.4 AU:

2.5.5 BCF:

2.5.6 MF:

2.5.7TV:

2.6.1 ABO/Rh/IG:

2.6.2 Ht/Hb/IG:

2.6.3 VDRL/IG:

2.6.4 EQU/IG:

IG: _____ Data: __/__/__.	9-Não informado: <input type="checkbox"/>	
IG: _____ Data: __/__/__	9-Não informado: <input type="checkbox"/>	
2.6.5.Glicemia de Jejum: _____		2.6.5 GLI/JJ/IG:
IG: _____ Data: __/__/__	9-Não informado: <input type="checkbox"/>	
IG: _____ Data: __/__/__	9-Não informado: <input type="checkbox"/>	
IG: _____ Data: __/__/__	9-Não informado: <input type="checkbox"/>	
2.6.6.Teste de Tolerância a Glicose: _____		2.6.6 TOL/GLI/IG:
IG: _____ Data: __/__/__.	9-Não informado: <input type="checkbox"/> 0- Não se aplica <input type="checkbox"/>	
IG: _____ Data: __/__/__.	9-Não informado: <input type="checkbox"/> 0- Não se aplica <input type="checkbox"/>	
2.6.7. Teste Anti HIV _____		2.6.7 TEST/HIV/IG:
IG: _____ Data: __/__/__	9- Não informado: <input type="checkbox"/>	
IG: _____ Data: __/__/__	9- Não informado: <input type="checkbox"/>	
2.6.8.HBsAg: _____		2.6.8 HbsAg/IG:
IG: _____ Data: __/__/__	9- Não informado: <input type="checkbox"/>	
IG: _____ Data: __/__/__	9- Não informado: <input type="checkbox"/>	
2.6.9.TOXOPLASMOSE: IGG: _____ IG: _____		2.6.9 TOX/IGG/IG
Data: __/__/__	9- Não informado: <input type="checkbox"/>	
IGM _____ IG: _____ Data: __/__/__	Não informado: <input type="checkbox"/>	IGM/IG:
2.6.10. Citopatológico: 1- Sim <input type="checkbox"/> 0-Não <input type="checkbox"/>		2.6.10 CITO:
2.6.11. Registro de ultrassonografia:		2.6.11 REG/ULTRA:
1-Sim <input type="checkbox"/> Quantas vezes? _____	0- Não <input type="checkbox"/>	QUANTSON:
2.7.Vacinação antitetânica:		2.7 VTET:
1-1ª Dose: <input type="checkbox"/> 2-2ª Dose: <input type="checkbox"/> 3-3ª Dose: <input type="checkbox"/> 4-Reforço: <input type="checkbox"/> 5-Imune: <input type="checkbox"/>		
6-Não anotado: <input type="checkbox"/>		
III RETIRAR AS INFORMAÇÕES ABAIXO DO PRONTUÁRIO DA PUERPÉRA.		
3.1 Nº. do prontuário: _____		3.1 Nº/PROT:
3.2 Data da internação: __/__/__		
3.3. Hora da internação: _____		3.3 H/IN:
3.4.Idade gestacional: _____ dias: _____		3.4 IG:
9- Não informado <input type="checkbox"/>		
3.5 Tipo de parto realizado nesta gestação:		3.5 VIA/PAR/ATU/REL:
1-Parto vaginal <input type="checkbox"/>		
2-Parto vaginal com fórceps <input type="checkbox"/>		
3-Parto vaginal com analgesia <input type="checkbox"/>		
4-Parto Cesário <input type="checkbox"/>		
5-Parto Cesário com fórceps <input type="checkbox"/>		
3.6. Índice de Apgar:		3.6 APGAR/1º:
1º minuto: _____ 5º minuto: _____		5º:
3.7. Peso do RN: _____		3.7 PES/RN:
3.8. Horário do nascimento: _____		3.8 H/NASC:
1-Manhã: das 07hs às 12:59hs: <input type="checkbox"/>		
2-Tarde: das 13 hs às 18:59hs: <input type="checkbox"/>		

3- Noite: das 19hs às 06:59hs:

3.9. No caso de ter realizado cesariana, a indicação está anotada no prontuário? (*Caso a puérpera tenha realizado parto vaginal, encerrar a entrevista*).

1-Sim

0-Não

3.10. Qual a principal indicação para realização de cesária, anotada no OBSERVAÇÕES: _____

3.9 IND/CES:

IND/PRONT: prontuário?

ANEXO B
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA: EM GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA LINHA DE PESQUISA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

INSTITUIÇÕES PROMOTORAS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Grupo Hospitalar Conceição.

NOME DO ESTUDO: Avaliação da Assistência Pré-Natal Realizada nas Unidades de Saúde de Santa Maria/RS.

COORDENADORA DA PESQUISA: PROF^a.DR^a. Tatiane Dal Pizzol

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Elenir Terezinha Rizzetti Anversa

ENDEREÇO DA PESQUISADORA: Avenida Medianeira 355, Bairro Medianeira. Telefone: 55-3921-7160.

Estamos realizando uma pesquisa para saber como foram os cuidados que você recebeu durante a sua gravidez nas Unidades de Saúde de Santa Maria. Este estudo fornecerá dados sobre a realidade do município no que diz respeito à saúde da gestante e de seus bebês, trazendo benefícios para a saúde das próximas mulheres que irão engravidar. Para tanto, será realizada uma entrevista que buscará conhecer os cuidados recebidos durante a sua gravidez e solicitamos a sua colaboração. Além disso, serão coletados dados do cartão da gestante e do prontuário médico.

Sua participação consiste em responder algumas perguntas de como foi à realização dos cuidados recebidos durante a sua gravidez. Todas as informações que você prestar serão mantidas em sigilo, esta entrevista tem um tempo previsto de mais ou menos 10 minutos.

O possível desconforto dessa pesquisa está relacionado às perguntas que serão feitas a você. Isto fará com que você dedique alguns minutos para responder a entrevista. No entanto, se você se sentir desconfortável com alguma questão, pode optar em não responder ou encerrar a sua participação na pesquisa na hora que desejar sem que isso acarrete prejuízos para você.

Versão Aprovada em

26 AGO. 2009


Dr. Vito Giancristoforo dos Santos
Coordenador-geral do CEP-GHC

Nenhuma pessoa entrevistada ganhará ou pagará nada para participar da pesquisa.

As informações obtidas por meio da entrevista serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, sem identificação dos participantes.

Qualquer dúvida, favor entrar em contato com a responsável da pesquisa, Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, 55-3921-7160.. Caso você queira queixa alguns aspecto ético da pesquisa poderá entrar em contato com o Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, pelo telefone (51) 3357-2407.

Se você concordar, por favor, queira assinar na linha abaixo.

Assinatura da entrevistada

Assinatura do entrevistando

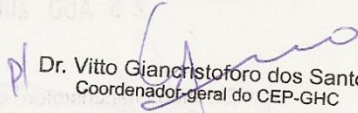
Assinatura da responsável pela Pesquisa.

Santa Maria,.....de..... de 2009.

Este consentimento deve ser assinado em duas vias, uma ficará com o participante e outra com o pesquisador responsável.

Versão Aprovada em

26 AGO. 2009


Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-geral do CEP-GHC

ANEXO C

Outros documentos relevantes: Autorização das Instituições para a coleta de dados

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA
DIREÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

Protocolo de Registro, Acompanhamento de Projetos e Autorização Institucional

Nº Inscrição DEPE: 0261 Data: 27/04/09

Responsável: TATIANE DA SILVA DAL PIZZOL Função: PROFESSOR 3º GRUPO COORDENADOR

CPF: 74780905087 SIAPE: 1562592 Telefone: (51) 3308 5281

Unidade/Curso: PPG - EPIDEMIOLOGIA - UFRGS

Título: Avaliação da Assistência Pré-natal Realizada nas Unidades de Saúde de Santa Maria/RS

* Profª Dra LUCIA BEATRIZ REBEL - SIAPE: 379225

() Ensino (X) Pesquisa () Extensão () Prospectivo (X) Retrospectivo

Declaro ter conhecimento das resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e que este projeto não está em desacordo com nenhum dos itens destas resoluções.

FACULDADE DE FARMÁCIA - UFRGS
Coordenador do Projeto
Av. Ipiranga, 2752 - FURQUIM - SANTA MARIA - RS
CEP 90610-000

Claudio M. Diaz -
Coord. Área Materna
COREN 63342

Setores Envolvidos
Centro Obstétrico e
Unidade de Internat
ção Gineco-Obstétrico

Parecer Ético - CCS

Parecer - DEPE
Autorizado

() Concluído Data: 27/04/09 () Desistiu DEPE/HUSM

() Tema Livre () Publicado () Local () Estadual () Nacional () Internacional

O presente registro não contempla alocação de recursos porventura solicitados.



**HOSPITAL DE CARIDADE
DR. ASTROGILDO DE AZEVEDO**

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS:

Artroscopia
Banco de Olhos:
• Transplantes, Raio Laser Oftálmico
• Campimetria, Ultrassonografia Oftálmica,
Lâmpada de Fenda
Banco de Sangue
Broncoscopia
Cirurgia Cardíaca
Ecoardiografia com Doppler:
• Holter e Electroforvo
Endoscopia Digestiva
Fisioterapia
Hemodiálise
Hemodinâmica
Laboratório de Análises Clínicas
Laboratório de Avaliação Pulmonar
Lipotripsia
Osteoporose:
• Densitômetro
Medicina Nuclear
Oftalmologia
Pronto Socorro de Urgência
Rivologia Convencional
Rivologia Vasculare
Ressonância Magnética
Telemedicina Computadorizada:
• Crânio, Coluna, Tórax, Abdomen
Ultrassonografia:
• Pelvica, Abdominal Total,
Obstétrica/Ginecol, Vias Urinárias,
Adrenais, Próstata, Tireóide, Crânio,
Mama
UTI Coronária
UTI Geral
UPI Neonatal
Videoendoscopia

CLÍNICAS ESPECIALIZADAS

Anestesiologia
Cardiologia
Cirurgia Bucomaxilofacial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Torácica
Cirurgia Vasculare
Clínica Cirúrgica
Clínica da Dor
Clínica Ginecológica
Clínica Médica
Clínica Obstétrica
Clínica Pediátrica
Gastroenterologia
Hematologia
Neftologia
Oftalmologia
Oncologia Quimioterapia
Otorrinolaringologia
Racimologia
Reprodução Humana
Traumato-Ortopedia
Urologia-Proctologia

www.hcaa.com.br
hcaa@hcaa.com.br

Fone: (51) 3220.4144
Fax: (51) 3220.4421

Av. Presidente Vargas, 2291
97016-913 - Santa Maria - RS

Santa Maria, 03 de junho de 2009.


Da: Comissão de Ética Médica do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo


Para: Aluna Elenir Terezinha Rizzetti Anversa


A Comissão de Ética Médica deste Hospital, recebeu para análise e aprovação o Projeto de Mestrado Profissional em Epidemiologia: Ênfase em atenção Primária à Saúde, intitulado: "Avaliação da Assistência Pré-Natal realizada nas Unidades de Saúde de Santa Maria/RS", a ser desenvolvido no Hospital Municipal Casa de Saúde.

O presente trabalho, foi elaborado em perfeito acordo com os ditames da Ética Médica, estando rigorosamente de acordo com as Normas Éticas que regem as Ciências da Saúde, PODENDO SER IMPLEMENTADO no referido Hospital.

Este é o Parecer.


Dr. Edson U. Silveira
Presidente Comitê de Ética Médica


Dr. Antônio Fernando C. Motta
Membro do Comitê


Dr. Cláudio Kmohan
Membro do Comitê