UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIANNE DIAS CORRÊA

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA ZONA SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SÃO PAULO
2014

MARIANNE DIAS CORRÊA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA ZONA SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração:
Cuidado em Saúde.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro.

Versão corrigida, a versão original se encontra disponível na Biblioteca Wanda de Aguiar Horta – Unidade: Escola de Enfermagem.

SÃO PAULO

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Corrêa, Marianne Dias

Assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da zona Sul do município de São Paulo / Marianne Dias Corrêa. -- São Paulo, 2014.

146 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Tsunechiro

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem 2. Assistência Pré-Natal 3. Acesso aos Serviços de Saúde 4. Indicadores de Qualidade 5. Serviços de Saúde I. Título.

Nome: Marianne Dias Corrêa

Título: Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde da zona sul do Município de São Paulo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A meus pais Rani e Délcio, que me apoiaram em todos os momentos de minha vida.

A meus irmãos, cunhados e sobrinho, Randel e Kamila, Dayane e Hadley, Cristiane, Erik e Arthur, que estiveram a meu lado nesta jornada e incentivaram-me em todos os momentos alegres ou difíceis.

A meus amigos: Lisley, Kelly, Estheysi, Priscila Elisabete, Priscylla Coutinho, Danielli, Sthefanie, Daniel, Osmara, Edilaine, Caroline e Edicarlos, que longe ou perto torceram por mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor da vida e do conhecimento.

À Diretora da Escola de Enfermagem: Professora Doutora Diná de Almeida
Lopes Monteiro da Cruz.

À orientadora e amiga Professora Doutora Maria Alice Tsunechiro, que não apenas ensinou e conduziu este processo, mas acolheu e encorajou-me a aproveitar as oportunidades oferecidas pela Escola de Enfermagem e pela Universidade de São Paulo, logo no início da jornada; expresso minha gratidão, pois sou privilegiada por ter sido sua aluna no curso do Mestrado.

À Professora Doutora Marlise de Oliveira Pimentel Lima, seu esforço e determinação foram marcantes, expresso minha gratidão pelo apoio em todos os momentos e por me incentivar a prosseguir e a lutar para alcançar objetivos maiores.

À Professora Doutora Isabel Bonadio, agradeço por compartilhar seus conhecimentos, e pelas contribuições essenciais neste trabalho, não irei esquecer de quando fomos à UBS Jardim Eledy, para últimas correções no formulário, antes do início da coleta dos dados.

Ao gerente da UBS, campo deste estudo, pelo apoio na coleta de dados.

Aos enfermeiros, agentes comunitários de saúde e funcionários da UBS, campo deste estudo, que colaboraram para o levantamento dos prontuários, registro minha gratidão.

Às docentes da Escola de Enfermagem da USP, por suas valiosas contribuições na execução deste trabalho, em especial, às Professoras Doutoras Ana Luiza Vilela Borges, Amélia Fumiko Kimura e Camilla Alexandra Schneck.

Às Professoras Doutoras Sayuri Tanaka Maeda e Nádia Zanon Narchi, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos funcionários dos Setores de Pós-Graduação, de Biblioteca e Documentação e do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, minha gratidão.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro ao Projeto de Pesquisa (Processo nº 485.264/2011-0).

Corrêa MD. Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde da zona sul do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Este estudo buscou analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes matriculadas no Programa de Pré-Natal (PN) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona sul do Município de São Paulo. Os objetivos foram: descrever a organização e a estrutura da UBS; caracterizar as gestantes, conforme dados sociodemográficos e clínico-obstétricos; analisar o processo da assistência PN, conforme os indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) ampliado, os critérios de adequação do pré-natal e o Índice de Kessner modificado por Takeda. Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados por meio de entrevista com o responsável pela unidade e consulta aos dados de prontuários de gestantes matriculadas em 2011. A amostra compôs-se de 308 prontuários. A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2012 e março de 2013. O estudo integra o projeto “Assistência pré-natal em uma região da zona sul do Município de São Paulo” financiado pelo CNPq (Processo nº. 485264/2011-0), realizado em 12 UBS do Distrito de Capão Redondo em São Paulo que prestam atendimento às gestantes, pelo Programa Mãe Paulistana, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP - Parecer nº. 145.651 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Parecer nº. 156.805. Os resultados mostraram que a estrutura do serviço atende aos requisitos para o desenvolvimento de ações preconizadas para a atenção PN, apesar da insuficiência de médicos. As gestantes eram jovens, média da idade 24 anos; 52,3% da raça parda; 58,2% com 8 a 11 anos de estudo; 43,6% com companheiro e filhos; 87,9% casadas ou solteiras com união estável; 40,0% primigestas. Observou-se que: 82,1% da amostra iniciaram o PN até 16 semanas de gestação; 84,1% fizeram o número mínimo de seis consultas; 63,6% tiveram, pelo menos, uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro; 16,2% iniciaram o PN até 16 semanas de gestação, realizaram o mínimo de seis consultas e todos os exames básicos; 13,3% iniciaram o PN até 16 semanas de gestação, fizeram o mínimo de seis consultas, os exames básicos e a consulta de puerpério (CP); 9,7% iniciaram o PN até 16 semanas de gestação, realizaram o mínimo de seis consultas, os exames básicos, a CP e a dose imunizante da vacina antitetânica; 67,5% eram imunes ou receberam a imunização antitetânica e 89,0% realizaram a CP. Pelo Índice de Kessner modificado por Takeda, 79,2% gestantes tiveram o PN adequado; 5,9% inadequado e 14,9% intermediário. Não foram encontradas diferenças entre os grupos PN adequado e inadequado em quase a totalidade das variáveis estudadas. Concluiu-se que a assistência pré-natal da ESF vem se mostrando como um modelo de atenção com bons resultados de adequação pré-natal aos critérios do PHPN e do Índice de Kessner modificado por Takeda. Não obstante, os registros mostraram falhas no atendimento à realização de exames básicos, imunizações e participação em grupos educativos.

Descritores: Assistência pré-natal, Acesso aos serviços de saúde, Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Enfermagem obstétrica.

Corrêa MD. Prenatal care in a primary health care unit in the south zone of São Paulo [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, 2014.

ABSTRACT

This study investigates the prenatal care provided to pregnant women enrolled in Prenatal (PN) Care Program in a Primary Health Unit (PHU) in the south zone of São Paulo. The aims were to describe the organization and structure of PHU; characterize pregnant women, according to sociodemographic, clinical and obstetric data, analyze the process of PN care in accordance with expanded process indicators of national Program for Humanization of Prenatal and Birth (PHPB), standards for adequacy of prenatal care and Kessner index modified by Takeda. This is a cross-sectional study with data collection through interviews with the responsible of the unit and examination the data from medical records of pregnant women enrolled in 2011. The sample consisted of 308 records. Data collection had been done through December 2012 to March 2013. The study integrates the "Prenatal care in a region of the southern zone of São Paulo " project supported by CNPq (Process no. 485264/2011-0), conducted in 12 PHU of Capão Redondo district in São Paulo that provide care for pregnant women, under the Mother Paulistana program through Family Health Strategy (FHS) . The project was approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing - Decision nº. 145.651 and by the Ethics Committee in Research of the Municipal Health Secretary of São Paulo - Decision nº. 156.805. The results showed that the structure of the service meets the requirements for the development of actions recommended for the PN care, despite the shortage of medical doctors. The women were young, mean age 24 years, 52,3% biracial; 58,2% with 8-11 years of education, 43,6% had a partner and children, 87,9% married or single in a stable relationship; 40,0% primigravidae. It had been observed that 82,1% of the sample began PN care up to 16 weeks of gestation; 84,1% had the minimum number of six appointments, 63,6 % had at least one appointment in the first quarter, two on the second and three in the third, 16,2% began PN care up to 16 weeks of pregnancy, had a minimum of six appointments and did all basic examinations, 13,3 % began PN care up to 16 weeks of pregnancy, have a minimum of six appointments, basic tests and a puerperal appointment (PA), 9,7% began PN care up to 16 weeks of pregnancy, had a minimum of six appointments, did the essential exams, PA and immunizing dose of tetanus vaccine, 67,5% were immune or received tetanus immunization and 89,0% had PA. Analyzing PN care by Kessner index modified by Takeda, 79,2 % pregnant women had adequate PN care; 5,9% inappropriate and 14,9% intermediate. No differences were found between appropriate and inappropriate PN care groups in almost all the variables studied. It was concluded that prenatal care under FHS has been showed a model of care with good results of adequacy to prenatal care criteria of PHPB and Kessner Index modified by Takeda. Nevertheless, the records showed flaws in to carry out basic examinations, immunizations and participation in educational groups.

Keywords: Prenatal care. Access to health services. Indicators of quality in health care. Midwifery nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Unidades Básicas de Saúde do Distrito de Capão Redondo e número de gestantes matriculadas em 2011, São Paulo, 2013	37
Quadro 2	Equipamentos e instrumentos mínimos para o desenvolvimento da assistência pré-natal e puerperal, São Paulo, 2013	52
Quadro 3	Instrumentos de registro da consulta pré-natal, São Paulo, 2013	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Subprefeitura do Campo Limpo por distrito administrativo, São Paulo, 2013	35
Figura 2	Distritos do Município de São Paulo, São Paulo, 2013	36
Figura 3	Fluxograma de seleção da amostra de gestantes inscritas em 2011 na UBS CR 8, São Paulo, 2013	38
Figura 4	Adequação do pré-natal, conforme o Índice de Kessner modificado por Takeda, São Paulo, 2013	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das gestantes, conforme as variáveis demográficas, São Paulo, 2013.....	58
Tabela 2	Distribuição das gestantes, conforme ocupação, tipo de trabalho remunerado, horas de trabalho e contato com produtos químicos, São Paulo, 2013.....	59
Tabela 3	Distribuição das gestantes, conforme a renda familiar e renda per capita, São Paulo, 2013	59
Tabela 4	Distribuição das gestantes, conforme uso de fumo, álcool e drogas ilícitas, antes e durante a atual gestação, São Paulo, 2013.....	60
Tabela 5	Distribuição das gestantes, conforme antecedentes pessoais, São Paulo, 2013	61
Tabela 6	Distribuição das gestantes, conforme antecedentes obstétricos, São Paulo, 2013.....	62
Tabela 7	Distribuição das gestantes, conforme antecedentes neonatais, São Paulo, 2013.....	63
Tabela 8	Avaliação do processo da assistência pré-natal e puerperal conforme indicadores do PHPN ampliados, São Paulo, 2013	64
Tabela 9	Distribuição das gestantes, conforme informações nos registros das consultas de pré-natal, São Paulo, 2013.....	65
Tabela 10	Distribuição das gestantes, conforme procedimentos clínico-obstétricos, São Paulo, 2013	67
Tabela 11	Distribuição das gestantes, conforme registro da realização de exames complementares de rotina, São Paulo, 2013.....	68
Tabela 12	Distribuição das gestantes, conforme participação em grupos educativos, São Paulo, 2013.....	70
Tabela 13	Distribuição das gestantes, conforme intercorrências na gestação, São Paulo, 2013.....	70
Tabela 14	Distribuição das gestantes, conforme o desfecho da gestação, São Paulo, 2013.....	71
Tabela 15	Distribuição das 274 mulheres que realizaram a consulta puerperal, São Paulo, 2013.....	72

Tabela 16	Intervalo entre as consultas pré-natais da amostra total, mediana, média, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo, São Paulo, 2013	74
Tabela 17	Características sociodemográficas das gestantes, conforme a adequação do pré-natal, São Paulo, 2013	75
Tabela 18	Uso de fumo, álcool e drogas ilícitas, antes e durante a gestação, conforme a adequação do pré-natal, São Paulo, 2013	76
Tabela 19	Procedimentos nas consultas, conforme a adequação do pré-natal, São Paulo, 2013	78
Tabela 20	Prescrição de suplementos alimentares, conforme a adequação do pré-natal, São Paulo, 2013.....	79
Tabela 21	Exames registrados no prontuário, conforme a adequação do pré-natal, São Paulo, 2013	79
Tabela 22	Desfechos perinatais, conforme a adequação do pré-natal, São Paulo, 2013	81
Tabela 23	Distribuição das gestantes, conforme o Índice de Kessner, modificado por Takeda, São Paulo, 2013	82

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 O tema do estudo	16
1.2 Revisão da literatura	20
1.2 Justificativa	30
2. OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo geral	32
2.2 Objetivos específicos	32
3. MÉTODO	33
3.1 Tipo de estudo	34
3.2 Local	34
3.3 População e amostra	37
3.4 Instrumentos de coleta de dados	39
3.5 Variáveis	39
3.6 Procedimentos para coleta de dados	45
3.7 Tratamento e análise dos dados	46
3.8 Aspectos éticos	48
4. RESULTADOS	50
4.1 Descrição da estrutura da UBS CR8	51
4.1.1 Área física	51
4.1.2 Equipamentos e instrumentos	51
4.1.3 Recursos humanos e funcionamento	52
4.1.4 Apoio laboratorial	54
4.1.5 Oferta de medicamentos	55
4.1.6 Inserção da gestante no programa de pré-natal, controle de faltas	55
4.1.7 Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados	56
4.1.8 Sistema de avaliação do programa de pré-natal	56
4.2 Caracterização das gestantes da UBS CR8	57
4.3 Processo de assistência pré-natal na UBS CR8	64
4.3.1 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR8, conforme as recomendações do PHPN	64
4.3.2 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR8, conforme procedimentos clínico-obstétricos	65

4.3.3 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR8, conforme intervalo entre as consultas.....	73
4.3.4 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR8, conforme critérios de adequação do pré-natal	75
4.3.5 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR8, conforme Índice de Kessner, modificado por Takeda	82
5. DISCUSSÃO	83
6. CONCLUSÕES	103
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICE I: Questionário	119
APÊNDICE II: Formulário de coleta de dados	122
APÊNDICE III: Termo de consentimento livre e esclarecido	128
APÊNDICE IV: Termo de compromisso para a realização da pesquisa	130
ANEXO I: Prontuário de acompanhamento da gestação	133
ANEXO II: Parecer do CEP/EEUSP	141
ANEXO III: Parecer do CEP/SMS	143

APRESENTAÇÃO

No ano 2006, ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem, no Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP Campus 1.

Em 2008, fui convidada pela Professora Marlise de Oliveira Pimentel Lima, para participar na coleta de dados de sua pesquisa de doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, intitulada “Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com sintomas depressivos”. Aceitei o convite com determinação, pois sabia que seria uma forma de ampliar os horizontes acadêmicos. Como parte de minha participação nesse projeto de pesquisa, fui contemplada com bolsa de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP sob a orientação da Professora Doutora Maria Alice Tsunechiro.

A experiência de participar de um grupo de pesquisa, coletar dados, participar de eventos científicos como o SIICUSP - Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo e prestar relatórios foi valiosa para minha iniciação na jornada profissional e acadêmica e, ao final dos trabalhos, no ano de 2009, juntamente com a formatura da graduação me encontrei motivada e decidida a me matricular no Curso de Pós-graduação “Lato Sensu” em Enfermagem Obstétrica pelo UNASP, concluída em dezembro de 2011. E, a seguir, por cerca de três meses, atuei como enfermeira assistencial no setor de maternidade de um hospital público de médio porte, em São Paulo (SP). Em 2012, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGE da EEUSP, com o compromisso de participar de outro projeto de pesquisa “Assistência pré-natal em uma região da zona sul do Município de São Paulo”, financiado pelo CNPq (Processo nº. 485264/2011-0) sob a responsabilidade das Professoras Doutoras Maria Alice e Marlise.

Assim, o presente estudo, é parte do resultado do encontro do ensino, do encorajamento, da dedicação e disposição de um grupo de pesquisadoras e suas alunas, em não apenas cumprir seu trabalho, mas formar profissionais comprometidas com a prática somada ao conhecimento.

1.1 O TEMA DO ESTUDO

No Brasil, morrem por complicações relacionadas à gravidez, parto, pós-parto ou aborto 64,8 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos. O número é três vezes maior ao índice de 20 mortes por 100 mil nascidos vivos, considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2013b).

Com o propósito de melhorar tais indicadores, várias medidas foram tomadas pelo governo brasileiro para ampliar o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal (PN), para qualificar as ações nele desenvolvidas e modificar o modelo de atenção ao parto.

Na década de 1980, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado com objetivo de atender à mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e as características de cada uma delas (Brasil, 1984).

No cenário mundial, o PAISM foi pioneiro, antecipando elementos dos conceitos de Saúde Sexual e Reprodutiva adotados pela Organização Mundial da Saúde, em 1988, e discutidos na Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas, no Cairo, em 1994, e na IV Conferência Mundial sobre a mulher realizada em Pequim no ano seguinte (Brasil, 2005a).

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM/MS nº. 569, de 1º. de junho de 2000, com as seguintes prioridades: reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no País; adotar medidas que assegurem a melhoria de acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento PN, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante (Brasil, 2000a).

Em setembro de 2000, representantes de 191 Estados Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), incluindo 147 Chefes de Estado, assinaram a Declaração do Milênio, considerado o mais importante compromisso internacional em favor do desenvolvimento e da eliminação da

pobreza e da fome no mundo. Ao analisar os maiores problemas mundiais, foram estabelecidos Oito Objetivos do Milênio, que no Brasil são chamados de Oito Jeitos de Mudar o Mundo – que devem ser atingidos por todos os países até o ano de 2015 (ONU, 2000).

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – Melhorar a Saúde Materna, o Brasil deverá apresentar razão da mortalidade materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015 (ONU, 2000).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes e lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, que conta com a adesão de estados e municípios, que se comprometem a implementar medidas para a melhoria da qualidade da assistência à gestação e ao parto, dentre outras. A meta desse pacto consiste na redução de 15% das taxas de mortes de mulheres e recém-nascidos até o final de 2006 e, em 75%, até 2015 (Brasil, 2004a; Brasil, 2004b).

Em 2005, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Brasil, 2005b), na tentativa de ampliar os esforços para alcançar as metas estabelecidas pelo Pacto Nacional citado. Ainda, em 2005, o MS publicou um manual técnico para a atenção qualificada e humanizada no PN e puerpério, com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas de saúde (Brasil, 2006).

A Presidência da República apresentou, em 2010, o quarto Relatório Nacional de Acompanhamento para os ODM, no período de 1990 até 2007, que, para o quinto objetivo, teve como resultados redução de 56% da mortalidade materna por causas diretas, que resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto, ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores, enquanto aquelas por causas indiretas, que decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da

gestação, como problemas circulatórios, apresentaram aumento de 33% entre 1999 e 2000, mantendo-se estável entre 2000 e 2007 (Brasil, 2010).

No processo de construção do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna, a implantação dos comitês de mortalidade materna foi adotada, como uma das ações estratégicas para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e, conseqüentemente, para aumento da quantidade e qualidade das informações disponíveis, possibilitando avaliação dos resultados da assistência prestada às gestantes (Brasil, 2007).

Historicamente, os comitês de morte materna no Brasil iniciaram-se a partir de 1987. Esse movimento ganhou maior dimensão nos Estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro. Com o apoio do Ministério da Saúde, formaram-se os primeiros Comitês Municipais no Estado de São Paulo (Brasil, 2007).

O Comitê de Mortalidade Materna no Município de São Paulo (CMMMSP) foi instituído pela Lei nº. 11.313 de 21 de dezembro de 1992; desde então, realiza um trabalho contínuo na busca de casos positivos ou presumíveis de envolvimento com a morte materna. O CMMMSP consegue, com grande confiabilidade, determinar a Razão da Mortalidade Materna (RMM), fazendo um diagnóstico das principais causas encontradas, apontando falhas nos recursos envolvidos no atendimento à mulher e apresentando sugestões, para que estas possam ser corrigidas, contribuindo para a queda desse indicador. Os dados do relatório de mortalidade materna referentes ao Biênio 2009/2010 mostraram que os casos, em sua maioria, são evitáveis e previsíveis, os cálculos referentes ao Município de São Paulo totalizaram 308 casos de morte materna (São Paulo, 2010).

Em 2011, frente aos desafios, o governo federal, por meio da Portaria nº. 1.459, de 27 de junho de 2011, instituiu a Rede Cegonha, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbidade e mortalidade materno-infantil (Brasil, 2011).

Em 2012, o Ministério da Saúde disponibilizou um Caderno de Atenção Básica voltado à atenção ao PN de baixo risco com o objetivo de orientar o atendimento, de acordo com as evidências mais atuais, com vistas

à realização de uma prática humanizada, integral, em rede e custo-efetiva, garantindo um padrão de acesso e qualidade (Brasil, 2012).

A criação da Rede de Proteção à Mãe Paulistana, pelo Decreto Municipal nº. 46.966 de 2 de fevereiro de 2006, teve como objetivo melhorar a qualidade da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo. E funciona mediante a articulação, integração e monitoramento dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares municipais e estaduais. O Programa propõe-se a garantir: cadastro e vinculação das gestantes nas unidades básicas próximas de suas residências; a inserção da gestante feita exclusivamente por meio da rede básica, regularizando a porta de entrada no sistema de saúde; sua vinculação ao hospital de referência de sua região; meios de transporte e passes para transporte gratuito para que a gestante acompanhada no PN da rede municipal realize consultas e exames e conheça previamente o hospital onde fará o parto (São Paulo, 2006).

Em 7 anos de Programa Mãe Paulistana, já se inscreveram 857.568 mães, e, desde março de 2006, foram realizados 803.364 partos; e em relação ao PN, 4.817.364 consultas, 6.584.589 exames e 854.939 ultrassonografias obstétricas. A Rede está presente em 442 Unidades Básicas de Saúde, 23 Ambulatórios de Especialidades, 37 hospitais, sendo 11 municipais, nove estaduais, quatro conveniados ao SUS, cinco Universitários, cinco Prontos-Socorros Estaduais e dois Municipais e uma Casa de Parto. (São Paulo, 2013a).

A atenção PN tem como objetivo reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil, por meio de medidas que assegurem a melhoria de acesso, cobertura e qualidade do atendimento. Deve acolher a mulher, desde o início da gestação, procurando assegurar a seu final o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno. Para tanto, compreende um conjunto de ações que visam à promoção, à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio de problemas obstétricos que venham a ocorrer ou de enfermidades previamente existentes que podem ser agravadas com o estado gravídico (Brasil, 2006).

Para o monitoramento da atenção PN e puerperal, foi disponibilizado um sistema informatizado o SISPRENATAL/DATASUS, de uso obrigatório

nas unidades de saúde que possibilita a avaliação da atenção pautada no acompanhamento de cada gestante (Brasil, 2006).

A avaliação da atenção PN e puerperal verifica-se por meio de indicadores de processo, resultado e impacto, previamente definidos, que devem ser monitorados para avaliação da atenção prestada como por exemplo, o percentual de gestantes que se inscreveu no programa associado ao número de consultas, número de gestantes e de nascidos vivos, percentual de gestantes inscritas e que receberam imunização antitetânica, que realizaram a consulta de puerpério e todos os exames básicos, dentre outros. O SISPRENATAL é o sistema que, após ser alimentado com os dados, disponibiliza os indicadores de processo, por localidade e período.

A organização e a estrutura dos serviços de saúde constituem elementos necessários para a qualidade da atenção PN. Os requisitos para o desenvolvimento das ações são: disponibilidade de recursos humanos, área física adequada, equipamentos e instrumentais, apoio laboratorial, instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, como cartão da gestante, ficha perinatal, ficha de cadastramento de gestante e mapa de registro diário, medicamentos essenciais e avaliação permanente da atenção PN (Brasil, 2006).

1.2 REVISÃO DA LITERATURA

Brousselle et al. (2011) em seu livro “Avaliação: conceitos e métodos”, tradução para o português de L’Évaluation: concepts et méthodes”, premiada como a melhor obra didática da Universidade de Montreal no ano de seu lançamento (Prix du Recteur de l’Université de Montreal pour un Ouvrage Didactique, 2009), cientes de que seria ilusório apresentar uma nova definição universal e absoluta de avaliação, propõem uma definição que reúne elementos que hoje são consensuais:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de

proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (Brousselle et al., 2011, p.44).

Uma intervenção, qualquer que seja, pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa.

A avaliação normativa busca apreciar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas. Ela se inscreve, por isso, em um processo de verificação da conformidade dos componentes da intervenção em relação a referências: foi feito o que era necessário, de um modo desejável e respeitando as normas definidas? A pesquisa avaliativa, por sua vez, depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção. Visa, assim, a compreender o como e o porquê dos resultados (Brousselle et al., 2011, p.44).

O presente estudo baseia-se na comparação de todos os componentes da intervenção - assistência PN, no que diz respeito a critérios e normas (princípios, diretrizes e indicadores) e permite emitir um julgamento sobre a estrutura (os recursos) e o processo (as atividades) da assistência PN, portanto, uma apreciação normativa, mas também uma pesquisa avaliativa, e propõe-se a analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de “adequação” (a exatidão dos vínculos) entre os diferentes componentes de uma intervenção – assistência PN.

No Brasil, o número de consultas PN por mulher que realiza o parto no SUS vem aumentando: passou de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005 (Brasil, 2006; Peixoto et al., 2011; Brasil, 2012).

Conforme dados da PNDS 2006, a realização de, pelo menos, seis consultas ocorreu em apenas 77% das gestações e o percentual de gestantes que compareceu a sete ou mais consultas de PN cresceu de 47% em 1996 para 61% em 2006 (Brasil, 2008).

Autores afirmam que o aumento no número de consultas pode estar relacionado à expansão da Estratégia Saúde da Família (Miranda, Fernandes, 2010; Anversa et al., 2012; Cesar et al., 2012).

O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco ressalta que:

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que tem o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (Brasil, 2012, p.21).

Apesar do aumento significativo do número de consultas PN, observa-se, ainda, a persistência de altos índices de mortalidade materna e neonatal por causas preveníveis, o que sugere falha na qualidade deste serviço e/ou pouca adesão das mulheres ao serviço (Peixoto et al., 2011; Brasil, 2012).

Cabe ressaltar que as causas de mortalidade materna e neonatal preveníveis não são apenas aquelas relacionadas ao pré-natal, mas também as do parto e puerpério, como a assistência ao trabalho de parto livre de procedimentos desnecessários e profilaxia da hemorragia e infecção puerperal.

Para estimar a qualidade dos serviços, Donabedian (1988) orienta a análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando o estudo do processo, como a melhor forma para investigação do conteúdo da assistência oferecida no nível primário de atenção em saúde (Donabedian, 1988; Dias-da-Costa et al., 2000; Silveira, Santos, Costa, 2001).

Os estudos epidemiológicos sobre avaliação em saúde procuram medir os custos, a eficiência, o uso de tecnologia apropriada e a qualidade da atenção envolvida em uma determinada intervenção (Petitti et al., 1991; Hartz, Pouvourville, 1998; Kogan et al., 1998; Silveira, Santos, 2004; Brousselle et al., 2011).

A qualidade da atenção abrange sobretudo, marcadores de acesso, de utilização, de cobertura, de eficácia, de alcance de objetivos, da estrutura dos serviços, de processo de atendimento, da satisfação do usuário e de

resultados da atenção (Deslandes, 1997; Silveira, Santos, 2004; Bosi, Uchimura, 2007; Almeida, Tanaka, 2009).

Diversos critérios vêm sendo utilizados para analisar o processo da assistência PN, dentre eles, o primeiro critério de julgamento foi criado por Kotelchuck em 1987 (Kotelchuck, 1994), intitulado *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU) - Índice de Adequação do Cuidado Pré-Natal.

O Índice APNCU combina a adequação do início da assistência PN (mês de início da assistência) e a adequação do uso do cuidado PN (número de consultas realizadas), como ótimo, adequado, intermediário e inadequado. Ótimo: o cuidado PN é iniciado até o 4º mês e há a realização de 110% ou mais das visitas recomendadas; adequado: cuidado PN é iniciado até o 4º mês e há a realização de 80%-109% das visitas recomendadas; intermediário: cuidado PN é iniciado até o 4º mês e há a realização de 50%-79% das visitas recomendadas; inadequado: cuidado PN iniciado após o 4º mês ou realização de menos de 50% das visitas recomendadas (Kotelchuck, 1994; Nagahama, Santiago, 2006; Vilarinho, Nogueira, Nagahama, 2012).

Outro Índice utilizado em larga escala é o de Kessner, modificado por Takeda (1993), que classifica a assistência PN como adequada, intermediária e inadequada, de acordo com o número de consultas e o período de início (Takeda, 1993; Halpern et al., 1998; Silveira, Santos, Costa, 2001; Koffman, Bonadio, 2005; Anversa et al., 2012).

Vários tipos de critérios para a análise da assistência PN são descritos na literatura, elaborados com base no número de consultas, início do acompanhamento PN, porém, nota-se que não há um consenso entre os autores, e há os que fixam que o 4º mês de gestação corresponde a 14 semanas (Vilarinho, Nogueira, Nagahama, 2012), 16 semanas (Domingues et al., 2012) e alguns 17 semanas (Andreucci et al., 2011; Corrêa, Bonadio, Tsunechiro, 2011), já outros consideraram PN adequado se a primeira consulta PN ocorreu até 120 dias (Brasil 2000a, Dias-da-Costa et al., 2013).

A Portaria/GM/MS n.º 569, de 1/6/2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), orienta que a efetividade da assistência PN deve ser avaliada, com base nos dados disponíveis nos

sistemas nacionais de informações em saúde por meio de indicadores de processo, resultado e impacto (Brasil, 2000a).

A avaliação permanente da assistência PN deve subsidiar, quando necessário, a mudança da estratégia de ação e da organização dos serviços com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência. A avaliação será feita, conforme os indicadores construídos baseados nos dados registrados na ficha perinatal, no Cartão da Gestante, nos Mapas de Registro Diário da unidade de saúde, nos relatórios obtidos por meio do SISPRENATAL e no processo de referência e contrarreferência (Brasil, 2012).

Como exemplos de avaliação da assistência PN, foram encontrados dois estudos em destaque, realizados na cidade de Pelotas (RS) na década de 1990 (Halpern et al., 1998; Silveira, Santos, Costa, 2001).

No estudo realizado em 1993, por Halpern et al. (1998), cujo objetivo foi obter informações substanciais sobre o conteúdo da atenção PN por meio de um estudo de base populacional, foram entrevistadas todas as mulheres que tiveram filho nos hospitais da cidade. Para quantificar a atenção PN, utilizaram o indicador desenvolvido por Kessner e adaptado por Takeda. O risco materno também foi avaliado usando um escore, elaborado por estudos perinatais ingleses e utilizados em nosso meio, que foi classificado em baixo, médio e alto risco, conforme as informações sobre a história reprodutiva prévia, antropometria materna e situação socioeconômica. Em 1993, nasceram em Pelotas, 5.304 crianças e, destas, 5% das mães não fizeram o PN e tiveram os piores resultados em comparação com as demais, 13% realizaram até quatro consultas e 82,2%, cinco ou mais. O número médio de consultas foi de 7,6, cujo início ocorreu, em média, aos 2,7 meses e 84,7% das mulheres iniciaram o atendimento, antes do 5º mês de gestação. De acordo com o índice de Kessner modificado por Takeda, 87% das gestantes receberam atenção PN classificada como adequada, 9,1% intermediária e 8,2% inadequada. Quanto aos critérios de risco gestacional, 25,9% das mulheres com alto risco receberam atenção considerada inadequada e nas mulheres consideradas de baixo risco a proporção foi de 9,2%, caracterizando a inversão dos cuidados pré-natais.

Silveira, Santos e Costa (2001) realizaram um estudo, em 1998, sobre a atenção PN oferecida às gestantes em 31 unidades da zona urbana do município de Pelotas, Sul do Brasil, que avaliou, por meio de dois dos componentes sugeridos por Donabedian, a estrutura e o processo de atendimento, além do Índice de Kessner modificado por Takeda. Para a avaliação do processo, foi feita uma auditoria dos registros médicos de 839 atendimentos pré-natais. Os resultados mostraram média de consultas de 5,3 e idade de início do PN de 17,8 semanas. De acordo com o Índice de Kessner modificado por Takeda, a proporção do PN adequado foi de 37%, intermediário 38% e inadequado 25%. Quando um número mínimo de registros de exames de rotina foi acrescentado ao critério de adequação, a proporção de PN adequado ficou ainda menor (31%). Com o acréscimo do registro dos procedimentos a este último, o estudo mostrou um índice de adequação de 5% e de inadequação de 91%, concluindo que os fatores associados a esta inadequação podem ser o sub-registro das informações ou que os procedimentos possam não estar sendo realizados em todos os momentos. Por fim, recomendou-se que se deve ter um empenho para melhorar a qualidade da atenção PN oferecida.

O estudo de Koffman e Bonadio (2005) realizado em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo avaliou a qualidade técnica do processo assistencial de 634 prontuários de gestantes, cuja matrícula ocorreu entre julho de 2000 e junho de 2001, utilizando o Índice de Kessner modificado por Takeda. Os resultados mostraram média de 6,5 consultas; no entanto, com início tardio, em média, 20,7 semanas de gestação. Os registros dos procedimentos realizados durante as consultas foram os indicadores de melhores resultados de adequação (92,6% a 97,8%). Em relação ao Índice de Kessner, os percentuais encontrados foram 38,4% adequados, 36,9% intermediários e 24,7% inadequados. Quando foram acrescentados os procedimentos de consulta ao Índice, a adequação foi para 37,8%, intermediário 33,9% e inadequado 28,3% e, com a adição de um registro de exame, o adequado decresceu para 35,1% e o intermediário e o inadequado aumentaram 34,3% e 30,6%, respectivamente. O uso de índices de adequação foi considerado factível, podendo ser realizado rotineiramente

pelos serviços por meio de amostragens periódicas, fornecendo subsídios concretos para melhora da qualidade do cuidado PN.

Corrêa, Bonadio e Tsunechiro (2011) realizaram avaliação normativa do PN, também em uma maternidade filantrópica de São Paulo (Pré-Natal do Amparo Maternal – PN-AM), onde 301 gestantes foram incluídas, atendidas no período entre fevereiro e outubro de 2009. Os objetivos foram avaliar a assistência PN, conforme a idade gestacional de início do acompanhamento, o número de consultas realizadas e a continuidade do atendimento e relacionar a adequação do PN com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e local de início do PN. Para o PN adequado, considerou-se o atendimento a duas condições: início com até 120 dias da gestação ou 17 semanas e mínimo de seis atendimentos em consulta. Os resultados mostraram que 41,5% das gestantes iniciaram o PN em outro serviço de saúde e transferiram-se espontaneamente para o serviço de PN-AM, 74,1% iniciaram precocemente e 80,4% realizaram, pelo menos, seis consultas; 63,1% atenderam aos dois critérios simultaneamente. O PN adequado apresentou diferença estatística significativa para a idade materna, parceiro fixo, trabalho, local de residência, acompanhante à consulta e local de início do PN.

Estudos verificaram que o sub-registro da assistência prestada à gestante em prontuário e a subinformação nos sistemas de informação comprometem o acesso aos dados em saúde (Succi et al., 2008; Andreucci et al., 2011).

Succi et al. (2008) realizaram no Município de São Paulo um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência PN oferecida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) comparando períodos distintos: em 2000 (antes) e 2004 (4 anos após a municipalização dos serviços de saúde); 1.299 prontuários das gestantes em 12 UBS foram analisados, baseando-se nas normas do PHPN, que constam no Manual Técnico do MS de 2006. Os autores concluíram que a qualidade do atendimento PN nas 12 UBS apresentou melhora em relação ao aumento do número de gestantes atendidas e do número de consultas médicas e de enfermagem realizadas. Houve também um aumento na procura do atendimento no primeiro

trimestre da gestação e maior retorno das gestantes às UBS no puerpério. Verificaram que foram realizados mais testes para identificar gestantes positivas para sífilis e HIV.

É importante ressaltar que os autores observaram que a manutenção do acompanhamento até o final da gestação diminuiu em 2004 e, apenas, 7,7% das gestantes tiveram o atendimento que cumprisse todas as atividades estabelecidas pelo PHPN do Ministério da Saúde, que ainda não estava implantado, em 2000. Por fim, inferiram que o pouco retorno às UBS no puerpério pode refletir o baixo vínculo do profissional da saúde com a gestante. Ressaltaram que a precariedade do registro em prontuário da assistência prestada à gestante pode ter interferido na avaliação da qualidade do atendimento PN, o que foi verificado em outros estudos.

Com o objetivo de avaliar a cobertura do PHPN, conforme o cumprimento de seus requisitos mínimos e indicadores de processo Andreucci et al. (2011) compararam as informações do cartão da gestante com os do SISPRENATAL de 1.489 puérperas internadas para parto pelo SUS no município de São Carlos (SP). Os autores verificaram que com exceção da primeira consulta de PN, o cartão PN sempre apresentou registro de informações superiores ao do SISPRENATAL. A proporção de mulheres com seis ou mais consultas de PN e com todos os exames básicos foi de 72,5% pelo cartão de PN e 39,4% pelo sistema oficial. Estas diferenças mantiveram-se para as cinco áreas regionais de saúde do município. Dessa forma, inferiram que o SISPRENATAL não foi uma fonte segura para a avaliação da informação disponível sobre acompanhamento na gestação e destacaram que cabe aos municípios adaptar a qualidade da assistência e capacitar seus profissionais para a correta documentação de informação.

O estudo de Parada (2008), realizado em Botucatu (SP), em 2005, que incluiu 385 prontuários, avaliou a assistência PN na Direção Regional de Saúde (DIR) XI, em 20 municípios que haviam aderido ao PHPN até 2003. Para a avaliação do processo, foi elaborado um instrumento, conforme recomendações do PHPN. Os resultados indicaram que 58,7% das gestantes realizaram seis consultas de PN e consulta de puerpério; 13%,

seis consultas de PN e todos os exames básicos; 10,1%, seis consultas de PN, a consulta de puerpério e todos os exames básicos; 31,4%, a imunização antitetânica e apenas 3,6% as seis consultas de PN, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e a imunização antitetânica. Este último dado aponta para a inadequação da assistência PN, levando-se em conta os indicadores preestabelecidos para o estudo.

Dentre os estudos que avaliaram o cuidado PN, citamos o de Nagahama e Santiago (2006), cujo objetivo foi avaliar o processo de atenção referente à utilização do cuidado PN de gestantes de baixo risco de um hospital universitário de Maringá (PR). O critério elaborado por Kotelchuck, em 1987, o Índice APNCU (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*) e os do PHPN foram usados. Os resultados indicaram 55,5% de pré-natais adequados, considerando-se os dois critérios. O número médio de consultas foi de 9,8 por gestante, ou seja, superior aos parâmetros de estudos anteriores. A inadequação do cuidado foi atribuída ao início tardio da assistência PN e não ao número insuficiente de consultas. Concluiu-se que o serviço ainda apresenta obstáculos ao acesso organizacional, necessitando, assim, de estratégias que garantam essa diretriz fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Serruya, Cecatti e Lago (2004a; 2004b) realizaram a avaliação nacional da experiência de implantação do PHPN, utilizando dados gerados pelo SISPRENATAL/DATASUS dos anos de 2001 e 2002, constataram aumento de adequação de 2% para 4,07%. Próximo de 20% das gestantes realizaram seis consultas de PN; este percentual reduziu-se à metade em 2001, quando foram acrescidos consulta puerperal e exames obrigatórios.

A avaliação nacional do PHPN realizada em 2003 (Tanaka et al., 2008) mostrou falta de integração funcional efetiva entre o PN e o parto, baixa realização de exames no terceiro trimestre gestacional e escassa realização de consulta puerperal. Entre 20% e 30% das gestantes das Regiões Sul e Sudeste, fizeram seis consultas de PN.

Outros dois estudos realizaram avaliação da assistência PN em unidades básicas de saúde na rede SUS. Domingues et al. (2012) para avaliar a adequação da assistência PN na rede de serviços do SUS do

Município do Rio de Janeiro, utilizaram o índice PHPN e um índice ampliado, em que foram acrescentados procedimentos clínico-obstétricos, prescrição de sulfato ferroso suplementar e ações educativas. Foram encontradas adequação de 38,5% para o PHPN e 33,3% para o PHPN ampliado. Os autores concluíram que estratégias de captação precoce das gestantes e melhor utilização dos contatos com os serviços para a realização de ações de atenção à saúde são prioritárias para a reversão desse quadro.

Em um município no Sul do Brasil, Anversa et al. (2012) avaliaram o processo da atenção PN, verificando a existência de diferença na qualidade do PN ofertado nas unidades básicas de saúde tradicionais e unidades de Estratégia Saúde da Família. Como critérios de avaliação, foram utilizados quatro níveis de qualidade. Para o nível 1: a qualidade do PN foi avaliada por meio do índice de Kessner modificado por Takeda; para o nível 2: adicionavam-se ao nível 1 procedimentos clínico-obstétricos; para o nível 3: ao nível 1, acrescentavam-se exames laboratoriais; por último, para o nível 4, foram considerados todos os parâmetros anteriores. Os autores constataram que a assistência prestada na ESF foi superior à das UBS tradicionais em todos os níveis; com diferenças estatisticamente significativas nos níveis 1 e 2, observou-se também que as gestantes da ESF receberam mais orientações.

Um estudo recente de Cesar et al. (2012) estimou a cobertura para diversos exames laboratoriais, procedimentos clínicos e orientações recebidas durante o PN, entre as gestantes atendidas em UBS com e sem ESF, ambulatórios públicos e clínicas de convênio e consultórios particulares em Rio Grande, município de porte médio localizado no extremo Sul do Brasil. Foram entrevistadas 97,2% (2.395 em 2.464) mulheres que tiveram filhos em 2010. Dentre os 23 indicadores considerados, sete apresentaram maior cobertura nos locais de atuação da ESF; seis em clínica de convênio e seis em consultório particular. A assistência PN mostrou melhor cobertura para as gestantes atendidas no setor privado e aquelas atendidas na ESF apresentaram cobertura semelhante à observada no setor privado.

1.3 JUSTIFICATIVA

Considerando a relevância da avaliação da atenção PN como instrumento que contribuirá para a solidificação do PHPN e a necessidade de estudos sobre avaliação do atendimento, conforme critérios definidos pelo MS em diferentes cenários, fato que gera um impacto direto sobre o parto e puerpério e a qualidade de vida materno-infantil, apresentamos este estudo realizado em uma unidade básica de saúde no Distrito de Capão Redondo, zona sul do Município São Paulo.

Na revisão bibliográfica, não foram encontrados estudos dessa natureza realizados nesse distrito, sobretudo, após a implantação do Programa Mãe Paulistana. A escolha de tal distrito para a realização da avaliação da vigente assistência PN pautada pelo Programa Mãe Paulistana desde 2006, justifica-se por ser o quinto maior distrito em população do Município de São Paulo, sendo o quarto em número de favelas, com 85. Esta população recebe a cobertura de 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 12 administradas em convênio com o Centro Universitário Adventista de São Paulo UNASP-SP, que atendem pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e duas administradas pela Subprefeitura do Campo Limpo (São Paulo, 2013b).

Considerou-se que, em uma UBS com ESF, é possível identificar, conhecer, estudar e avaliar o modelo, os agentes e as práticas que compõem a assistência PN com vistas a obter os resultados às metas propostas pelo Ministério da Saúde e refletir sobre o processo de atenção materno-infantil nessa região.

Vale ressaltar o interesse do UNASP, como instituição de ensino, parceiro do PSF/ESF, na realização de um estudo que possa dimensionar a atenção PN à clientela assistida na região, visto que esses serviços são utilizados como campo de ensino clínico de seus alunos dos cursos de graduação e pós-graduação.

2.1 GERAL

- Analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes de baixo risco atendidas pela Estratégia Saúde da Família no Programa de Pré-Natal em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito de Capão Redondo, zona sul do Município de São Paulo.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a organização e a estrutura da UBS, conforme os princípios gerais e as condições para o adequado acompanhamento pré-natal instituídos no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN);
- Caracterizar as gestantes, de acordo com os dados demográficos, ocupacionais, trabalho, renda familiar e per capita, uso de fumo, álcool e drogas ilícitas, antes e durante a atual gestação, antecedentes pessoais, obstétricos e neonatais;
- Analisar o processo de assistência pré-natal, conforme os indicadores de processo do PHPN ampliado;
- Analisar o processo de assistência pré-natal, conforme os critérios de adequação: início até 16 semanas, mínimo de seis consultas no pré-natal e consulta puerperal;
- Analisar o processo de assistência pré-natal, conforme intervalo entre as consultas;
- Analisar o processo de assistência pré-natal, conforme a realização de procedimentos clínico-obstétricos; e
- Analisar o processo de assistência pré-natal, conforme o Índice de Kessner modificado por Takeda.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal sobre a assistência pré-natal oferecida às gestantes da zona sul do Município de São Paulo. Integra o projeto “Assistência pré-natal em uma região da zona sul do Município de São Paulo”, financiado pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº. 485264/2011-0), que foi delineado para analisar a estrutura e o processo de assistência PN oferecida às gestantes inscritas no Programa Mãe Paulistana em 2011, em 12 Unidades Básicas de Saúde (Figura 1), com a Estratégia Saúde da Família – pertencentes à Subprefeitura do Campo Limpo, no Distrito de Capão Redondo, zona sul do Município de São Paulo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma das 12 unidades básicas de saúde do Distrito de Capão Redondo, zona sul do Município de São Paulo, sob a administração do Programa Saúde da Família do Centro Universitário Adventista de São Paulo – PSF UNASP, cujo convênio com a Prefeitura da cidade de São Paulo foi firmado em 2001.

O modelo assistencial é caracterizado pela atual Estratégia Saúde da Família - marco de implementação das práticas em saúde coletiva, operacionalizada, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade.

O Município de São Paulo possui 31 subprefeituras e 96 distritos. A Subprefeitura do Campo Limpo administra três distritos: Campo Limpo, Vila Andrade e Capão Redondo (Figura 2), este distrito possui uma área de 1.360 hectares, é o quinto maior distrito em população do Município de São Paulo, totalizando 268.729 pessoas, com uma densidade demográfica de

entre 8 e 11 anos de estudo e a cesariana apresentou uma porcentagem de 49,7% em 2011 (São Paulo, 2012).

Os dados do relatório de mortalidade materna referente ao Biênio 2009 / 2010 mostraram que, no Distrito de Capão Redondo, a RMM encontrada foi de 41,4 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos, duas vezes maior ao índice de 20 mortes por 100 mil nascidos vivos, considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (São Paulo, 2010).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população constou de gestantes inscritas no Programa de Pré-Natal na UBS com maior número de equipes de ESF e, proporcionalmente, em número de mulheres inscritas, em 2011, no Distrito de Capão Redondo. As UBS foram denominadas com a sigla CR (Capão Redondo) seguida do número correspondente à sequência das UBS estudadas (Quadro 1).

Quadro 1 - Unidades Básicas de Saúde administradas pelo Programa Saúde da Família em convênio com o UNASP-SP, no Distrito de Capão Redondo e número de gestantes matriculadas em 2011, São Paulo, 2013.

UBS	Número de gestantes
CR 1	394
CR 2	349
CR 3	153
CR 4	314
CR 5	304
CR 6	289
CR 7	374
CR 8	498
CR 9	395
CR 10	430
CR 11	324
CR 12	381
Total	4.205

Em 2011, 498 gestantes foram inscritas na UBS CR 8, para acompanhamento da gestação. Desse total, foram encontrados 392 (78,7%) prontuários e 106 (21,3%) não foram localizados.

Dos prontuários encontrados, aqueles com registro do motivo da interrupção do acompanhamento PN, com idade gestacional abaixo de 30 semanas na última consulta, foram excluídos do estudo, totalizando 84 (21,4%) prontuários. A idade gestacional maior ou igual a 30 semanas foi estabelecida como limite do acompanhamento PN na última consulta, por considerar a realização dos exames complementares de rotina do terceiro trimestre.

Dessa forma, a amostra compôs-se de 308 prontuários, o que corresponderam a 78,6% dos prontuários encontrados, em 2011, na UBS selecionada para o estudo.

A Figura 3 apresenta as informações sobre as gestantes inscritas, prontuários encontrados e não localizados, incluídos e excluídos no estudo.

Figura 3 - Fluxograma de seleção da amostra de gestantes inscritas em 2011 na UBS CR8. São Paulo, 2013.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram elaborados dois instrumentos com base no Prontuário de Acompanhamento da Gestação – Mãe Paulistana (Anexo I):

- um questionário com dados referentes à estrutura do serviço (Apêndice I) e
- um formulário específico referente ao processo de atendimento PN (Apêndice II).

O questionário constou de duas partes:

Parte 1: destinada aos dados sobre a disponibilidade de recursos humanos, serviços de apoio e medicamentos básicos;

Parte 2: destinada aos dados sobre área física, equipamentos e instrumentais mínimos, instrumentos de registro e avaliação permanente da atenção PN.

No formulário, constaram o número do SISPRENATAL, número do registro na unidade, nome da unidade, dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos e neonatais, gestação atual, procedimentos realizados nas consultas, realização de exames, dados do desfecho e consulta de puerpério.

O prontuário da gestante foi composto pela ficha PN, ficha de cadastro do SISPRENATAL e pela folha de evolução utilizada nas UBS que constituíram as fontes de dados.

3.5 VARIÁVEIS

As variáveis selecionadas para a caracterização das gestantes e as relacionadas ao processo de assistência PN basearam-se no Prontuário de Acompanhamento da Gestação - Mãe Paulistana.

A. Dados sociodemográficos:

- Idade: em anos completos, sem registro;
- Raça / Cor informada: sem registro, branca, negra, parda, amarela, indígena, sem informação;

- Escolaridade: sem registro, nenhuma, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11, 12 ou mais;
- Situação familiar: sem registro, companheiro e filhos, companheiro sem filhos, companheiro / filhos / familiares, convive com familiares, convive com outras pessoas, vive só, sem informação;
- Estado civil / união: sem registro, casada, solteira, solteira sem união estável, separada / divorciada e viúva;
- Trabalha fora de casa: sem registro, não ou sim;
- Qual: especificar o tipo do trabalho remunerado, sem registro, não se aplica. A classificação do tipo de trabalho foi feita, conforme o modelo de Fonseca (1967) que engloba cinco níveis de ocupação, assim, quanto maior o nível da classificação maior será a qualificação profissional. No nível 1, estão os cargos de ocupação manual não especializada; no nível 2, os cargos de ocupação manual especializada; no nível 3, os cargos de supervisão e outras ocupações não manuais; no nível 4, os cargos de gerência e nível técnico médio e no nível 5, profissionais liberais e de alta administração;
- Horas de trabalho por dia: especificar quantas horas, sem registro, não se aplica;
- Contato com produtos químicos: sem registro, não ou sim, não se aplica;
- Renda familiar: especificar em reais, sem registro; e
- Pessoas vivendo com esta renda: especificar o número de pessoas, sem registro.

B. Antecedentes Pessoais

- Sem registro;
- Infecção urinária: não ou sim;
- Infertilidade: não ou sim;
- Cardiopatia: não ou sim;
- Diabetes: não ou sim;
- Hipertensão arterial: não ou sim;
- Cirurgia pélvica uterina: não ou sim.
- Malformação: não ou sim;
- Doença Sexualmente Transmissível: não ou sim;

- Fumo: não ou sim;
- Álcool: não ou sim;
- Outras drogas: não ou sim;
- Quais: especificar outras drogas, não se aplica;
- Outros antecedentes: não ou sim; e
- Quais: especificar outros antecedentes, não se aplica.

C. Antecedentes Obstétricos e Neonatais:

- Número de gestações: número de vezes que engravidou ou sem registro;
- Número de partos vaginais: número de vezes que teve parto vaginal, sem registro ou não se aplica;
- Número de cesarianas: número de vezes que teve cesariana, sem registro ou não se aplica;
- Número de abortos: número de vezes que teve aborto, sem registro ou não se aplica;
- Número de filhos nascidos vivos: especificar número de filhos nascidos vivos, sem registro ou não se aplica;
- Número de natimorto: número de filhos nascidos mortos, sem registro ou não se aplica;
- Número de filhos vivos atuais: especificar, sem registro ou não se aplica;
- Intervalo gestação/parto: em anos, sem registro ou não se aplica; e
- Peso do recém-nascido no último parto: em gramas, sem registro, não se aplica ou classificado em <2.500, 2.500 a 4.000, >4.000.

D. Gestação atual

- Data da última menstruação: especificar ou sem registro;
- Idade gestacional na primeira consulta: em semanas completas ou sem registro;
- Número total de consultas de PN realizadas: em números inteiros;
- Número de consultas por trimestres, classificados em primeiro trimestre até 13 semanas, segundo trimestre de 14 a 27 semanas e terceiro trimestre 28 semanas ou mais;
- Idade gestacional na última consulta: em semanas completas;

- Intervalo entre as consultas: em dias, categorizados em 1ª-2ª, 2ª-3ª, 3ª-4ª, 4ª-5ª, 5ª-6ª, 6ª- 7ª, 7ª -8ª, 8ª-9ª, 9ª-10, 10ª-11ª, 11ª-12ª, 12ª-13ª, 13ª-14ª e 14ª a 15ª;
- Fumo: não ou sim;
- Álcool: não ou sim;
- Outras drogas: não ou sim;
- Quais: especificar outras drogas, sem registro ou não se aplica;
- Problemas emocionais: sem registro ou não se aplica;
- Encaminhamento: sem registro, não ou sim;
- Imunização contra tétano: sem registro, não ou sim, imune;
- Imunização contra Hepatite B: sem registro, não ou sim, imune;
- Imunização contra Influenza Pandêmica: sem registro, não ou sim, imune;
- Risco gestacional: sem registro, não ou sim.

E. Procedimentos realizados nas consultas

- Cálculo da idade gestacional;
- Peso;
- Índice de massa corporal
- Preenchimento gráfico nutricional;
- Preenchimento gráfico da altura uterina/idade gestacional;
- Medida da pressão arterial;
- Medida da altura uterina a partir de 13 semanas;
- Ausculta dos batimentos cardíofetais realizada a partir de 14 semanas;
- Registro de movimentos fetais realizado a partir de 20 semanas;
- Registro de apresentação fetal realizado após 28 semanas;
- Verificação de edema; e
- Avaliação do risco gestacional. Analisados como: sem registro, realizado - quando registrado em todas as consultas, parcial - quando registrado, pelo menos, 50% em relação ao número de consultas realizadas e insuficiente - com registro menor que 50%;
- Estatura: em centímetros, sem registro;
- Registro de orientação quanto à amamentação: sem registro, não ou sim;

- Ácido fólico: sem registro, não ou sim;
- Suplementação de ferro: sem registro, não ou sim; e

F. Intercorrências na gestação

- Hospitalização: sem registro, não ou sim; e
- Encaminhamento a serviço de atendimento especializado / outros: sem registro, não ou sim.

G. Realização de exames

- Sistema ABO/Rh: sem registro, sim;
- Coombs indireto, quando Rh negativo: sem registro, sim ou não se aplica;
- VDRL: sem registro, sim;
- VDRL reagente / tratamento da gestante: sem registro, não se aplica ou sim;
- VDRL reagente / tratamento do parceiro: sem registro, não se aplica ou sim;
- VDRL 30ª semana: sem registro, sim;
- VDRL reagente / tratamento da gestante: sem registro, não se aplica ou sim;
- VDRL reagente / tratamento do parceiro: sem registro, não se aplica ou sim;
- Anti- HIV: sem registro, sim;
- Anti- HIV 30ª semana: sem registro, sim;
- Sorologia Hepatite B (HBsAg): sem registro, sim;
- Sorologia Toxoplasmosse (IgG e IgM): sem registro, sim;
- Hemoglobina e Hematócrito: sem registro, sim;
- Hemoglobina e Hematócrito 30ª semana: sem registro, sim;
- Urina tipo I: sem registro, sim;
- Urocultura: sem registro, sim;
- Urina tipo I 30ª semana: sem registro, sim;
- Urocultura 30ª semana: sem registro, sim;
- Glicemia de jejum: sem registro, sim;
- Glicemia de jejum 30ª semana: sem registro, sim;

- Estreptococos do grupo B (EGB): sem registro, sim;
- Idade gestacional na coleta: em semanas, sem registro ou não se aplica;
- Colpocitologia oncótica: sem registro, não se aplica, sim;
- Ultrassonografia (USG): sem registro, sim;
- Número de vezes: especificar quantas vezes foi realizado USG, sem registro, sim;
- Outros exames como Protoparasitológico (PPF) Rubéola, Hepatite C: sem registro, sim;
- Grupos educativos no PN: sem registro, sim;
- Qual: especificar o grupo do qual a gestante participou, sem registro, não se aplica; e
- Número de vezes: especificar quantas vezes a gestante participou de grupo, sem registro, não se aplica.

H. Desfecho

- Tipo de parto: sem registro, normal, fórceps, cesariana;
- Morte materna: sem registro, não ou sim;
- Quando: sem registro, não se aplica ou período classificado em - gravidez, parto, puerpério, ignorado;
- Idade gestacional de nascimento: em semanas, sem registro, não e sim;
- Morte fetal até 22 semanas: sem registro, não e sim;
- Apgar 1º minuto: sem registro, não se aplica, < 7 ou ≥ 7 ;
- Apgar 5º minuto: sem registro, não se aplica, < 7 ou ≥ 7 ;
- Peso do recém-nascido: em gramas, sem registro ou não se aplica;
- Morte neonatal: sem registro, não se aplica, não ou sim; e
- Quando: especificar em número de dias ou sem registro, não se aplica, ignorado.

I. Consulta de Puerpério

- Consulta puerperal: sem registro, não ou sim;
- Tempo de pós-parto/aborto: em número de dias de puerpério/aborto, classificado em até 7, 8 a 30, 31 a 42, sem registro ou não se aplica;
- Exame físico puerperal: sem registro, não ou sim;

- Queixas referidas: sem registro, sim;
- Registro de intercorrências (achados anormais): sem registro, não ou sim;
- Qual: especificar qual foi a ocorrência verificada, sem registro ou não se aplica;
- Amamentação: sem registro, não ou sim;
- Qual: sem registro, não se aplica, exclusivo ou misto;
- Não, motivo: especificar qual motivo da não amamentação, sem registro ou não se aplica;
- Orientações sobre anticoncepção: sem registro, não ou sim;
- Encaminhada para planejamento familiar: sem registro, não ou sim;
- Problemas emocionais: sem registro, não ou sim;
- Cuidados especiais: sem registro, não ou sim;
- Qual: especificar qual foi o cuidado especial oferecido, sem registro ou não se aplica;
- Encaminhamentos: sem registro, não ou sim;
- Quais: especificar encaminhamentos, sem registro ou não se aplica; e
- Observações: ocorreu PN no convênio além do PN na UBS? Se sim, a gestante faltou às consultas na UBS ou houve alguma interferência, ou interrupção do SISPRENATAL da gestante? Anotar motivos de interrupção do SISPRENATAL (se aplicável ao caso) e anotar se a consulta puerperal /pós-aborto foi realizada em visita domiciliar.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre dezembro de 2012 e março de 2013, por meio de entrevista com o profissional responsável pela UBS CR 8 e por consulta aos prontuários das gestantes.

A entrevista com o profissional responsável foi previamente agendada e realizada pela pesquisadora. Além disto, foi feita observação da área física de atendimento e da existência de equipamentos e instrumentais mínimos, instrumentos de registro do atendimento, como Cartão da Gestante, Mapa de Registro Diário, Prontuário de Acompanhamento da Gestação Mãe Paulistana e formulário para avaliação permanente da assistência PN.

Os prontuários foram examinados um a um, seguindo o registro da cliente pelo número SISPRENATAL atribuído na primeira consulta de PN e o número do Prontuário da Família. O formulário recebeu um número inteiro que correspondeu a ordem de desarquivamento, bem como o número do Prontuário da Família, além do número do SISPRENATAL.

O preenchimento do instrumento de coleta de dados foi realizado nas dependências do serviço pela pesquisadora em horário e dia previamente programados.

Em 2011, os números de gestantes matriculadas e de identificação para localização de seus prontuários foram obtidos por meio de um levantamento no Sistema SIGA Mãe Paulistana, que resultou em uma planilha, contendo o número do SISPRENATAL, nomes das gestantes e data de nascimento. Com esta planilha em mãos, foi preciso acessar o sistema novamente e nome a nome encontrar o número do Prontuário da Família, para isso, uma nova tabela foi digitada.

No Sistema SIGA Mãe Paulistana, não havia os números de prontuários de todas as gestantes e durante a coleta de dados foi necessário perguntar ao agente comunitário de saúde (ACS), responsável pela cobertura da área de moradia das gestantes, os números dos prontuários não encontrados, que foram resgatados por meio da consulta às listas das gestantes atendidas em 2011 pela Equipe de Saúde da Família e caderno de anotações do ACS.

3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por meio da entrevista com o responsável foram utilizados na descrição da estrutura do serviço e apresentados de forma descritiva e em quadros demonstrativos.

Os dados coletados dos prontuários foram armazenados com digitação por dupla entrada pelo programa Excel 2010 (Microsoft Corporation), para avaliação da concordância e verificação de erros.

Para analisar a adequação do PN e a comparação entre os grupos adequado e inadequado, foi considerado o atendimento a três condições:

início até 16 semanas, mínimo de seis consultas no PN e a consulta puerperal (Brasil, 2000a; Brasil, 2012).

O Índice de Kessner modificado por Takeda (Takeda, 1993) foi calculado; combinado o número de seis consultas de PN com a idade gestacional de início, classificando o PN em adequado, quando seis ou mais consultas foram realizadas e idade gestacional menor que 20 semanas; em inadequado, quando o início foi após 28 semanas ou menos de três consultas; e em intermediário, todas as outras situações.

A análise descritiva das variáveis foi feita, e os dados foram agrupados em frequências absolutas e relativas, e em medidas de tendência central, como mediana, média e desvio-padrão. Para comparar os grupos de adequação do PN, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado pelo programa *Statistical Package for Social Science* 13.0, e os valores do $p < 0,05$ foram considerados como estatisticamente significantes.

Os critérios utilizados para avaliação do processo assistencial foram as recomendações do PHPN ampliadas (Brasil, 2000):

- Início até 16 semanas de gestação;
- Número mínimo de seis consultas de PN;
- Pelo menos, uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º;
- Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas PN;
- Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas PN e consulta de puerpério;
- Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de PN e exames básicos - sistema ABO Rh (1ª consulta), VDRL (1ª consulta e 30ª semana), Anti-HIV (1ª consulta); Hemoglobina e Hematócrito (1ª consulta), Urina 1 (1ª consulta e 30ª semana), Glicemia em Jejum (1ª consulta e 30ª semana);
- Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de PN, exames básicos e consulta puerperal;
- Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas pré-natais, consulta puerperal, exames básicos e a dose imunizante da vacina antitetânica;

- Dose imunizante da vacina antitetânica; e
- Consulta puerperal.

O PHPN (2000) preconiza que, para a realização de um adequado acompanhamento PN e assistência à gestante, a primeira consulta PN deve ocorrer até o 4º mês de gestação, 120 dias ou 16 semanas de idade gestacional (Brasil, 2000a; Domingues et al., 2012).

Para avaliação dos procedimentos realizados em cada consulta (cálculo da idade gestacional, verificação de peso e estatura, do índice de massa corpórea, preenchimento do gráfico nutricional, preenchimento do gráfico da altura uterina, medida de pressão arterial, mensuração da altura uterina, ausculta de batimentos cardíacos fetais, registro de movimentos fetais, identificação da apresentação fetal, orientações quanto à amamentação, pesquisa de edema, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso e avaliação de risco gestacional), foi considerado adequado, quando os procedimentos foram realizados nas consultas.

O intervalo entre as consultas foi analisado, conforme os critérios do MS (Brasil 2012) e o cronograma de consultas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sendo considerado adequado: consultas mensais até 28 semanas, semanais de 28 a 32 semanas, quinzenais de 32 a 36 e semanais até a 41ª semana (São Paulo, 2006).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, conforme Parecer nº. 145.651 (Anexo II) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Parecer nº. 156.805 (Anexo III). Dessa forma, a coleta de dados foi realizada, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) pelo profissional responsável da UBS CR 8 e após as assinaturas do Termo de Compromisso (Apêndice IV) do representante da Secretaria Municipal de Saúde do Distrito de Capão

Redondo e do Gestor da entidade administradora em convênio, o PFS-UNASP.

Após a conclusão do estudo, os resultados serão apresentados à Coordenadoria Regional da Saúde Sul – CRS da Secretaria de Saúde de São Paulo, bem como à Unidade Básica de Saúde CR 8, campo da pesquisa.

4.1 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DA UBS CR 8

4.1.1 Área física

A UBS CR 8 apresenta pavimento térreo, com recepção e sala de arquivo de prontuários, nove consultórios de equipes de saúde da família, dois consultórios médicos de apoio, um consultório odontológico, salas de administração, enfermagem, inalação, vacinas, coleta de amostra para colpocitologia oncótica, curativos, de insumos, inalação, farmácia, expurgo, esterilização de materiais, copa para os funcionários, uma sala para reunião e sanitários para os usuários e funcionários feminino e masculino.

Os consultórios das equipes de saúde da família são utilizados para o atendimento de saúde da mulher e, diariamente, um dos enfermeiros da unidade é escalado para realizar a coleta de amostra para o exame de colpocitologia oncótica, em uma sala exclusiva que conta com um sanitário.

Os ambientes citados são limpos, iluminados, organizados, as janelas altas proporcionam ventilação, dispensando o uso de cortinas; possuem pia para higienização das mãos, biombo, impressos próprios para atendimento em obstetrícia e ginecologia. Em cada consultório, estão disponíveis um Sonar Doppler e o estetoscópio de Pinard.

Os resíduos do serviço são levados para o expurgo e, posteriormente, à sala de esterilização.

4.1.2 Equipamentos e instrumentos

Os equipamentos e instrumentos da UBS CR 8 destinados ao atendimento obstétrico estão listados nos dados do quadro a seguir.

Quadro 2 - Equipamentos e Instrumentos para o desenvolvimento da assistência pré-natal e puerperal. São Paulo, 2013.

Equipamentos e Instrumentos	Sim	Não
Mesa e cadeiras (para entrevista)	X	
Mesa de exame ginecológico	X	
Escada de dois degraus	X	
Foco de luz	X	
Balança para adultos (peso/altura)	X	
Esfigmomanômetro	X	
Estetoscópio clínico	X	
Estetoscópio de Pinard	X	
Fita flexível e inelástica	X	
Espéculos	X	
Pinças de Cheron	X	
Material para coleta de exame colpocitológico	X	
Sonar <i>Doppler</i> (se possível)	X	
Gestograma ou disco obstétrico	X	
Disco para IMC (Índice de Massa Corporal)		X
Calculadora	X	

4.1.3 Recursos humanos e funcionamento

A UBS CR 8 é composta por nove equipes de ESF e tem em seu quadro de funcionários um gerente - enfermeiro, uma auxiliar técnico administrativo (ATA), quatro médicos da família, um deles com especialização em Ginecologia e Obstetrícia (faltavam cinco médicos na unidade), nove enfermeiros assistenciais, 18 auxiliares de enfermagem, 54 agentes comunitários de saúde (ACS) e dois dentistas. Todos estes profissionais desempenham um papel na atenção PN, cujo atendimento ocorre de segunda à sexta-feira das 7 às 17 horas.

Somados a estes profissionais, a unidade conta também com Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF), uma equipe formada por profissionais de diversas áreas do conhecimento que atuam com as equipes

de saúde da família, são eles: um assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta, um nutricionista e um educador físico, realizando reuniões de planejamento, discussão de casos, estabelecimento de contratos, definição de objetivos, resolução de conflitos, elaboração de projetos terapêuticos singulares, entre outras atividades.

As consultas de PN de baixo risco são realizadas intercaladas pelos médicos e enfermeiros, seguindo o cronograma municipal; em cada equipe de saúde da família, o auxiliar de enfermagem é responsável por abrir a agenda das consultas nos dias e horários designados pelo médico e pelo enfermeiro.

O médico é responsável por realizar as consultas de PN de baixo risco, orientar as gestantes quanto à importância do PN, da amamentação e vacinação; por atualizar, a cada consulta, o prontuário e o cartão da gestante; por solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário; por prescrever medicamentos padronizados para o programa de PN; por realizar grupos educativos; por identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência e por realizar visitas domiciliares durante os períodos gestacional e puerperal.

O enfermeiro é responsável pela realização das consultas de PN de baixo risco, orientação das gestantes quanto à importância do PN, da amamentação e vacinação; atualização a cada consulta, do prontuário e do cartão da gestante; solicitação de exames complementares, caso necessário; prescrição de medicamentos padronizados para o programa de PN, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo; identificação de gestantes de alto risco e encaminhamento ao serviço de referência, planejamento e realização de grupos educativos; agendamento da gestante para o grupo educativo e/ou planejamento familiar e realização de visitas domiciliares durante os períodos gestacional e puerperal.

Além dessas atividades, o enfermeiro realiza, seguindo uma escala, a coleta de amostra para a colpocitologia oncótica, quando também são realizados o exame clínico das mamas e as orientações sobre o autoexame

das mamas, bem como a coleta da amostra para identificação de *Streptococcus Agalactiae* do Grupo B.

O auxiliar de enfermagem é responsável pela abertura da agenda de consultas; orientação às gestantes quanto à importância do PN, da amamentação e vacinação; verificação do peso e pressão arterial e anotação dos dados no cartão da gestante; aplicação das vacinas contra o tétano, hepatite B e Influenza; realização da busca ativa das gestantes faltosas e das visitas domiciliares, durante os períodos gestacional e puerperal.

O agente comunitário de saúde é responsável pela orientação das gestantes quanto à importância do PN, da amamentação e vacinação; realização das visitas domiciliares para a identificação das gestantes e levar orientações sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários; acompanhamento das gestantes que não realizam o PN na UBS, mantendo a equipe informada sobre o andamento do PN; informação ao médico e ao enfermeiro caso a gestante apresente algum sinal de alarme e pela realização da busca ativa das gestantes faltosas e das visitas domiciliares durante os períodos gestacional e puerperal.

O cirurgião-dentista é responsável pela avaliação bucal das gestantes; atendimento às intercorrências e urgências odontológicas e pelas orientações quanto à higiene bucal.

O auxiliar técnico administrativo (ATA) é responsável pela digitação das estatísticas mensais no Sistema do SISPRENATAL, liberação de créditos no cartão de transporte - Mãe Paulistana, registro das transferências de prontuários em um caderno específico e requisição de materiais e impressos.

4.1.4 Apoio laboratorial

A coleta de material para exame é feita de segunda à sexta-feira pela manhã na unidade, e o material é encaminhado a dois laboratórios, o Laboratório Santo Amaro e o Einstein. No Laboratório Santo Amaro, são analisados os seguintes exames: Hemograma, Tipagem Sanguínea,

Coombs Indireto, Glicemia, Teste de Tolerância para Glicose com 75g (TTGO 75g), Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH) e dosagem T4, Urina I e Urocultura, Proteinúria de 24 horas, Parasitológico de Fezes (PPF) e Pesquisa para Estreptococo Grupo B. No Laboratório Einstein, são analisadas as sorologias para Sífilis, HIV, Hepatite B e C, Toxoplasmose e Rubéola.

As lâminas com esfregaço da Colpocitologia Oncótica são encaminhadas para análise no Laboratório Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia – AFIP. A Ultrassonografia Obstétrica é realizada em um dos três locais: Santa Casa de Santo Amaro, Hospital Campo Limpo e UBS Mitsutani.

4.1.5 Oferta de medicamentos

A unidade possui dispensação de medicamentos às gestantes e puérperas como antiácidos, antieméticos, sulfato ferroso, ácido fólico, dimeticona, hioscina, analgésicos, antibióticos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, cremes para tratamento de infecções vaginais, contraceptivos orais, além de preservativos masculinos.

4.1.6 Inserção da gestante no programa de pré-natal e controle de faltas

A inserção da gestante na unidade ocorre de forma espontânea quando busca o serviço por atraso menstrual, encaminhada pelo ACS ou por alguma unidade hospitalar da região. As gestantes que realizam o PN pelo convênio são convidadas a fazê-lo também na UBS, como parte do cuidado à saúde da mulher. O controle do não comparecimento às consultas marcadas é feito pelo auxiliar de enfermagem e pelo enfermeiro que registram a falta e solicitam que o ACS responsável pela gestante realize visita domiciliar, com a próxima consulta agendada.

4.1.7 Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis

Os principais instrumentos de registro da consulta PN são apresentados nos dados do Quadro 3.

Quadro 3 - Instrumentos de registro da consulta pré-natal, São Paulo, 2013.

Instrumentos	Sim	Não
Cartão da gestante	X	
Ficha perinatal	X	
Ficha de cadastramento de gestante	X	
Mapa de registro diário	X	

É montado um Kit contendo o cartão da gestante, o Prontuário de Acompanhamento da Gestação, impressos de pedidos de exames, folha de prescrição de medicamentos e folhetos informativos sobre amamentação e alimentação.

4.1.8 Sistema de avaliação do programa de pré-natal

Um instrumento de monitoramento da gestante no PN é preenchido mensalmente pelo gerente da UBS. Este documento contém dados concisos sobre as gestantes, como número de gestantes acompanhadas por trimestre, com variáveis dicotômicas sobre a realização dos exames, vacinas e retorno às consultas, conforme as rotinas preconizadas; se foram encaminhadas para o alto risco; se as gestantes de 28 a 32 semanas realizaram retorno semanal para verificação da pressão arterial, se estas apresentam edema, se tiveram aumento abrupto de peso, informações que sugerem pré-eclâmpsia; se foram realizadas consultas às puérperas, e se estas foram encaminhadas ao Planejamento Familiar, entre outros. Este documento é encaminhado à Supervisão de Saúde do Campo Limpo – Setor Mãe Paulistana.

O SISPRENATAL foi citado como ferramenta para monitoramento permanente da assistência PN.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES DA UBS CR 8

Os dados das Tabelas 1 a 7 foram elaborados com a finalidade de retratar as características demográficas, de ocupação, de renda familiar e per capita, uso de fumo, álcool e drogas ilícitas, antes e durante a atual gestação, de antecedentes pessoais, obstétricos e neonatais da amostra do estudo.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes, conforme as variáveis demográficas. São Paulo, 2013.

Variáveis	n	%
Idade (anos) n= 307		
< 20	69	22,5
20 a 24	91	29,6
25 a 29	66	21,5
30 a 34	52	17,0
≥ 35	29	9,4
Mínimo – Máximo	13 – 45	
Média (DP)	24,0 (6,4)	
Raça/Cor Informada n= 302		
Branca	107	35,4
Negra	35	11,6
Parda	158	52,3
Amarela	2	0,7
Escolaridade n= 287		
Nenhuma	1	0,3
1 a 3	3	1,0
4 a 7	99	34,5
8 a 11	167	58,2
12 ou Mais	17	6,0
Situação Familiar n= 287		
Companheiro e Filhos	125	43,6
Companheiro sem Filhos	72	25,1
Companheiro/Filhos/Familiares	17	6,0
Convive com Familiares	67	23,3
Convive com Outras Pessoas	3	1,0
Vive Só	3	1,0
Estado Civil/União n= 297		
Casada	137	46,2
Solteira	124	41,8
Solteira sem União Estável	33	11,1
Separada/Divorciada	1	0,3
Viúva	2	0,7

Tabela 2 - Distribuição das gestantes, conforme ocupação, tipo de trabalho remunerado, horas de trabalho e contato com produtos químicos. São Paulo, 2013.

Variáveis	n	%
Trabalho n= 297		
Não	154	51,9
Sim	143	48,1
Tipo de Trabalho Remunerado n= 139		
Manual Não Especializado	99	71,2
Manual Especializado	28	20,1
Supervisão e Outras Ocupações Não Manuais	8	5,8
Cargos de Gerência e Nível Técnico Médio	4	2,9
Horas de Trabalho/Dia n= 111		
Mínimo – Máximo		4-15
Média (DP)		8,0 (1,9)
Contato com produtos químicos n= 91		
Não	57	62,6
Sim	34	37,4

Tabela 3 - Distribuição das gestantes, conforme a renda familiar e renda per capita. São Paulo, 2013.

Renda	n	%
Renda Familiar n= 111		
Mínimo-Máximo	R\$300,00-R\$5.000,00	
Média (DP)	R\$1.261,90 (R\$832,15)	
Mediana	R\$1.000,00	
Renda Per Capita n= 103		
Mínimo-Máximo	R\$72,00-R\$ 1.500,00	
Média (DP)	R\$496,23 (R\$332,29)	
Mediana	R\$400,00	

Tabela 4 - Distribuição das gestantes, conforme uso de fumo, álcool e drogas ilícitas, antes e durante a atual gestação. São Paulo, 2013.

Variáveis	Antes		Durante	
	n= 262	%	n= 308	%
Fumo				
Não	224	85,5	260	84,4
Sim	38	14,5	48	15,6
Álcool				
Não	250	95,4	290	94,2
Sim	12	4,6	18	5,8
Drogas Ilícitas				
Não	259	98,9	307	99,7
Sim	3 ⁽¹⁾	1,1	1 ⁽²⁾	0,3

⁽¹⁾ Drogas ilícitas usadas antes da gestação: cocaína (1), maconha (1), cocaína e maconha (1).

⁽²⁾ Um prontuário sem o registro da descrição do tipo de droga ilícita usada durante a gestação.

Os dados da Tabela 4 mostram aumento da proporção de mulheres que fumavam antes da gestação de 14,5% para 15,6% durante a gestação; das 38 que fumavam antes da gestação, 29 continuaram a fumar e apenas nove pararam. Dentre as 48 fumantes na gestação, 14 começaram a fumar durante a gestação.

De forma semelhante, o consumo de álcool antes da gestação de 4,6% da amostra aumentou para 5,8% na gestação. Das 12 gestantes que bebiam antes da gestação, cinco continuaram a fazer uso do álcool durante a gestação e sete pararam de beber. Das 18 que bebiam durante a gestação, 11 começaram durante a gestação.

As gestantes que faziam uso de drogas ilícitas antes da gestação, não continuaram o uso durante a gestação; uma usou droga ilícita durante a gestação.

Quanto ao uso concomitante de fumo, álcool e drogas ilícitas antes da gestação, três mulheres fizeram uso e nove utilizaram fumo e álcool. Durante a gestação, dez gestantes fizeram uso de fumo e álcool e nenhuma usava fumo, álcool e drogas ilícitas de modo concomitante durante a gestação.

Tabela 5 - Distribuição das gestantes, conforme os antecedentes pessoais.
São Paulo, 2013.

		n= 262	
Antecedentes Pessoais		n	%
Infecção Urinária			
Não		154	58,8
Sim		108	41,2
Infertilidade			
Não		261	99,6
Sim		1	0,4
Cardiopatía			
Não		261	99,6
Sim		1	0,4
Diabetes			
Não		261	99,6
Sim		1	0,4
Hipertensão arterial			
Não		247	94,3
Sim		15	5,7
Cirurgia Pélvica Uterina			
Não		231	88,2
Sim		31	11,8
Malformação			
Não		262	100,0
DST			
Não		259	98,9
Sim		3	1,1
Outros			
Não		246	93,9
Sim		16	6,1

Os dados apresentados na Tabela 5 mostram que os principais antecedentes pessoais identificados nesta amostra foram: infecção urinária, presente em 41,2%, seguidos de cirurgia pélvica uterina (11,8%), este último, provavelmente subestimado, pois em alguns prontuários de mulheres com cesariana prévia, não havia registro de antecedente de cirurgia pélvica uterina.

Em 15 prontuários, havia registro de outros antecedentes, que foram agrupados como seguem:

- Ginecológicos/Obstétricos: incompetência istmocervical (1), mola hidatiforme (1), curetagem (1), mioma e fibrose cística (1);
- Diversos aparelhos: litíase (1), hérnia inguinal (1);
- Psiquiátricos: depressão (2), síndrome do pânico (1);

- Respiratórios: bronquite e asma (2);
- Endócrinos: hipotireoidismo (2), diabetes gestacional (1);
- Sistema Cardiovascular: varizes (1), pré-eclâmpsia (1);

Uma gestante apresentou mais de um antecedente pessoal, depressão e síndrome do pânico.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes, conforme antecedentes obstétricos. São Paulo, 2013.

Antecedentes Obstétricos	n	%
Número de Gestações n = 305		
Nenhuma	122	40,0
Uma	96	31,5
Duas ou mais	87	28,5
Média (DP)	1,1 (1,3)	
Mínimo-Máximo	0-8	
Número de Partos n= 303		
Nenhum	138	45,6
Um	101	33,3
Dois ou mais	64	21,1
Número de Abortos n= 303		
Nenhum	254	83,8
Um	34	11,2
Dois ou mais	15	5,0
Média (DP)	1,4 (0,7)	
Mínimo-Máximo	0-4	
Tipo de Parto Anterior n= 165		
Normal	121	73,3
Cesariana	32	19,4
Normal e Cesariana	12	7,3
Intervalo entre a Gestação/Parto n= 89		
Um	16	18,0
Dois ou mais	73	82,0
Média (DP)	5,3 (4,1)	
Mínimo-Máximo	1-22	

A história reprodutiva das gestantes estava registrada em quase todos os prontuários. O alto percentual de registro dos antecedentes obstétricos evidencia a pertinência e a especificidade da informação valorizada entre os profissionais de saúde.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes, conforme antecedentes neonatais. São Paulo, 2013.

Antecedentes Neonatais	n	%
Peso ao nascer do último parto(g) n= 128		
< 2.500	12	9,4
2.500 a 4000	112	87,5
> 4.000	4	3,1
Número de Filhos Nascidos Vivos n= 303		
Nenhum	139	45,9
Um a três	157	51,8
Quatro ou mais	7	2,3
Média (DP)	1,6 (0,9)	
Mínimo-Máximo	1-7	
Número de Natimortos n= 180		
Nenhum	175	97,2
Um	5	2,8
Número de Filhos Vivos Atuais = 287		
Nenhum	139	48,5
Um a três	141	49,1
Quatro ou mais	7	2,4
Média (DP)	1,6 (0,9)	
Mínimo-Máximo	1-6	

Na Tabela 7, os dados mostram diferença de 16 filhos entre o número total de filhos vivos atuais e os de nascidos vivos em razão da falta de registro em 16 prontuários do número de filhos vivos atuais.

4.3 PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA UBS CR 8

O processo de assistência pré-natal foi analisado, conforme os seguintes critérios:

- recomendações do PHPN ampliado (Brasil, 2000a);
- procedimentos clínico-obstétricos;
- intervalo entre as consultas;
- início até 120 dias de gestação, seis consultas no PN e a consulta puerperal (Brasil, 2000a; Brasil, 2012);
- Índice de Kessner modificado por Takeda.

4.3.1 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR 8, conforme as recomendações do PHPN.

Os dados da Tabela 8 apresentam a análise da assistência PN e do puerpério, de acordo com os indicadores de processo do PHPN ampliados.

Tabela 8 - Avaliação do processo da assistência pré-natal e puerperal, conforme os indicadores do PHPN ampliados. São Paulo, 2013.
n=308

Assistência Pré-Natal e Puerperal	n	%
1. Início até 16 semanas de gestação	253	82,1
2. Número mínimo de seis consultas de pré-natal	259	84,1
3. Pelo menos, uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º *	196	63,6
4. Início até 16 semanas de gestação e mínimo de seis consultas de pré-natal	234	76,0
5. Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal e consulta de puerpério	209	67,9
6. Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos	50	16,2
7. Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal, todos exames básicos e a consulta puerperal	41	13,3
8. Início até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas de pré-natal, todos exames básicos, a consulta puerperal e a dose imunizante da vacina antitetânica	30	9,7
9. Dose imunizante da vacina antitetânica	208	67,5
10. Consulta puerperal	274	89,0

* 1º Trimestre = até 13 semanas, 2º Trimestre = 14 a 27 semanas, 3º Trimestre ≥ 28 semanas (Brasil, 2000b)

Os resultados dos indicadores do processo mostram que, à medida que há um somatório das ações recomendadas pelo PHPN / MS, há uma queda importante na proporção da realização, especialmente, dos exames básicos.

4.3.2 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR 8, conforme procedimentos clínico-obstétricos

Os dados das Tabelas 9 a 15 apresentam a análise da assistência PN, de acordo com informações nos registros das consultas de PN, procedimentos clínico-obstétricos, realização dos exames laboratoriais, participação em grupos educativos, intercorrências na gestação, desfecho da gestação e consulta puerperal.

Tabela 9 - Distribuição das gestantes, conforme informações nos registros das consultas de pré-natal. São Paulo, 2013.

n=308		
Consultas de Pré-Natal	n	%
Registro da Data da Última Menstruação		
Sim	307	99,7
Número de Consultas		
Menos de Seis Consultas	49	15,9
Seis ou Mais no Preconizado	196	63,6
Seis ou Mais Fora do Preconizado	63	20,5
Idade Gestacional no Início do Pré-Natal (Semanas) n=298		
Média (DP)	10,8 (7,3)	
Mínimo-Máximo	2-38	
Número Total de Consultas		
Média (DP)	8,4 (2,8)	
Mínimo-Máximo	1-15	
Número de Consultas até 13ª Semana		
Nenhuma	68	22,1
Uma	82	26,6
Duas	138	44,8
Três	20	6,5
Média (DP)	1,7 (0,6)	
Mínimo-Máximo	0-3	

(continua)

Tabela 9

(continuação)

Consultas de Pré-Natal	n	%
Número de Consultas entre 14^a e 27^a Semana		
Nenhuma	25	8,1
Uma	21	6,8
Duas	83	27,0
Três ou Mais	179	58,1
Média (DP)	2,7 (0,8)	
Mínimo-Máximo	1-5	
Número de Consultas ≥ 28 Semanas		
Uma	24	7,8
Duas	29	9,4
Três	43	14,0
Quatro ou Mais	212	68,8
Média (DP)	4,5 (2,0)	
Mínimo-Máximo	1-10	
IG na Última Consulta n= 308		
Média (DP)	37,0 (2,6)	
Mínimo-Máximo	30-43	
Problemas emocionais		
Sim	206	66,9
Encaminhamento		
Sim	206	66,9
Imunização Contra Tétano		
Sim	208	67,5
Imunização Contra Hepatite B		
Sim	47	15,2
Imunização Influenza Pandêmica		
Sim	39	12,7
Avaliação do risco gestacional no início do pré-natal		
Sim	287	93,2

Tabela 10 - Distribuição das gestantes, conforme procedimentos clínico-obstétricos. São Paulo, 2013.

Procedimentos	n	%
Cálculo da Idade Gestacional		
Realizado	301	97,7
Parcial	7	2,3
Peso		
Realizado	298	96,8
Parcial	10	3,2
Estatura (cm)		
Sim	306	99,3
Índice de Massa Corpórea		
Realizado	59	20,3
Parcial	145	50,0
Insuficiente	86	29,7
Preenchimento do Gráfico Nutricional		
Realizado	1	0,5
Parcial	49	24,9
Insuficiente	147	74,6
Preenchimento do Gráfico da Altura Uterina		
Realizado	1	0,6
Parcial	6	3,7
Insuficiente	155	95,7
Medida de Pressão Arterial		
Realizado	302	98,4
Parcial	5	1,6
Medida de Altura Uterina		
Realizado	256	83,4
Parcial	51	16,6
Ausulta dos Batimentos Cardíofetais		
Realizado	269	87,6
Parcial	38	12,4
Registro dos Movimentos Fetais		
Realizado	269	87,9
Parcial	36	11,8
Insuficiente	1	0,3
Registro de Apresentação Fetal		
Realizado	251	81,5
Parcial	56	18,2
Insuficiente	1	0,3
Orientações sobre Amamentação		
Sim	307	99,7
Verificação de Edema		
Realizado	264	85,7
Parcial	42	13,6
Insuficiente	2	0,7

(continua)

Tabela 10 (continuação)

Procedimentos	n	%
Prescrição de Ácido Fólico		
Não	32	11,2
Sim	253	88,8
Prescrição de Ferro		
Não	3	1,0
Sim	286	99,0
Avaliação do Risco Gestacional		
Realizado	222	72,1
Parcial	78	25,3
Insuficiente	8	2,6

Tabela 11 - Distribuição das gestantes, conforme registro da realização de exames complementares de rotina. São Paulo, 2013.

	n=308	
Exames Complementares de Rotina	n	%
Sistema ABO/Rh		
Sim	293	95,1
Coombs Indireto, quando Rh Negativo		
Sim	12	4,2
Não se Aplica	274	95,8
VDRL		
Sim	285	92,5
VDRL Reagente: Tratamento Gestante		
Não se aplica	0	0,0
VDRL Reagente: Tratamento Parceiro		
Não se Aplica	0	0,0
VDRL 30ª Semana		
Sim	199	64,6
VDRL 30ª Semana Reagente: Tratamento Gestante		
Sim	1	0,5
Não se Aplica	194	99,5
VDRL 30ª Semana Reagente: Tratamento Parceiro		
Não	1	0,5
Não se aplica	194	99,5
Anti-HIV		
Sim	279	90,6
Anti-HIV 30ª Semana		
Sim	192	62,3
Sorologia para Hepatite B (HBsAg)		
Sim	285	92,5

(continua)

Tabela 11

(continuação)

Exames Complementares de Rotina	n	%
Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)		
Sim	281	91,2
Hb/Ht		
Sim	284	92,2
Hb/Ht 30ª Semana		
Sim	94	30,5
Urina Tipo 1		
Sim	287	93,2
Urocultura		
Sim	273	88,6
Urina Tipo 1 30ª Semana		
Sim	83	26,9
Urocultura 30ª Semana		
Sim	207	67,2
Glicemia de Jejum		
Sim	287	93,2
Glicemia de Jejum 30ª Semana		
Sim	209	67,8
EGB		
Sim	132	42,8
IG na Coleta do EGB		
< 35 Semanas	16	32,0
35 a 37 Semanas	32	64,0
> 38 Semanas	2	4,0
Média (DP)	35,0 (1,6)	
Mínimo-Máximo	30-38	
Colpocitologia Oncótica		
Sim	98	31,8
Ultrassonografia (USG)		
Sim	297	96,4
Número de Vezes – USG n= 252		
Média (DP)	3,0 (1,1)	
Mínimo-Máximo	1-8	
Outros (PPF, Rubéola, Hepatite C)		
Sim	210	68,2

Tabela 12 - Distribuição das gestantes, conforme participação em grupos educativos. São Paulo, 2013.

Variável	n	%
Grupos Educativos		
Sim	56	18,2
Temática do Grupo		
Gestante	37	78,7
Planejamento Familiar	7	14,9
Gestante e Planejamento Familiar	3	6,4
Número de frequência nos grupos n= 56		
Média (DP)	1,4 (0,7)	
Mínimo-Máximo	1-4	

Tabela 13 - Distribuição das gestantes, conforme intercorrências na gestação. São Paulo, 2013.

Intercorrências na Gestação	n	%
Hospitalização		
Não	296	97,7
Sim	7	2,3
Encaminhamento SAE/Outros		
Não	237	76,9
Sim	71	23,1

Tabela 14 - Distribuição das gestantes, conforme o desfecho da gestação.
São Paulo, 2013.

Desfecho da Gestação	n	%
Idade Gestacional de Nascimento		
< 37 sem	19	7,9
≥ 37 sem	220	92,1
Média (DP)	38,7 (1,4)	
Mínimo-Máximo	28 – 43	
Tipo de Parto		
Normal	177	65,1
Cesariana	95	34,9
Morte Materna		
Não	278	100,0
Morte fetal		
Não	275	99,6
Sim	1	0,4
Apgar 1º minuto *		
< 7	7	2,9
≥ 7	235	96,7
Não se Aplica**	1	0,4
Apgar 5º minuto *		
≥ 7	242	99,6
Não se Aplica**	1	0,4
Peso do Recém Nascido (gramas) *		
< 2.500	24	8,8
2.500 a 4.000	242	88,6
> 4.000	7	2,6
Média (DP)	3.160 (481)	
Mínimo-Máximo	1.700 – 4.335	

*Incluído dois gemelares.

**Natimorto

Tabela 15 - Distribuição das 274 mulheres que realizaram a consulta puerperal. São Paulo, 2013.

Consulta Puerperal	n	%
Tempo após o desfecho da gestação (dias) n= 266		
Até 7	57	21,4
De 8 a 30	184	69,2
31 a 42	17	6,4
> 42	8	3,0
Registro do Exame Físico Puerperal n= 257		
Não	3	1,2
Sim	254	98,8
Queixas Referidas n= 61		
Não	11	18,0
Sim	50	82,0
Registro de Intercorrências n= 264		
Não	251	95,1
Sim	13	4,9
Amamentação n= 265		
Não	13	4,9
Sim	252	95,1
Tipo de amamentação n= 262		
Exclusivo	233	88,9
Misto	16	6,1
Não se Aplica	13	5,0
Orientações sobre Anticoncepção n= 230		
Não	3	1,3
Sim	227	98,7
Encaminhamento para Planejamento Familiar n= 168		
Não	42	25,0
Sim	126	75,0
Problemas Emocionais n= 117		
Não	109	93,2
Sim	8	6,8
Cuidados Especiais n= 119		
Não	111	93,3
Sim	8	6,7
Encaminhamentos n= 119		
Não	115	96,6
Sim	4	3,4
Consulta Puerperal em Visita Domiciliar n= 308		
Não	240	77,9
Sim	68	22,1

As intercorrências registradas nas consultas puerperal foram: hipertensão arterial (4), fissura mamária (2), sinais flogísticos em ferida operatória (4), loquiação com odor (2), controle da pressão arterial em razão

de eclâmpsia e cefaleia (1), febre até o 8º dia de pós-operatório, constipação intestinal e inapetência (1).

O registro de intercorrência constava em 13 prontuários, porém uma puérpera apresentou mais de uma, como: loquiação com odor, febre até o 8º dia de pós-operatório, constipação intestinal e inapetência.

Treze puérperas não amamentavam seus bebês, em 11 prontuários os motivos de não amamentar registrados foram: natimorto (1), recém-nascido hospitalizado (2), recém-nascido apresentou cardiopatia grave e passou por cirurgia no 5º dia de vida (1), criança não sugou (2), leite secou (2), mamilos pequenos (1), mãe refere não produzir leite (2), em dois prontuários não havia registro do motivo de não amamentar. A amamentação exclusiva foi observada em 88,9% das 252 mulheres que amamentavam. Em três prontuários, não havia registro do tipo de amamentação.

Os cuidados especiais para com as puérperas, registrados em prontuário, foram: curativo e antibiótico terapia (1), avaliar o recém-nascido (1), assepsia em ferida operatória (1), reagendamento em 40 dias (1), matriciamento NASF (1), controle de pressão arterial pela Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) (1), observação e orientação em razão de dificuldades na amamentação (1), apoio emocional (1).

Os encaminhamentos registrados foram ao psicólogo/psiquiatra (1) e cardiologista (1).

4.3.3 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR 8, conforme intervalo entre as consultas.

Os dados da Tabela 16 apresentam a análise da assistência PN, de acordo com o intervalo entre as consultas.

Tabela 16 - Intervalo entre as consultas pré-natais da amostra total, mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo. São Paulo, 2013.

Intervalo entre as consultas (dias)	n	Mediana	Média (DP)	Mínimo	Máximo
1ª a 2ª	303	32,0	38,3 (21,9)	7	189
2ª a 3ª	299	30,0	32,0 (14,3)	3	154
3ª a 4ª	290	30,0	33,2 (15,4)	1	93
4ª a 5ª	276	28,0	28,4 (13,9)	5	92
5ª a 6ª	259	21,0	22,4 (13,4)	1	83
6ª a 7ª	234	14,0	16,8 (10,0)	2	59
7ª a 8ª	202	14,0	14,6 (7,2)	4	56
8ª a 9ª	160	13,0	13,6 (6,0)	5	49
9ª a 10ª	115	12,0	12,2 (5,3)	1	35
10ª a 11ª	74	9,0	10,4 (4,6)	5	23
11ª a 12ª	37	9,0	10,5 (5,0)	4	28
12ª a 13ª	12	7,0	6,9 (2,9)	1	13
13ª a 14ª	6	7,5	8,5 (3,4)	5	14
14ª a 15ª	1	7,0	7,0	7	7

Cabe esclarecer que, por não ter sido observada a idade gestacional em cada consulta pré-natal, a análise do intervalo entre as consultas merece ressalvas. Os dados da Tabela 16, sobretudo a mediana dos intervalos entre as consultas, mostram valores que correspondem a intervalos mensais até a 28ª semana (1ª a 5ª consulta), quinzenais entre a 28ª e 36ª semana (5ª a 9ª consulta) e semanais no termo (após a 9ª consulta).

Por sua vez, alguns dados chamam a atenção, como os números mínimo de menos de uma semana e o máximo que excede 30 dias no intervalo entre as consultas. Assim, observa-se retorno à consulta com intervalo de apenas um ou dois dias independente da idade gestacional, bem como aquelas com 83 a 189 dias, o que corresponde a intervalo superior a 12 semanas nos primeiros meses da gestação.

4.3.4 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR 8, conforme os critérios de adequação do pré-natal

As 308 gestantes foram distribuídas, de acordo com os critérios de adequação do PN - início até 16 semanas de gestação, seis consultas no PN e uma consulta puerperal. Foram 209 (67,9%) gestantes com PN adequado e 99 (32,1%) com PN inadequado.

Os resultados da associação entre a adequação do PN e as variáveis demográficas estão apresentados nos dados das Tabelas 17 a 22.

Tabela 17 - Características sociodemográficas das gestantes, conforme a adequação do pré-natal. São Paulo, 2013.

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
> 20	52	75,4	17	24,6	69	22,5	0,160
20 a 34	135	64,6	74	35,4	209	68,1	
> 35	22	75,9	7	24,1	29	9,4	
Raça/Cor							
Branca	71	66,4	36	33,6	107	35,4	0,582
Negra/Parda	132	68,4	61	31,6	193	63,9	
Amarela	2	100,0	0	0,0	2	0,7	
Escolaridade							
0 a 7 anos	65	63,1	38	36,9	103	35,9	0,224
≥ 8 anos	129	70,1	55	29,9	184	64,1	
Situação Familiar							
Companheiro /filhos	146	68,2	68	31,8	214	74,6	0,546
Sem companheiro	47	64,4	26	35,6	73	25,4	
Estado Civil							
Casada/União	180	69,0	81	31,0	261	87,9	0,108
Solteira **	20	55,6	16	44,4	36	12,1	
Trabalho Remunerado							
Não	101	65,6	53	34,4	154	51,9	0,424
Sim	100	69,9	43	30,1	143	48,1	

*Teste do Qui-Quadrado

**Solteira, separada, divorciada e viúva.

As variáveis ocupação e tipo de trabalho remunerado foram analisadas nos grupos com e sem PN adequado, não houve diferença

estatisticamente significativa entre os grupos, sendo respectivamente os valores $p=0,424$ e $p=0,395$.

A variável renda familiar não apresentou diferença entre os grupos com e sem PN adequado ($p=0,414$).

As variáveis sobre uso de drogas lícitas e ilícitas, antes e durante a gestação, também foram analisadas, conforme os dados da Tabela 18, não havendo diferenças entre os grupos.

Tabela 18 - Uso de fumo, álcool e drogas ilícitas, antes e durante a gestação, conforme a adequação do pré-natal. São Paulo, 2013.

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Fumo antes da gestação							
Não	163	72,8	61	27,2	224	85,5	0,226
Sim	24	63,2	14	36,8	38	14,5	
Fumo durante a gestação							
Não	180	69,2	80	30,8	260	84,4	0,230
Sim	29	60,4	19	39,6	48	15,6	
Álcool antes da gestação							
Não	180	72,0	70	28,0	250	95,4	0,306
Sim	7	58,3	5	41,7	12	4,6	
Álcool durante a gestação							
Não	199	68,6	91	31,4	290	94,2	0,249
Sim	10	55,6	8	44,4	18	5,8	
Drogas antes da gestação							
Não	186	71,8	73	28,2	259	98,9	0,143
Sim	1	33,3	2	66,7	3	1,1	
Drogas durante a gestação							
Não	208	67,8	99	32,2	307	99,7	0,491
Sim	1	100,0	0	0,0	1	0,3	

*Teste do Qui-Quadrado

Não houve diferença estatisticamente significativa nos antecedentes pessoais entre os grupos com e sem PN adequado (infecção urinária com $p=0,763$; infertilidade $p=0,114$; cardiopatia $p=0,526$; diabetes $p=0,526$; hipertensão $p=0,863$; cirurgia pélvica anterior $p=0,711$; doenças sexualmente transmissíveis $p=0,856$ e outros antecedentes $p=0,367$).

Na análise entre grupos para as variáveis primigestas e multíparas, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,145$). Optou-se por não realizar análise entre grupos com e sem PN adequado às demais variáveis obstétricas e neonatais, visto que não mostraria a diferença real entre os grupos pela redução da amostragem com a falta de registros, exclusão de primigestas, exclusão de nulíparas e abortos.

As variáveis: problemas emocionais e encaminhamento na gestação atual foram analisadas e não houve diferença entre os grupos com e sem PN adequado, sendo, respectivamente, os valores $p=0,466$ e $p=0,126$. O mesmo ocorreu com a variável imunização contra tétano e risco gestacional no início do PN, com respectivamente, $p=0,494$ e $p=0,569$.

Os dados da associação entre os procedimentos realizados durante a assistência PN e a adequação do PN apresentados nos dados da Tabela 19 mostraram que não houve diferença significativa.

Tabela 19 - Procedimentos nas consultas, conforme a adequação do pré-natal. São Paulo, 2013.

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Idade Gestacional							
Realizado	206	68,4	95	31,6	301	97,7	0,152
Parcial	3	42,9	4	57,1	7	2,3	
Peso							
Realizado	205	68,8	93	31,2	298	96,8	0,055
Parcial	4	40,0	6	60,0	10	3,2	
Índice de Massa Corpórea							
Realizado	39	66,1	20	33,9	59	20,3	0,549
Parcial	162	70,1	69	29,9	231	79,7	
Gráfico Nutricional							
Realizado	1	100,0	0	0,0	1	0,5	0,543
Parcial	143	73,0	53	27,0	196	99,5	
Gráfico de Altura Uterina							
Realizado	1	100,0	0	0,0	1	0,6	0,540
Parcial	117	72,7	44	27,3	161	99,4	
Medida da Pressão Arterial							
Realizado	207	68,5	95	31,4	302	98,4	0,174
Parcial	2	40,0	3	60,0	5	1,6	
Medida da Altura Uterina							
Realizado	170	66,4	86	33,6	256	83,4	0,258
Parcial	38	74,5	13	25,5	51	16,6	
Ausculda dos Batimentos Cardíofetais							
Realizado	179	66,5	99	33,5	269	87,6	0,228
Parcial	29	76,3	9	23,7	38	12,4	
Registro dos Movimentos Fetais							
Realizado	185	68,8	84	31,2	269	87,9	0,256
Parcial	22	59,5	15	40,6	37	12,1	
Registro da Apresentação Fetal							
Realizado	170	67,7	81	32,3	251	81,5	0,920
Parcial	39	68,4	18	31,6	57	18,5	
Verificação da Presença de Edema							
Realizado	179	67,8	85	32,2	264	85,7	0,960
Parcial	30	68,2	14	31,8	44	14,3	
Avaliação de Risco Gestacional							
Realizado	150	67,6	72	32,4	222	72,1	0,861
Parcial	59	68,6	27	31,4	86	27,9	

*Teste do Qui-Quadrado

Tabela 20 – Prescrição de suplementos alimentares, conforme a adequação do pré-natal. São Paulo, 2013.

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Ácido Fólico							
Não	5	15,6	27	84,4	32	11,2	0,000
Sim	195	77,1	58	22,9	253	88,8	
Sulfato Ferroso							
Não	0	0,0	3	100,0	3	1,0	0,009
Sim	200	69,9	86	30,1	286	99,0	

*Teste do Qui-Quadrado

Tabela 21 - Exames registrados no prontuário, conforme a adequação do pré-natal. São Paulo, 2013.

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
ABO/Rh							
Não	4	26,7	11	73,3	15	4,9	0,000
Registrado	205	70,0	88	30,0	293	95,1	
VDRL							
Não	4	17,4	19	82,6	23	7,5	0,000
Registrado	205	71,9	80	28,1	285	92,5	
VDRL 30ª semana							
Não	59	54,1	50	45,9	109	35,4	0,000
Registrado	150	75,4	49	24,6	199	64,6	
HIV							
Não	9	31,0	20	69,0	29	9,4	0,000
Registrado	200	71,7	79	28,3	279	90,6	
HIV 30ª semana							
Não	63	54,3	53	45,7	116	37,7	0,000
Registrado	146	76,0	46	24,0	192	62,3	
Sorologia para Hepatite B (HBsAg)							
Não	8	34,8	15	65,2	23	7,5	0,000
Registrado	201	70,5	84	29,5	285	92,5	
Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)							
Não	11	40,8	16	59,2	27	8,8	0,002
Registrado	198	70,5	83	29,5	281	91,2	
Hb/Ht							
Não	1	4,2	23	95,8	24	7,8	0,000
Registrado	208	73,2	76	26,8	284	92,2	
Hb/Ht 30ª semana							
Não	144	67,3	70	32,7	214	69,5	0,748
Registrado	65	69,1	29	30,9	94	30,5	

(continua)

Tabela 21

(continuação)

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Urina Tipo 1							
Não	3	14,3	18	85,7	21	6,8	0,000
Registrado	206	71,8	81	28,2	287	93,2	
Urocultura							
Não	12	34,3	23	65,7	35	11,4	0,000
Registrado	197	72,2	76	27,8	273	88,6	
Urina Tipo 1 30ª semana							
Não	148	65,8	77	34,2	225	73,0	0,198
Registrado	61	73,5	22	26,5	83	26,9	
Urocultura 30ª semana							
Não	52	51,5	49	48,5	101	32,8	0,000
Registrado	157	75,8	50	24,2	207	67,2	
Glicemia							
Não	3	14,3	18	85,7	21	13,8	0,000
Registrado	206	71,8	81	28,2	287	86,2	
Glicemia 30ª semana							
Não	49	49,5	50	50,5	99	32,1	0,000
Registrado	160	76,5	49	23,4	209	67,9	
Estreptococo do Grupo B							
Não	102	58,0	74	42,0	176	57,1	0,000
Registrado	107	81,1	25	18,9	132	42,9	
Ultrassonografia							
Não	2	18,2	9	81,8	11	3,6	0,000
Registrado	207	69,7	90	30,3	297	96,4	
Outros exames **							
Não	61	62,2	37	37,8	98	31,8	0,150
Registrado	148	70,5	62	29,5	210	68,2	

*Teste do Qui-Quadrado

** Protoparasitológico de fezes, sorologias (Citomegalovírus, Rubéola), colpocitologia oncótica, teste de tolerância à glicose, entre outros.

Com relação ao exame para Pesquisa do EGB, apenas 32 gestantes realizaram a coleta de amostra na idade gestacional preconizada, sendo 26 do grupo de PN adequado e seis do inadequado; o resultado do exame estava registrado em 127 prontuários.

A participação em grupo educativo foi registrada em 56 (18,2%) prontuários, sendo 47 (83,9%) do grupo de PN adequado e nove (16,1%) no inadequado, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,004$).

Não foi encontrada diferença entre os grupos com e sem PN adequado, quando associados com as variáveis de intercorrências na gestação: hospitalização e encaminhamento para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), com respectivamente, $p=0,561$ e $p=0,414$.

Tabela 22 - Desfechos perinatais, conforme a adequação do pré-natal. São Paulo, 2013.

Variáveis	PN adequado		PN inadequado		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de Parto							
Vaginal**	133	75,1	44	24,9	177	65,1	0,755
Cesariana	73	76,8	22	23,2	95	34,9	
Idade Gestacional ao Nascer							
A Termo ***	179	77,5	49	22,5	218	91,2	0,037
Não	12	57,1	9	42,9	21	8,8	
Peso ao Nascer							
Adequado****	185	76,4	57	23,6	242	88,6	0,027
Não	18	58,1	13	41,9	31	11,4	
Morte Fetal							
Não	206	74,9	69	25,1	275	99,6	0,086
Sim	0	0,0	1	100,0	1	0,4	
Amamentação							
Não	12	92,3	1	7,7	13	4,9	0,155
Sim	189	75,0	63	25,0	252	95,1	

*Teste do Qui-Quadrado

** vaginal (parto normal e fórceps – apenas 01 registrado).

*** Nascimento com idade gestacional entre 37 semanas completas e 41 semanas e 6 dias.

**** Peso ao nascimento entre 2.500 e 4.000 gramas.

Não foi encontrada diferença entre os grupos com e sem PN adequado, quando associados com as variáveis Apgar 1º minuto ($p=0,459$). O Apgar 5º minuto foi registrado em 242 (78,6%) prontuários, sendo todos com resultado acima de sete.

4.3.5 Análise do processo de assistência pré-natal na UBS CR8, conforme o Índice de Kessner, modificado por Takeda

Os dados da Tabela 23 mostram os resultados da avaliação da adequação do PN, conforme o Índice de Kessner, modificado por Takeda, e sua representação na Figura 2.

Tabela 23 – Distribuição das gestantes, conforme o Índice de Kessner modificado por Takeda. São Paulo, 2013.

n=308		
Índice de Kessner modificado por Takeda	n	%
Adequado	244	79,2
Intermediário	45	14,6
Inadequado	19	6,2

Figura 4 - Adequação do pré-natal, conforme o Índice de Kessner modificado por Takeda. São Paulo, 2013.

A atenção pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº. 569 de 1º de junho de 2000, que instaura o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e pelo Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (Brasil, 2012) desenvolvido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de profissionais em constante capacitação, de estratégias e programas que fortalecem as redes de apoio à gestante, como por exemplo, o Programa Mãe Paulistana que, em São Paulo, oferece uma sequência de cuidados a iniciar na constatação da gravidez, nas consultas de PN, parto e puerpério.

Por intermédio dos profissionais da área de saúde, do sistema de informação e dos registros em prontuários, pode-se conhecer o arcabouço que viabiliza as ações, que têm como propósito reduzir os riscos de morbidade e mortalidade materna e perinatal e disseminar orientações sustentáveis que alcancem não apenas a mulher, mas, a família e a sociedade.

Na descrição da estrutura da UBS CR 8, elaborada com base nas diretrizes do MS, observou-se que o serviço de saúde dispõe de área física adequada para atendimento da gestante, de equipamentos e instrumental mínimo, de medicamentos básicos e vacinas (contra Tétano, Hepatite B e Influenza pandêmica), realização de testes rápidos, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos exames de rotina; de instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis e de recursos humanos, apesar da insuficiência de médicos.

A deficiência de médicos é realidade nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades brasileiras. Com objetivo de sanar essa insuficiência nos hospitais e UBS, no dia 8 de julho de 2013, o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos, amplamente divulgado nos meios de comunicação, com a finalidade de suprir a carência de médicos e estipulou investimento de R\$15 bilhões, até 2014, na infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde (Brasil, 2013a).

A UBS CR 8 possui o diferencial de atender pela Estratégia Saúde da Família, que reorienta o modelo assistencial na atenção básica, operacionalizada por meio da atuação de equipes multiprofissionais

responsáveis por um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. A responsabilidade da ESF e a interação com cada indivíduo e suas famílias têm o propósito de gerar mudanças no processo saúde-doença, contribuindo para melhores resultados em saúde.

As consultas de PN são realizadas pelo médico e enfermeiro, intercaladas, e as gestantes contam com o atendimento da equipe multiprofissional (NASF) e do cirurgião dentista.

Conforme já mencionado, Anversa et al. (2012) em um estudo sobre a qualidade do processo da assistência PN em UBS tradicionais e UBS com ESF no município de Santa Maria (RS), nos quais foram usados quatro níveis de qualidade, concluíram que a atenção PN realizada na ESF foi superior à das UBS tradicionais em todos os níveis, com diferenças estatisticamente significativas nos níveis 1 e 2.

Cesar et al. (2012), em um estudo transversal de base populacional também no Estado do Rio Grande do Sul, na cidade de Rio Grande, sobre a assistência PN às gestantes atendidas em UBS com e sem ESF, em ambulatórios públicos e clínicas de convênio e consultórios particulares, observaram que, dentre as 23 variáveis e indicadores avaliados nesses locais, sete mostraram nítida vantagem para mães que consultaram na ESF.

Estudos realizados em nível de municípios mostram o efeito positivo das atividades desenvolvidas pela ESF sobre a redução da mortalidade infantil em diferentes regiões do País (Macinko, Guanais, Souza, 2006).

Com relação à avaliação da assistência PN realizada na UBS CR 8, de acordo com o relato do gerente, ocorre de forma centralizada, sendo este responsável pelo preenchimento de um instrumento que contém dados consolidados de monitoramento das mulheres inscritas no programa de PN, que é repassado à Supervisão de Saúde da Subprefeitura do Campo Limpo, para o setor Mãe Paulistana. O SISPRENATAL foi citado como uma ferramenta para o monitoramento sistemático da assistência PN. No entanto, para a coleta de dados do presente estudo, foram encontradas dificuldades na localização dos prontuários, de acordo com a informação do SIGA Mãe Paulistana com a do SISPRENATAL, o que demandou a necessidade de busca adicional com os ACS.

A avaliação permanente da assistência PN deve ser feita conforme os indicadores construídos com base nos dados da ficha perinatal, no Cartão da Gestante, nos Mapas de Registro Diário da unidade de saúde, nos relatórios obtidos por intermédio do SISPRENATAL e no processo de referência e contrarreferência (Brasil, 2012).

Para tanto, serão discutidos, em primeiro lugar, os resultados referentes à caracterização das gestantes atendidas em 2011, no serviço selecionado e, a seguir, os resultados dos indicadores do processo da assistência PN.

Na descrição do perfil demográfico da amostra, observou-se que a idade média das gestantes ficou em 24 anos, com uma variação entre 13 e 45 anos, dado semelhante aos verificados em outros estudos realizados na Grande São Paulo, como os de Koffman e Bonadio (2005), Lima (2011) e Corrêa, Bonadio e Tsunehiro (2011) que reiteram o rejuvenescimento do padrão reprodutivo das brasileiras, relatado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, que apontou grupo de menores de 30 anos representando algo em torno de 50% do total de mulheres grávidas.

Anversa et al. (2012) e Domingues et al. (2012), encontraram na faixa etária entre 20 e 34 anos, respectivamente, 64,0% e 67,9% mulheres e no presente estudo, houve um percentual de 68,1%.

Das gestantes da amostra, 64,6% referiram cor de pele não branca. O resultado foi maior do que o verificado na caracterização populacional do Brasil, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), na PNAD 2009, na qual 38,4% da população da região metropolitana de São Paulo classificaram-se como pretos e pardos. Em relação à raça amarela, a proporção foi de 0,7%, resultado inferior ao verificado na PNAD 2009, que foi de 2,2%.

Quanto aos anos de estudo, a maioria das mulheres possuía entre 8 e 11 anos, o que demonstra nível razoavelmente elevado de escolaridade para a amostra estudada, considerada de baixa renda. É uma escolaridade similar à encontrada na PNDS 2006, de 8,1 anos de estudo para a mulher da Região Sudeste com idade de 25 anos ou mais. Também compatível com

outros estudos sobre o processo da assistência PN (Corrêa, Bonadio, Tsunechiro, 2011; Lima, 2011; Anversa et al., 2012). Havia uma gestante não letrada (0,3%) e uma discreta parcela (6,0%) constituiu-se das que possuíam 12 anos ou mais de estudo.

A situação familiar predominante foi conviver com companheiro e os filhos (43,6%), seguida de companheiro (25,1%) e companheiro, filho e familiares (23,3%). Apenas três gestantes moravam sós. Poucos estudos sobre o processo da assistência PN abordam a situação familiar, comumente é verificado o estado civil, ou se a gestante convive com parceiro fixo, pelo fato de que a ausência de parceiro é um fator de risco para a gestação mesmo quando a gestação é planejada (Brasil, 2012).

Com relação ao estado civil, 46,1% eram casadas e 41,8% solteiras, porém com união estável, totalizando 87,9% da amostra com parceiro fixo. Os estudos de Andreucci et al. (2011) encontraram 84,1% mulheres com companheiro, Anversa et al. (2012) 87% e Domingues et al. (2012) 77,7%, o que evidencia resultado compatível com outros estudos brasileiros. Os resultados da PNDS 2006 revelaram que, na Região Sudeste, 53,6% das mulheres com mais de 15 anos de idade viviam em união estável.

No que se refere à ocupação, pouco mais da metade da amostra exercia atividades domésticas no lar e 48,1% tinham um trabalho remunerado. O estudo de Lima (2011) verificou um percentual maior (64,4%) de gestantes que exerciam atividades domésticas, e um percentual menor (31,1%) de gestantes com atividades remuneradas.

Os tipos de trabalhos exercidos pelas gestantes refletem a baixa qualificação da mulher, sendo em sua maioria (71,2%) ocupação manual não especializada: recepcionista, vendedora, ajudante geral, diarista, babá, dentre outras. Já 20,1% das gestantes executavam atividades classificadas, como ocupação manual especializada: cuidadora de idosos, garçonne, ajudante de cozinha, operadora de telemarketing, operadora de caixa, entre outras. Outras oito gestantes (5,8%) tinham trabalhos caracterizados, como supervisão e outras ocupações não manuais: auxiliar de produção, auxiliar financeiro, instrutora, fiscal de caixa, supervisora de vendas, entre outras, e apenas quatro (2,9%) tinham cargos de gerência e nível técnico médio, e

todas eram professoras, mas, no prontuário não havia a especificação do nível de educação em que lecionavam.

O estudo de Koffman e Bonadio (2005) verificou resultado semelhante, cujas ocupações predominantes foram as manuais não especializadas, porém, quando comparado com o estudo de Lima (2011), observou-se que o resultado diferiu, quando um maior percentual encontrado foi de gestantes que exercia ocupação manual especializada (60,0%).

Nota-se, ainda, baixo nível de participação na força de trabalho, pois pouco mais da metade da amostra exercia atividades domésticas no lar, fato verificado também nos resultados da PNDS 2006, quando apenas 54,2% das mulheres em idade reprodutiva declararam estar trabalhando no momento da entrevista. Vale considerar que a maioria (87,9%) possuía parceiro fixo, o que constitui suporte financeiro durante o período da maternidade.

Dos prontuários de 143 gestantes que exerciam atividade remunerada, em 111 (77,6%) havia o registro de horas de trabalho. A média encontrada foi de 8 horas, com mínimo de 4 horas e máximo de 15. Chama atenção o fato de haver gestantes com sobrecarga horária de trabalho, são as que trabalham 15 horas diariamente, o que pode ser um fator prejudicial à sua saúde e ao desenvolvimento do feto.

Mulheres com história prévia de dois ou mais abortamentos não devem permanecer muitas horas em pé ou caminhando. Aquelas que trabalham mais de 7 horas em pé apresentam probabilidade maior de abortamento espontâneo (Brasil, 2012).

E, apenas, em 91 (63,6%) prontuários das 143 mulheres com trabalho remunerado, havia registro do contato ou não com produtos químicos, 62,6% não tinham contato e 37,4% em sua ocupação entravam em contato ou manuseavam algum tipo de produto químico. Assim, no presente estudo, observou-se percentual considerável de gestantes que manuseava algum produto químico. O contato e o manuseio dos produtos químicos podem causar efeitos adversos na saúde materno-fetal, sendo necessário o emprego adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) ou o

remanejamento da gestante para outra função que não a exponha a riscos químicos (Brasil, 2005c).

As gestantes apresentaram renda familiar média de R\$ 1.261,90 e a renda per capita média foi de R\$ 496,23, dados superiores aos encontrados por Lima (2011) em um estudo realizado também na zona sul do Município de São Paulo, que encontrou renda familiar média de R\$ 900,36 e renda per capita média de R\$ 291,65. Mas, o alto o número de ausência de registro desse dado (64,0%), prejudicou a análise dessa variável.

O consumo de cigarro, álcool e drogas ilícitas esteve presente antes e durante a gestação, isoladamente ou de forma concomitante. Chama a atenção, o aumento dos percentuais, tanto no uso do fumo como do álcool, que podem ter ocorrido em razão da ansiedade pela adaptação à nova fase vivenciada pela gestação.

Rocha et al. (2013) em um estudo transversal, sobre o uso de medicações, fumo e álcool durante a gestação, apontaram dados semelhantes para o tabagismo presente em 11,3% da amostra, e resultado maior (16%) de gestantes que ingeriu bebidas alcoólicas durante a gravidez.

Freire, Padilha e Saunders (2009) em um estudo analítico transversal sobre fatores associados ao uso de cigarro e álcool durante a gestação, identificaram que 5,5% fizeram uso de cigarro e 7,4%, de álcool. O fumo durante a gestação foi fortemente associado ao uso do álcool, e 31,3% das gestantes fizeram uso concomitante de cigarro e álcool. Assim, o uso de cigarro e álcool na gestação deve ser investigado na assistência PN dentre todas as mulheres, especialmente, entre as que vivem sem o companheiro, com mais de 35 anos, com história de aborto, e que não planejaram a gestação.

A nosso ver, a investigação sobre o uso de fumo, álcool e drogas não é tarefa fácil, porém, deve ocorrer não apenas no momento da entrevista sobre o histórico de saúde e hábitos de vida, devendo ser abordado a cada consulta PN, quando o desafio consiste em suspender os julgamentos de valores e ater-se às questões relacionadas à saúde, ao autocuidado da gestante físico e psíquico. Deve ser oferecida escuta ativa e a reflexão sobre a maternidade deverá ser o primeiro passo para o abandono do uso de

substâncias nocivas à saúde materno-fetal (Brasil, 2012). Em síntese, deve-se investir em abordagens que envolvam a participação da própria mulher, o que permite uma ação mais efetiva para o controle do tabagismo e a prevenção de recaídas, visto que a gravidez configura-se como um momento ímpar para a sensibilização sobre a cessação do fumar, considerando-se ainda a importância de que essa parada perdure durante o período da amamentação.

Os principais antecedentes pessoais observados foram: infecção urinária (41,2%) e cirurgia pélvica uterina (11,8%).

Os resultados confirmam o descrito no Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2012), que identificou ser a infecção do trato urinário a complicação clínica mais frequente, e esta está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser umas das principais causas de septicemia na gravidez, devendo ser investigados sinais clínicos, solicitados exames laboratoriais e realizado tratamento durante o PN.

Os antecedentes obstétricos mostraram número médio de gestações (1,1), nulíparas (45,6%), número médio de abortos (1,4), média do intervalo entre a gestação e ou parto (5,3 anos), com máximo de intervalo de 22 anos, o que segue o padrão reprodutivo da mulher brasileira, que se encontra em níveis baixos, confirmando tendências desenhadas pelas PNADs e dados de estatísticas vitais da maioria das áreas metropolitanas (IBGE, 2009).

Os tipos de partos mais frequentes foram: normal (73,3%) seguidos de cesariana (19,4%) e normal e cesariana (7,3%); nota-se assim, que quase 30% da amostra já vivenciaram a cesariana. Altas taxas de cesariana vêm sendo verificadas no País, especificamente, em mulheres com mais de 12 anos de estudo e no sistema de saúde privado ou suplementar (Brasil, 2006).

Os antecedentes neonatais mostraram baixo peso ao nascer em 9,4% da amostra e sobrepeso em 3,1%. Silveira et al. (2008) realizaram uma revisão de estudos de base populacional no Brasil e verificaram que a prevalência de prematuridade variou de 3,4% a 15,0% nas regiões Sul e Sudeste, entre 1978 e 2004, sugerindo tendência crescente a partir da

década de 1990. Estudos na região Nordeste, entre 1984 e 1998, encontraram prevalências de prematuridade de 3,8% a 10,2%, também com tendência a aumentar. Noronha et al. (2012) em um estudo sobre a evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no Estado de Pernambuco, em 1997 e 2006, relatam que apesar da expansão da assistência no PN e no parto, o acesso iníquo, o excesso de intervenções médicas e o aumento da sobrevivência de recém-nascidos podem contribuir para as variações da média do peso ao nascer.

Uma vez caracterizada a amostra, a seguir são discutidos os dados referentes ao processo da assistência PN na UBS CR 8.

Os resultados obtidos, conforme as recomendações do PHPN ampliado mostraram que os melhores desfechos foram para os indicadores do processo: consulta de puerpério (89%), início até 16 semanas de gestação (82,1%), número mínimo de seis consultas de PN (84,1%), considerados isoladamente. Observou-se que à medida que há um somatório das ações recomendadas pelo PHPN, há uma queda importante na proporção da realização, sobretudo, de exames básicos e, adicionalmente, chama atenção a falta de registro em muitos prontuários, da dose imunizante da vacina antitetânica, bem como da Hepatite B e da Influenza Pandêmica.

Este padrão repete-se em outros estudos como os de Serruya, Cecatti e Lago (2004); Granjeiro, Diógenes e Moura (2008); Gonçalves et al. (2008); Parada (2008); Oliveira et al. (2013); Silva et al. (2013).

Quanto ao início do PN até 16 semanas, o resultado foi semelhante ao encontrado em 85,2% por Parada (2008) em Botucatu (SP). Melhor resultado foi obtido por Miranda e Fernandes (2010) em Araguari (MG), configurando 91,7% de gestantes atendidas pela ESF, reafirmando este modelo como diferencial, pois comparado com o modelo tradicional, a ESF dispõe do agente comunitário de saúde, que é responsável pelo alto índice de início do acompanhamento PN precoce, em razão da atividade rotineira de busca ativa em sua microárea de atuação.

O estudo realizado por Domingues et al. (2012) sobre a avaliação da adequação da assistência PN na rede SUS do Município do Rio de Janeiro

(RJ) encontrou um percentual menor (74,4%) que apresentou início precoce da assistência PN, realizada até a 16ª semana gestacional.

No presente estudo, ao considerar-se o trimestre gestacional de início do acompanhamento do PN, observou-se que 77,9% iniciaram no primeiro. Percentual menor que os 82% obtidos por Gonçalves et al. (2008) em estudo realizado em uma unidade saúde da família, de um município da Grande São Paulo, onde foram analisados 97 prontuários de gestantes; este percentual deve-se à captação precoce de gestantes realizada pelos agentes comunitários de saúde.

Na perspectiva da ESF, a realização da primeira consulta depende da busca ativa feita pelo ACS em sua microárea e da iniciativa da gestante que está condicionada por um conjunto complexo de fatores, nos quais a disponibilidade e a acessibilidade ao programa são partes importantes, mas, não exclusivas. O número insuficiente de consultas subsequentes teria como possíveis explicações a persistência de barreiras relativas ao acesso e o não estabelecimento de vínculos com o serviço de PN (Carvalho, Novaes, 2004; Nagahama, Santiago, 2006; Grangeiro, Diógenes, Moura, 2008).

Com relação ao número mínimo de seis consultas de PN, 84,1% foram similares ao resultado da PNDS (2006) que, para Região Sudeste, apresentou percentual de 84,7%, bem como 82,2% foram encontrados no estudo realizado por Halpern et al. (1998) e acima dos resultados encontrados por Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), 65,0%; Parada (2008), 75,9% e Gonçalves et al. (2009), 75,3%.

Na avaliação nacional de 2001-2002 (Serruya, Cecatti, Lago, 2004), os autores relataram que, o indicador que monitora a realização de, pelo menos, seis consultas, mantém-se em níveis ainda muito baixos indicando que, de fato, a realização de seis consultas é ainda um desafio para a assistência. Os autores consideraram também ser preciso levar em conta a existência de sub-registro das informações referentes ao seguimento das gestantes cadastradas, com desdobramento a todos os outros indicadores, ressaltando que o profissional preenche mais um formulário, sem estar sensibilizado para conhecer a razão de estar preenchendo “mais um papel”.

É importante destacar que 63,6% das gestantes realizaram seis ou mais consultas distribuídas pelos trimestres da gravidez, conforme preconizado pelo MS (Brasil, 2012), sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro, e que quase 16% da amostra realizaram menos de seis consultas pré-natais.

Autores consideram que existem desigualdades entre o número de consultas realizadas nas gestações acompanhadas em serviços particulares ou subvencionadas por planos de saúde e nas de usuárias do SUS (Serruya, Cecatti, Lago, 2004; Brasil, 2008).

Com relação ao processo da assistência PN na UBS CR 8, conforme os intervalos entre as consultas observada a ressalva já mencionada nos Resultados, verificou-se que as medianas atendem às condições básicas quanto ao acompanhamento periódico e contínuo em intervalos preestabelecidos pelo MS: de 30 dias até a 28ª semana (1ª a 5ª consulta), de 15 dias entre a 28ª e 36ª semana (da 5ª a 9ª consulta), e de 7 dias entre após a 36ª semana (da 9ª a 15ª consulta).

O cronograma de agendamento do Programa Mãe Paulistana, preconiza intervalo semanal entre a 28ª e 32ª semana gestacional, objetivando a realização de avaliação do risco perinatal e de sinais e sintomas clínicos e laboratoriais sugestivos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Os dados do presente estudo mostraram intervalos maiores que 7 dias, com variação da mediana de 14 a 21 dias, médias de 22,4 (13,4) dias e 16,8 (10), correspondentes ao intervalo entre a 5ª e 7ª consultas pré-natais. Esforços são necessários para a efetivação do plano geral de ação proposto pelo Programa Mãe Paulistana (São Paulo, 2006).

Observou-se que quatro gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, apresentaram maior intervalo em dias entre as consultas: de 189 dias entre a 1ª e 2ª consulta, que deveria ser de até 30 dias (até a 28ª semana); de 93 dias entre a 3ª e 4ª, que deveria ser de até 7 dias (28ª a 32ª semana); 56 dias entre a 7ª e 8ª, que deveria ser de até 15 dias (32ª a 36ª semana); e 35 dias entre a 9ª e 10ª consulta, que deveria ser de até 7 dias (36ª a 41ª semana).

Cabe lembrar que, na UBS CR 8, o controle das gestantes que não comparecem na consulta marcada é realizado pela busca ativa, por contato telefônico ou pela visita domiciliar do ACS, que é responsável por comunicar a próxima data disponível para realização da consulta PN. Essa busca e reagendamento ocorreram nessas quatro situações, porém os retornos das gestantes às consultas nos prazos estabelecidos, não tiveram sucesso na primeira tentativa, necessitando outras buscas da ACS. Não obstante, todas as gestantes tiveram desfechos maternos e perinatais favoráveis e três delas retornaram para a consulta puerperal. Assim, quanto à adequação do PN, duas foram classificadas como PN adequado, conforme o PHPN e três no Índice de Kessner, modificado por Takeda.

Na avaliação dos intervalos entre as consultas pré-natais em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo, o estudo de Koffman e Bonadio (2005) atribuiu o maior espaçamento do atendimento à demora no agendamento de consultas e relatou ser esta demora um dos fatores de descontentamento das gestantes em relação aos serviços, o que compromete a qualidade da assistência PN.

No estudo de Corrêa, Bonadio e Tsunechiro (2011), foram levantados os motivos pelos quais as gestantes faltavam à consulta PN, e o mais alegado foi o problema pessoal referente à sua própria saúde ou com um membro da família, em geral, filhos.

Os dados referentes à realização de exames complementares de rotina mostram que os que obtiveram maior cobertura foram os que devem ser solicitados na primeira consulta PN: Sistema ABO / Rh (95,1%), VDRL (92,5%), Anti-HIV (90,6%), Sorologia para Hepatite B (92,5%), Sorologia para Toxoplasmose (91,2%), Hemoglobina e Hematócrito (92,2%), Urina Tipo 1 (93,2%), Urocultura (88,6%), Glicemia de Jejum (93,2%), USG Obstétrica (96,4%).

A diminuição das porcentagens de exames realizados no terceiro trimestre foi expressiva: VDRL 30ª semana (64,6%), Anti-HIV 30ª semana (62,3%), Hemoglobina e Hematócrito 30ª semana (30,5%), Urina Tipo 1 30ª semana (26,9%), Urocultura 30ª semana (67,2%), Glicemia de Jejum 30ª semana (67,9%).

O problema pode ser atribuído à falta de registro em prontuário, porém, há a possibilidade de falhas na execução dos exames, por insuficiência de insumos específicos, equipamentos danificados, demora no retorno do resultado e extravio das amostras, entre outros.

Domingues et al. (2012) relataram baixa proporção de resultados dos exames da segunda rotina disponível para apenas um terço das gestantes a termo. Serruya, Cecatti e Lago (2004), em avaliação dos primeiros anos de PHPN no Brasil, verificaram que, ao adicionar toda a rotina de exames incluindo a realização do anti-HIV, a adequação obtida foi inferior a 5%.

A importância da repetição da realização dos exames de rotina está evidenciada na detecção da sífilis na segunda coleta de uma gestante do presente estudo. Nos registros dos prontuários observou-se que a gestante foi tratada, mas não consta informação do que foi feito com o parceiro. O controle da sífilis na gestação mostra-se, ainda, como um desafio para os profissionais de saúde e gestores, conforme mencionam Domingues et al. (2013) em decorrência do curto intervalo da realização do diagnóstico e tratamento, pelo desconhecimento da magnitude e dos danos que as doenças sexualmente transmissíveis podem causar à saúde da mulher e do bebê.

Os exames de Colpocitologia Oncótica e de Cultura do EGB apresentaram baixa proporção de registro com, respectivamente, 31,8% e 42,9%.

A Colpocitologia Oncótica não faz parte da rotina mínima de exames, mas em situação de gravidez, a mulher procura cuidado profissional em serviço de saúde, o que representa uma oportunidade a ser utilizada para a realização do rastreamento do câncer de colo do útero.

Por sua vez, com a implantação do Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana, em 2006, a triagem PN de rotina para colonização por EGB foi incluída na rede básica, por meio de um Protocolo, normalizada pela Portaria nº. 1.149/2009-SMS.G de 3 de julho de 2009, tornando obrigatório o rastreamento e a identificação das gestantes colonizadas pelo EGB atendidas na rede de saúde do Município de São Paulo (São Paulo, 2009), visto que a mortalidade neonatal é o principal componente do Coeficiente de

Mortalidade Infantil do Município de São Paulo. No entanto, estudos apontam falhas no cumprimento dessa obrigatoriedade, sobretudo, na época da coleta da amostra que deve ser realizada entre a 35^a e 37^a semana de gestação. Mello et al. (2011) e Função e Narchi (2013) mostraram que em 30,2% e 56,5%, respectivamente, da amostra de gestantes, a coleta foi realizada fora do período recomendado. Outra falha apontada foi o registro da realização do exame: em 50,2% (Mello et al., 2011) e 21,7% (Função, Narchi, 2013) nos cartões de PN não havia o registro desse exame. Outros estudos são necessários para esclarecer os fatores associados à realização do exame e ao registro para a efetiva utilização desse recurso de prevenção da doença neonatal por EGB.

A ultrassonografia obstétrica foi realizada, pelo menos, uma vez por 96,4% das gestantes; 68,2% realizaram outros exames complementares, como o Parasitológico de Fezes, Sorologia para Rubéola e Hepatite C.

Nos procedimentos realizados no PN, a verificação da pressão arterial e da idade gestacional ocorreram em quase todas as consultas com, respectivamente, 98,4% e 97,7%. Valores semelhantes a estes ou inferiores também foram observados em outros estudos no Rio Grande do Sul com 73,0% e 67,0%; em São Paulo com 99,1% e no Rio de Janeiro com 79,7% e 94,2% (Anversa et al., 2012; Domingues et al., 2012; Oliveira et al., 2013). Os procedimentos do cálculo da idade gestacional, peso, medida da pressão arterial e orientação sobre amamentação foram os mais realizados.

Na PNDS (2006), observou-se que a determinação da pressão arterial seguida da tomada de peso são procedimentos praticamente universais, pois foram realizados em mais de 98% das gravidezes, independente das características sociodemográficas avaliadas, porém os resultados referem-se à realização dos procedimentos em, pelo menos, uma oportunidade, ao longo do PN; já o presente estudo considerou os procedimentos clínico-obstétricos classificados em realizado (quando o foi em todas as consultas), em parcial (em, pelo menos, 50% das consultas) e insuficientes (menos de 50% das consultas), o que possibilitou verificar se o procedimento foi monitorado ao longo da gestação.

O estudo de Domingues et al. (2012), com base nos registros no cartão de PN e em entrevistas com gestantes, verificou elevado número de registro de procedimentos realizados em cada consulta, próximo a 100%, sobretudo no que se refere à aferição de peso e pressão arterial, informação confirmada por 96,3% das gestantes, que relataram que esses procedimentos foram realizados em todas as consultas, resultado semelhante ao encontrado em outros locais (Silveira, Santos, Costa, 2001; Carvalho, Novaes, 2004; Koffman, Bonadio, 2005).

A falta de registro dos procedimentos nos prontuários foi mais acentuada no preenchimento dos gráficos nutricional e de altura uterina, com ausência, respectivamente, em 111 (36,0%) e 146 (47,4%) prontuários, o que mostra a pouca valorização pelos profissionais.

A nosso ver, uma vez preenchidos, os gráficos poderiam auxiliar o profissional, a cada consulta, na demonstração para a gestante de sua condição nutricional e do crescimento fetal ao longo da gestação.

Em relação à imunização contra o tétano, da amostra total, em 67,5% dos prontuários havia o registro de estarem imunes ou vacinadas durante a gestação. A vacinação antitetânica é considerada uma medida eficaz na prevenção do tétano neonatal que acomete recém-nascidos na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias (Brasil, 2012).

O estudo de Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) que analisou dados do SISPRENATAL de Unidades de Saúde em Salvador (BA) verificou a cobertura de imunização antitetânica de 33,5%, resultado semelhante aos 31,4% encontrados por Parada (2008).

Halpern et al. (1998) encontraram 34% de gestantes não vacinadas e cerca de 50% com imunização inadequada. Já Carvalho e Novaes (2004) evidenciaram 87,2% de registro da aplicação da vacina antitetânica, valor superior ao encontrado no presente estudo.

Os resultados observados na PNDS (2006) mostraram baixíssima cobertura da imunização antitetânica (31,0%), independente da característica sociodemográfica analisada. A proporção de mulheres das Regiões Sudeste e Sul que tomaram uma ou mais doses de vacina antitetânica na gestação do primeiro filho foi menor, quando comparadas às

demais regiões, representando 67,6% e 77,5%, respectivamente. Foi considerado que este fato pode estar relacionado à crença do profissional de que o parto hospitalar afasta o risco da ocorrência do tétano neonatal, mas esquecem de que práticas populares no cuidado com o coto umbilical ainda ocorrem, expondo o recém-nascido a esse risco, evidenciando a importância das orientações antes da alta sobre cuidados com o recém-nascido. Outro ponto importante é que as mulheres que tiveram filho pelo sistema suplementar de saúde foram menos imunizadas que as atendidas pelo SUS.

Esforços são necessários para a efetivação da cobertura da imunização antitetânica, não só para erradicar o tétano neonatal no País, mas também como uma medida preventiva contra o tétano na mulher adulta. Para tanto, não se deve perder a oportunidade para atualizar o esquema vacinal, visto que, na gestação, a mulher procura o serviço de saúde para o controle PN.

A vacinação das gestantes compreende ainda, a vacina contra Hepatite B e contra Influenza, que apresentaram percentual alto de falta de registro, 84,7% e 87,3%, respectivamente. Nesse sentido, é necessário cautela na análise desses dados em razão de possível sub-registro, visto não ser aceitável que tais medidas preventivas não estejam na agenda dos profissionais de saúde de uma UBS com ESF. Não foram encontrados dados dessas vacinas em outros estudos publicados de avaliação do PN para comparar esses achados.

No prontuário de acompanhamento da gestação do Programa Mãe Paulistana, constam um *check list* para anotação da ocorrência ou não de problema emocional e um espaço para descrever os encaminhamentos realizados. Os aspectos psicoafetivos devem ser avaliados durante a consulta PN e puerperal e ações de promoção e prevenção devem ser incorporadas e articuladas com ações curativas e reabilitadoras (Brasil, 2012).

Em uma minoria dos prontuários (18,2%), foi encontrado registro da participação das gestantes em grupos educativos, cujos temas tratam de assuntos relacionados ao período grávido-puerperal e também ao planejamento familiar. Realizar atividades educativas durante o cuidado PN

é um dos princípios instituídos pelo PHPN (Brasil, 2000a) para a adequada assistência à gestante. Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. A educação popular em saúde é a forma mais democrática de construir um conceito mais amplo de saúde, de promover o autocuidado e produzir melhores indicadores de saúde (Brasil, 2012).

O baixo percentual de atividade em grupos educativos foi compatível com os dados da literatura; em João Pessoa (PB), 25,0% e em Santa Maria (RS) 17,0% (Anversa et al., 2012; Silva et al., 2013).

O resultado encontrado para a avaliação de risco gestacional no início do PN configurou um total de 10,8%, o que foi compatível com o percentual descrito pelo MS (Brasil, 2012) de que o PN de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco.

Considerando o número de gestantes acompanhadas na UBS CR 8, observou-se que apenas 2,3% delas foram hospitalizadas e 23,1% apresentaram alguma intercorrência e foram encaminhadas para serviços de atendimento especializado.

Do total da amostra de 308 gestantes, os resultados referentes ao desfecho da gestação mostraram que, para a maioria das mulheres (92,1%), o parto ocorreu no termo da gestação, com média de idade gestacional de 38,7 semanas. A idade gestacional mínima no desfecho foi 28 semanas e a máxima 43 semanas. Observou-se falta de registro da idade gestacional ao nascimento em 69 prontuários (22,4%).

Quase dois terços da amostra (65,1%) tiveram parto normal e pouco mais de um terço (34,9%) cesarianas. Os resultados da PNDS (2006) mostraram taxa maior de cesariana verificada entre as mulheres brasileiras (44%), sendo esta taxa maior nas regiões Sudeste (52%) e Sul (51%). Cabe lembrar que foram excluídas da amostra do estudo 35 mulheres que abortaram.

Não houve registro em prontuário de morte materna, mas foi encontrado um registro de natimorto.

Dentre os 272 registros de parto, houve o registro de nascimento de apenas um gemelar. A média do peso dos 273 neonatos foi 3.160g. O peso mínimo encontrado foi 1.700g e o máximo 4.335g. Com relação ao Apgar no 1º minuto, sete recém-nascidos (2,3%) tiveram nota abaixo de 7. Nenhum recém-nascido teve Apgar no 5º minuto menor que 7. Estes dados evidenciam desfechos neonatais bastante favoráveis.

É importante ressaltar que a consulta puerperal até 42 dias pós-parto é um dos princípios estabelecidos pelo PHPN para a adequada assistência PN.

Os dados referentes ao retorno para a consulta puerperal mostraram que, para 89% da amostra, constavam em prontuário os dados relativos ao parto, ao recém-nascido e à consulta puerperal, informações importantes para avaliar a qualidade da assistência PN. A assistência à mulher na gestação só deve ser considerada como concluída, após a consulta puerperal (Serruya, Cecatti, Lago 2004).

Para a consulta puerperal, 75,2% das mulheres retornaram à UBS e em 24,8% ela foi realizada na visita domiciliar. Para a maioria (59,7%), a consulta ocorreu entre 8 e 30 dias, após o parto. Oito gestantes (2,6%) realizaram a consulta acima de 42 dias de pós-parto.

Resultado da PNDS (2006) mostrou que, em apenas 39% dos nascimentos, a mulher realizou uma consulta pós-parto, evidenciando que essa importante etapa da assistência vem sendo negligenciada no País.

Há necessidade de orientar as gestantes sobre a importância da realização da consulta puerperal. No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral”, trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são feitas ações que contribuem para a redução da mortalidade infantil. As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem da vacinação BCG e de Hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio (Brasil, 2012).

De igual valor são as ações relacionadas à puérpera que são direcionadas ao levantamento dos dados do parto, do recém-nascido, encaminhamento para planejamento familiar, oferecidas orientações para introdução de método contraceptivo, assim como a avaliação clínico-

ginecológica que permita detectar alterações, como anemia, sinais de infecção, possíveis intercorrências, formação do vínculo entre a mãe e o filho e a detecção de estados depressivos.

Os resultados da assistência PN realizada na UBS CR 8, conforme os critérios de adequação do PN (Brasil 2000a; 2012) mostraram que 67,9% das gestantes realizaram PN adequado (início até 16 semanas de gestação, seis consultas pré-natais e a consulta puerperal) e 32,1% tiveram PN inadequado.

Não houve diferenças significantes entre os dois grupos nas variáveis sociodemográficas, história de antecedentes de saúde, uso de drogas lícitas e ilícitas e reprodutivas, mostrando que não foram essas variáveis que influenciaram a adequação do PN.

Com relação à imunização antitetânica, em 67,5% dos prontuários havia o registro de estarem imunes ou vacinadas na gestação e em 32,5% não havia esse registro e esta diferença foi significativa entre os grupos ($p=0,002$).

O registro de prescrição de suplementos alimentares foi estatisticamente significativo entre os grupos para o ácido fólico, provavelmente, relacionado à data precoce de ingresso no PN, e o percentual encontrado de suplementação de sulfato ferroso (99,0%) também está de acordo com o visto na literatura (Cesar et al., 2012; Domingues et al., 2012; Oliveira et al., 2013; Silva et al., 2013). A prescrição de suplementos alimentares está associada diretamente ao PN adequado, justamente por ser uma conduta rotineira realizada nos primeiros meses de gestação (Brasil, 2012).

No registro de exames, entre os de primeira consulta e com 30 semanas, houve um declínio e a diferença em quase todas as variáveis relacionadas a esses exames entre os dois grupos de PN foi significativa. Os valores encontrados foram superiores ou semelhantes a outros estudos (Anversa et al., 2012; Cesar et al., 2012; Domingues et al., 2012).

Nos desfechos perinatais, houve diferença significativa com relação à idade gestacional e peso ao nascer, com nascimento mais a termo e com peso adequado no grupo de PN que atendeu aos critérios de adequação,

mostrando que, embora os grupos não tivessem diferença nas variáveis de entrada no PN, os resultados foram influenciados pela adequação ou não do PN. Esses resultados são corroborados por outros estudos sobre a qualidade do PN e os desfechos perinatais favoráveis (Silveira, Santos, 2004; Schoeps et al., 2007; Wehby et al., 2009; Debiec et al., 2010).

A falta de registro nos prontuários mostrou-se maior e significativa nas variáveis participação em grupos educativos de PN, exames e imunização antitetânica, variando de 0,3% a 81,8%, dependendo da variável, ocorrendo, especialmente, no grupo de PN inadequado, pelos critérios do PHPN, constituindo-se uma limitação deste estudo.

Pelo Índice de Kessner modificado por Takeda (Takeda, 1993), o PN adequado foi de 79,2%, percentual acima de outros estudos realizados no Estado do Rio Grande do Sul, 59% em Santa Maria por Anversa et al. (2012), 74,9% em Rio Grande por Cesar et al. (2012); no Estado de São Paulo, 38,4% em São Paulo por Koffman e Bonadio (2005) e 66,8% por Corrêa (2010), 56,6% em Santos por Siqueira (2011) e no Estado da Paraíba, 42,4% em João Pessoa por Silva et al. (2013). O PN intermediário de 14,6% foi menor que os verificados pelos estudos já citados, que variou entre 24,3% e 54,6%. O baixo percentual (6,2%) de PN inadequado obtido no presente estudo pode ser justificado por apresentar como limite um percentual elevado de gestantes com início precoce do PN e que realizaram, pelo menos, o mínimo de seis consultas.

Os dados revelam que ainda há espaços a serem trabalhados, especialmente, em relação ao número mínimo de consultas e ao início precoce do PN, com o intuito de diminuir o índice de PN inadequado. São necessários esforços, para que a realização dos exames ocorra em 100% das mulheres nos dois momentos propostos pelo MS: início do PN e em torno da 30ª semana da gestação.

Com base nos resultados obtidos e considerando os objetivos propostos no presente estudo, concluiu-se que:

- A estrutura da UBS CR 8 relativa à área física, recursos humanos e equipamentos atende aos requisitos para o desenvolvimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a atenção PN, apesar da insuficiência de médicos.

Quanto às características das gestantes:

- A média de idade foi 24,0 anos, 22,5% com menos de 20 anos e apenas 9,4% com 35 ou mais;
- 52,3% da raça parda seguidas pela raça branca (35,4%);
- 58,2% com 8 a 11 anos de estudo;
- 74,7% viviam com companheiro e/ou filhos;
- 87,9% casadas ou solteiras com união estável;
- 51,9% exerciam atividades domésticas no lar;
- 48,1% exerciam atividade remunerada; as ocupações mais frequentes foram as manuais não especializadas como, recepcionista, balconista e diarista que trabalhavam, em média, 8 horas por dia;
- renda familiar média foi de R\$1.261,90 e a per capita R\$496,23;
- 14,5% fumavam antes da gestação e 15,6% na gestação; algumas pararam e outras começaram a fumar na gestação; 4,6% bebiam antes da gestação e 5,8% na gestação; algumas pararam de beber e outras começaram a beber durante a gestação; três mulheres fizeram uso de drogas ilícitas antes da gestação, mas não o fizeram durante a gravidez; uma usou droga ilícita durante a gestação;
- Os principais antecedentes pessoais identificados foram: infecção urinária (41,2%) e cirurgia pélvica uterina (11,8%);
- 40,0% eram primigestas e 45,6% nulíparas;
- 16,2% com história de aborto;
- Cesariana prévia em 26,7% das mulheres com parto anterior;

- A média do intervalo interpartal de 5,3 anos, mínimo de um e máximo 22 anos;
- 87,5% tiveram filhos com peso ao nascer entre 2.500g e 4.000g, do último parto;
- 2,8% com história de natimorto; e
- 51,6% com filhos vivos atuais, mínimo de um e máximo de sete.

Quanto aos indicadores de processo do PHPN ampliados:

- 82,1% iniciaram o PN até 16 semanas de gestação;
- 84,1% realizaram o número mínimo de seis consultas de PN;
- 63,6% realizaram, pelo menos, uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º;
- 76% iniciaram o PN até 16 semanas de gestação e realizaram o mínimo de seis consultas de PN;
- 67,9% iniciaram o PN até 16 semanas de gestação, realizaram o mínimo de seis consultas de PN e a consulta de puerpério;
- 16,2% iniciaram o PN até 16 semanas de gestação, realizaram o mínimo de seis consultas de PN e todos os exames básicos;
- 13,3% iniciaram o PN até 16 semanas de gestação, realizaram o mínimo de seis consultas de PN, todos os exames básicos e a consulta puerperal;
- 9,7% iniciaram o PN até 16 semanas de gestação, realizaram o mínimo de seis consultas de PN, todos os exames básicos, a consulta puerperal e a dose imunizante da vacina antitetânica;
- 67,5% realizaram a dose imunizante da vacina antitetânica; e
- 89,0% realizaram a consulta puerperal.

Os dados relativos aos indicadores de processo mostram que, à medida que há um somatório das ações recomendadas pelo PHPN, há uma queda importante na proporção de realização.

Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos:

- A média da idade gestacional no início do PN foi 10,8 semanas, mínimo de duas e máximo 38 semanas;
- A média do número de consultas realizadas foi 8,4 consultas, mínimo de uma e máximo 15;
- 77,9% realizaram uma ou mais consultas até a 13ª semana gestacional;
- 85,1% realizaram duas ou mais consultas entre a 14ª semana e a 27ª semana gestacional;
- 82,8% realizaram três ou mais consultas com idade gestacional de 28 semanas ou mais;
- A média da idade gestacional na última consulta foi de 37 semanas, mínimo de 30 e máximo de 43 semanas;
- 7,28% tinham problemas emocionais na gestação atual;
- 67,5% eram imunes ou foram imunizadas contra o Tétano;
- 15,2% eram imunes ou foram imunizadas contra Hepatite B;
- 12,7% foram imunizadas contra Influenza Pandêmica;
- Não havia registro da informação do esquema vacinal, contra o tétano (32,5%), contra a Hepatite B (84,8%) e contra a Influenza (87,3%);
- 10,8% foram classificadas com risco gestacional no início do PN;
- Os procedimentos mais realizados foram: cálculo da idade gestacional (97,7%), verificação de peso (96,8%), medida da pressão arterial (98,4%) e orientação sobre amamentação (99,7%);
- Os procedimentos menos realizados foram: preenchimento do gráfico de avaliação nutricional (0,5%) e curva de altura uterina (0,6%);
- Os exames complementares de rotina que obtiveram maior cobertura foram os solicitados na primeira consulta PN: Sistema ABO/Rh (95,1%), VDRL (92,5%), Anti-HIV (90,6%), Sorologia para Hepatite B (92,5%), Sorologia para Toxoplasmose (91,2%), Hemoglobina e Hematócrito (92,2%), Urina Tipo 1 (93,2%), Urocultura (88,6%), Glicemia de Jejum (93,2%), USG Obstétrica (96,4%);

- Foi expressiva a diminuição das porcentagens de exames realizados no terceiro trimestre: VDRL 30ª semana (64,6%), Anti-HIV 30ª semana (62,3%), Hemoglobina e Hematócrito 30ª semana (30,5%), Urina Tipo 1 30ª semana (26,9%), Urocultura 30ª semana (67,2%), Glicemia de Jejum 30ª semana (67,9%).
- Os exames de Colpocitologia Oncótica e da Pesquisa do EGB apresentaram baixa proporção de registro com, respectivamente, 31,8% e 42,9%;
- 68,2% realizaram outros exames complementares com Parasitológico de Fezes, Sorologia para Rubéola e Hepatite C;
- 18,2% participaram de grupos educativos sobre orientação à gravidez e planejamento familiar, pelo menos, uma vez e máximo de quatro;
- 2,3% foram hospitalizadas por alguma intercorrência e 23,1% foram encaminhadas ao serviço de atendimento especializado/outros;
- 65,1% tiveram parto normal e 34,9% cesariana;
- A média da idade gestacional de nascimento foi 38,7 semanas;
- O Apgar de 5º minuto foi registrado em 78,6% prontuários, todos com pontuação acima de 7.
- O peso médio ao nascer foi 3.160g, variação entre 1.700 a 4.335 g;
- A morte fetal ocorreu com 30 semanas, sem registro de causa mortis e/ou de peso.
- Não houve registro de morte materna no período analisado;
- 89,0% realizaram a consulta puerperal, 24,8% ocorreram na visita domiciliar.

Quanto ao intervalo entre as consultas:

- A mediana dos intervalos entre as consultas ficou entre os valores preestabelecidos pelo MS: de 30 dias até a 28ª semana (1ª a 5ª consultas), de 15 dias entre a 28ª e 36ª semana (da 7ª a 9ª consultas), e de 7 dias entre a 36ª e 41ª semanas (da 9ª a 15ª consultas);
- Conforme o cronograma da Mãe Paulistana, as médias e as medianas, entre as 28ª e 32ª semanas de gestação apresentaram números superiores a 7 dias.

Quanto aos critérios de adequação: início até 16 semanas, mínimo de seis consultas no PN e consulta puerperal:

- 67,9% estavam com PN adequado e 32,1% inadequado;
- Houve diferença estatisticamente significativa, entre os grupos com e sem PN adequado para as variáveis: Verificação do peso ($p=0,055$), Imunização antitetânica ($p=0,002$), Prescrição de Ácido Fólico ($p=0,000$) e Sulfato Ferroso ($p=0,009$), Exames complementares: Sistema ABO/Rh ($p=0,000$), VDRL 1ª consulta e 30ª semana ($p=0,000$), HIV 1ª consulta e 30ª semana ($p=0,000$), Sorologia para Hepatite B ($p=0,000$), Sorologia para Toxoplasmose ($p=0,002$), Hb/Ht 1ª consulta ($p=0,000$), Urina Tipo 1 e Urocultura 1ª consulta ($p=0,000$), Urocultura 30ª semana ($p=0,000$), Glicemia de Jejum 1ª consulta e 30ª semana ($p=0,000$), EGB ($p=0,000$), USG ($p=0,000$); Participação em grupos educativos ($p=0,004$); Idade gestacional de nascimento ($p=0,037$) e Peso do recém-nascido ($p=0,027$).

Quanto à adequação, conforme o Índice de Kessner modificado por Takeda:

- 79,2% adequado, 14,6% intermediário e 6,2% inadequado.

Não foi verificada diferença significativa na quase a totalidade das variáveis referentes à caracterização das gestantes e no processo de assistência PN na UBS CR 8 entre os grupos com e sem PN adequado, porém, houve diferença significativa primordialmente para os desfechos perinatais - idade gestacional de nascimento e peso ao nascer, o que reforça a importância da realização de uma assistência pré-natal, conforme os parâmetros do PNP.

Assim, pode-se afirmar que, após a análise do processo da assistência PN oferecido pela UBS CR 8, a ESF vem se mostrando como um modelo de atenção com bons resultados em adequação do PN, frente aos critérios do PHPN e ao Índice de Kessner modificado por Takeda. No entanto, cabe esclarecer que, nos dois critérios de adequação do PN

adotados, não foi considerada a realização dos exames básicos, que apresentaram baixa cobertura na segunda rotina.

O estudo reiterou alguns problemas evidenciados em outros estudos, como a falta e/ou insuficiência de registro nos prontuários, variando de 0,3% a 81,8%, sobretudo, nos procedimentos, exames, imunização antitetânica, participação em grupo e retorno puerperal.

Assim, torna-se necessário sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para melhorar os registros nos prontuários, estimular a aderência aos protocolos, avaliar o serviço de forma sistemática com vistas à continuidade do cuidado à saúde e encontrar alternativas para garantir, com as gestantes, um PN de qualidade, com acesso universal, precoce, integralizado e contínuo até o 42º dia do pós-parto.

Por fim, sugerem-se mais estudos com outras abordagens para dimensionar, com mais clareza, os fatores que determinam e/ou influenciam, sobretudo, a adesão ao acompanhamento PN oferecido às mulheres pelos serviços públicos de saúde da sua área de residência.

Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Saúde Pública. 2009;43(1):98-104.

Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. Rev. Saúde Pública. 2011;45(5):854-63.

Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(4):789-800.

Brasil. Governo Federal. Portal da Saúde. Programa mais médicos. 2013a. Acesso em 16 de outubro de 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Centro brasileiro de análise e planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança PNDS 2006 – relatório final. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3ª ed. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. 3ª ed. – Manual Técnico. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1.067 de 4 de junho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União (DOU), Seção 1, p.25-30. Brasília, DF; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Diário Oficial da União (DOU), 8 de junho de 2000, seção 1, p.4-6. Brasília; 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 27 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha. Diário Oficial da União (DOU), Seção 1, p.109. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: Bases de Ação Programáticas. Brasília; 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma regulamentadora nº 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da União (DOU), 16 de novembro de 2005. Brasília; 2005c. Acesso em 23 de agosto de 2012. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br>

Brasil. Presidência da República. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília; 2010. Acesso em 23 fevereiro de 2011. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>

Brasil. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa. IDB-2012 Brasil - Indicadores e Dados Básicos para a Saúde. Brasília: Coordenação Geral de Documentação e Informação – Editora MS; 2013b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? [comentário]. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):150-3.

Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Zulmira, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de coorte de primigestas. Cad Saúde Pública. 2004;20Sup2:S220-S230.

Cesar JA, Sutil AT, Gabriela BS, Cunha CF, Mendonza-Sassi RAM. Assistência pré-natal nos serviços públicos de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012;28(11):2106-2114.

Corrêa CRH. Escolha e adequação do pré-natal em uma maternidade filantrópica na cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45 (6):1293-1300.

Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. Am J Obstet Gynecol. 2010; 203:122.e1-6.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 1997;13:103-7

Dias-da-Costa JS, Cesar JA, Haag CB, Watt G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2013;13(2):101-9.

Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 2000;34(4):329-36.

Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(3): 425-437.

Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública 2013;47(1):147-157.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 260: 1743-1748.

Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009;31(7):335-341.

Fonseca TG. Modelo para uma criação de ocupações. Rev. Brasileira de Est Pedag. 1967;48(107):274-311.

Função JM, Narchi NZ. Pesquisa do estreptococo do Grupo B em gestantes da Zona Leste de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(1):22-9

Gonçalves CV, Cesar JA, Sassi M, Raul AM. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(11):2507-2516.

Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família em um Município de grande São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(3):349-53.

Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):105-11.

Halpern R, Fernando C, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(3):487-492.

Hartz ZMA, Pouvourville G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1998;III(1):68-82.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2009. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2009. Acesso em 22 de agosto de 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005;5(1):S23- S32.

Kogan MD, Martin JA, Alexander GR, Kotelchuck M, Ventura SJ, Frigoletto F. The changing pattern of prenatal care utilization in the United States, 1981-1995, using different prenatal care indices. *JAMA*. 1998; 279(20):1623-8.

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;84:1414-20.

Lima, MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com sintomas depressivos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:13-9.

Mello DS, Mendelski CA, Tsunechiro MA, Padovese MC. Registro da cultura de colonização pelo *Estreptococo* do Grupo B no cartão de pré-natal. In: *Anais do 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem*; 2011; São Paulo. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2011.

Miranda FJS, Fernandes RAQ. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. *Rev. enferm UERJ*. 2010; 18:179-84.

Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad. Saúde Pública*; 2006, 22(1):173-179.

Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues PQ. Avaliação da cobertura e indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007;7(2):191-7.

Noronha GA, Lima MC, Lira PIC, Veras AMCA, Gonçalves FCLSP, Filho MB. Evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no Estado de Pernambuco em 1997 e 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2749-2756.

Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. 2013;21(2):[08 telas].

Organização das Nações Unidas. Declaração do Milênio. Nova York, Estados Unidos da América; 2000. Acesso em 29 out. 2012. Disponível em: <http://www.unric.org>

Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2008;8(1):113-24.

Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. enferm. UERJ*. 2011;19(2): 286-91.

Petitti DB, Hiatt RA, Chin V, Croughan-Minihane M. An outcome evaluation of the content and quality of prenatal care. *Birth*. 1991;18:21-5.

Rocha R, Silveira, Bezerra SC, Lima JWO, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):37-45.

São Paulo. Decreto n.º46.966 de 02 de fevereiro de 2006. Regulamenta a Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, 3 de fevereiro de 2006, Seção 1, p. 1. São Paulo; 2006.

São Paulo. Portal da Prefeitura Municipal de São Paulo. Programa Mãe Paulistana. São Paulo; 2013a. Acesso em 09 de novembro de 2013. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de

Saúde. Protocolo de rotinas básicas do pré-natal normal (baixo risco). Plano geral de ação e cronograma de agendamento. 2006. Acesso em 15 de março 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Relação dos estabelecimentos / Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Região / Zona do Município de São Paulo. Dezembro de 2013b. Acesso em 22 de outubro de 2013b. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Núcleo de informação e divulgação. 2013c. Acesso em 22 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br>

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria 1149/2009-SMS.G de 03/07/2009 Institui as normas para a prevenção da infecção neonatal por estreptococo beta hemolítico do grupo B. 2009. DO cidade de São Paulo, páginas 18-19.

São Paulo. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. Infocidade. 2012. Acesso em 20 de novembro de 2013. Disponível em: <http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br>

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde – Coordenação da Atenção Básica. Área técnica da saúde da mulher. Comitê Central de Mortalidade Materna. Relatório de mortalidade materna biênio 2009 / 2010. São Paulo; 2010. Acesso em: 05 de março de 2013. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública. 2004a; 20(5):1281-1289.

Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004b; 4(3):269-279.

Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França Jr. I, Novaes HMD, Siqueira AAF, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Rev Saúde Pública 2007; 41:1013-22.

Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2013;13(1)29-37.

Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública. 2001;17(1):131-139.

Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(5):1160-1168.

Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(5): 957-964.

Siqueira CVC. Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Santos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16(6):986-92.

Tanaka OY, Tanaka ACA, Lima FD, Marucci D, Carvalho CAC, Locatelli C, et al. Avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento. Informe técnico institucional. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(2):383-387.

Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária: a modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery*. 2012;16(2):312-319.

Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Ohsfeldt RL. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. *Health Policy Plan* 2009;24:175-88.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO

Projeto Assistência Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Unidade Básica: _____

I - Requisitos para desenvolvimento das ações

a) Organização do serviço quanto ao atendimento pré-natal

Dia e horário de funcionamento: _____

b) Disponibilidade de recursos humanos:

Profissionais que atuam no atendimento as gestantes e sua função/ atividade:

() Médico obstetra – função: _____

() Médico da Família – função: _____

() Enfermeiro – função: _____

() Auxiliar de enfermagem – atividades: _____

() Assistente social – atividades: _____

() Psicólogo – atividades: _____

() Dentista

() Agente comunitário de saúde – atividades: _____

Outro(s) (qual/ais): _____

Observações: _____

c) Apoio laboratorial para a unidade básica de saúde, garantindo a realização dos exames de rotina.

Local de realização dos exames laboratoriais da gestante: _____

Exames oferecidos e época da realização: _____

Projeto Assistência Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo
ROTEIRO DE ENTREVISTA

d) A unidade dispensa medicamentos essenciais para as gestantes? _____

Quais? _____

e) A unidade oferece atividade educativa em grupo? _____

Quais? Quem pode participar? _____

f) Quando a gestante não comparece no dia da consulta agendada que medidas são tomadas? _____

g) Qual é a forma de inserção da gestante no serviço de pré-natal? Demanda espontânea, por encaminhamento, captação pelo agente comunitário de saúde e outros: _____

h) Existe alguma forma de avaliação permanente da atenção pré-natal?

II) Área física

Consultórios/salas de atendimento individual: descrever quantidade, condições de higiene e ventilação, privacidade e adequação para o atendimento das gestantes e seus acompanhantes: _____

Projeto Assistência Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo
ROTEIRO DE ENTREVISTA

A) Equipamentos e instrumentos mínimos

	Sim	Não
Mesa e cadeiras (para entrevista)		
Mesa de exame ginecológico		
Escada de dois degraus		
Foco de luz		
Balança para adultos (peso/altura)		
Esfigmomanômetro (aparelho de pressão)		
Estetoscópio clínico		
Estetoscópio de Pinard		
Fita métrica flexível e inelástica		
Espéculos		
Pinças de Cheron		
Material para coleta de exame colpocitológico		
Sonar <i>Doppler</i> (se possível)		
Gestograma ou disco obstétrico		
Disco para IMC (Índice de Massa Corporal)		
Calculadora		

B) Disponibilidade de Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados:

	Sim	Não
Cartão da gestante		
Ficha perinatal		
Ficha de cadastramento de gestante		
Mapa de registro diário		

Observações: _____

APÊNDICE II

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Projeto Assistência Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – PRONTUÁRIO

1 - UBS _____ 1a - Nº do Formulário: _____

2 - Nº SIGA/ SISPRENATAL: _____ 2a - Prontuário: _____

A - Dados sociodemográficos

3 – Idade ()
Sem registro 99 ()

4 – Raça/cor informada
Sem registro 99 ()
Branca 1 ()
Negra 2 ()
Parda 3 ()
Amarela 4 ()
Indígena 5 ()
Sem informação 6 ()

5 – Escolaridade (anos)
Sem registro 99 ()
Nenhuma 1 ()
1 a 3 2 ()
4 a 7 3 ()
8 a 11 4 ()
12 ou mais 5 ()

6 – Situação familiar
Sem registro 99 ()
Companheiro e filhos 1 ()
Companheiro sem filhos 2 ()
Companheiro/filhos/familiares 3 ()
Convive com familiares 4 ()
Convive com outras pessoas 5 ()
Vive só 6 ()
Sem informação 7 ()

7 - Estado civil/união
Sem registro 99 ()
Casada 1 ()
Solteira 2 ()
Solteira sem união estável 3 ()
Separada/Divorciada 4 ()
Viúva 5 ()

8 – Trabalho fora de casa
Sem registro 99 ()
Não 0 ()
Sim 1 ()

8a – Qual ()
Sem registro 99 ()
Não se aplica 88 ()

8b – Horas de trabalho por dia
Sem registro 99 ()
Não se aplica 88 ()

8c – Contato com produtos químicos
Sem registro 99 ()
Não 0 ()
Sim 1 ()
Não se aplica 88 ()

9 – Renda familiar (R\$) ()
Sem registro 99 ()

9a – Pessoas vivendo com esta renda ()
Sem registro 99 ()

B – Antecedentes Pessoais

sem registro 99 ()

10 - Infecção urinária
Não 0 ()
Sim 1 ()

11 - Infertilidade
Não 0 ()
Sim 1 ()

12 - Cardiopatia
Não 0 ()
Sim 1 ()

13 - Diabetes
Não 0 ()
Sim 1 ()

14 - Hipertensão
Não 0 ()
Sim 1 ()

15 - Cirurgia pélvica uterina
Não 0 ()
Sim 1 ()

16- Malformação
Não 0 ()
Sim 1 ()

17 - DST
Não 0 ()
Sim 1 ()

18 – Fumo
Não 0 ()
Sim 1 ()

19 - Álcool
Não 0 ()
Sim 1 ()

Projeto Assistência Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – PRONTUÁRIO

20 – Outras drogas		33 – Número total de consultas	()
Não	0 ()	34 – Número de consultas por trimestre	
Sim	1 ()	34a - Até 13ª semana	()
20a – Qual ()		34b - 14ª a 27ª semana	()
Sem registro	99 ()	34c - ≥ 28ª semana	()
Não se aplica	88 ()	35 – IG na última consulta	()
21 – Outros antecedentes		36 – Intervalo entre consultas (em dias)	
Não	0 ()	36a - 1ª - 2ª	()
Sim	1 ()	36b - 2ª - 3ª	()
21a – Qual ()		36c - 3ª - 4ª	()
Não se aplica	88 ()	36d - 4ª - 5ª	()
C – Antecedentes Obstétricos e Neonatais		36e - 5ª - 6ª	()
22 - Número de gestações	()	36f - 6ª - 7ª	()
Sem registro	99 ()	36g - 7ª - 8ª	()
23 – Número de partos vaginais	()	36h - 8ª - 9ª	()
Sem registro	99 ()	36i - 9ª - 10ª	()
Não se aplica	88 ()	36j - 10ª - 11ª	()
24 – Número de cesáreas	()	36k - 11ª - 12ª	()
Sem registro	99 ()	36l - 12ª - 13ª	()
Não se aplica	88 ()	36m - 13ª - 14ª	()
25 - Número de abortos	()	36n - 14ª - 15ª	()
Sem registro	99 ()	37 – Fumo	
Não se aplica	88 ()	Não	0 ()
26 – Número Filhos NV	()	Sim	1 ()
Sem registro	99 ()	38 – Álcool	
Não se aplica	88 ()	Não	0 ()
27 – Número de Natimorto	()	Sim	1 ()
Sem registro	99 ()	39 – Outras drogas	
Não se aplica	88 ()	Não	0 ()
28 – Número de filhos vivos atuais	()	Sim	1 ()
Sem registro	99 ()	39a – Quais ()	
Não se aplica	88 ()	Sem registro	99 ()
29 – Intervalo gestação/parto (anos)	()	Não se aplica	88 ()
Sem registro	99 ()	40 - Problemas emocionais	
Não se aplica	88 ()	Sem registro	99 ()
30 – Peso (g) do RN último parto		Não	0 ()
Sem registro	99 ()	Sim	1 ()
Não se aplica	88 ()	41 - Encaminhamento	
< 2.500	1 ()	Sem registro	99 ()
2.500 – 4.000	2 ()	Não	0 ()
> 4.000	3 ()	Sim	1 ()
D – Gestação Atual		42 – Imunização contra tétano	
31 – DUM	____/____/____	Sem registro	99 ()
Sem registro	99 ()	Não	0 ()
32 – IG início pré-natal semanas ()		Sim	1 ()
Sem registro	99 ()	Imune	2 ()

Projeto Assistência Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – PRONTUÁRIO

43 – Imunização Hepatite B		52 - Pressão arterial	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Não	0 ()	Realizado	1 ()
Sim	1 ()	Parcial	2 ()
Imune	2 ()	Insuficiente	3 ()
44 – Imunização Influenza pandêmica		53 – Altura uterina (a partir 13ª semana)	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Não	0 ()	Realizado	1 ()
Sim	1 ()	Parcial	2 ()
Imune	2 ()	Insuficiente	3 ()
45 – Risco gestacional		54 – Ausculta de BCF (a partir 14ª semana)	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Não	0 ()	Realizado	1 ()
Sim	1 ()	Parcial	2 ()
		Insuficiente	3 ()
E – Procedimentos nas consultas			
46 – Cálculo da idade gestacional		55 – Movimento fetal (a partir 20ª semana)	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Realizado	1 ()	Realizado	1 ()
Parcial	2 ()	Parcial	2 ()
Insuficiente	3 ()	Insuficiente	3 ()
47 – Peso		56 – Apresentação fetal (após 28 semanas)	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Realizado	1 ()	Realizado	1 ()
Parcial	2 ()	Parcial	2 ()
Insuficiente	3 ()	Insuficiente	3 ()
47a – Peso inicial (g)		57 – Orientações amamentação	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
	()	Não	0 ()
47b – Peso final (g)	()	Sim	1 ()
Sem registro	99 ()	58 – Edema	
	()	Sem registro	99 ()
48- Estatura (cm)	()	Realizado	1 ()
Sem registro	99 ()	Parcial	2 ()
		Insuficiente	3 ()
49 – IMC		59 – Ácido fólico	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Realizado	1 ()	Não	0 ()
Parcial	2 ()	Sim	1 ()
Insuficiente	3 ()	60 – Suplementação de ferro	
50 – Preenchimento gráfico nutricional		Sem registro	99 ()
Sem registro	99 ()	Não	0 ()
Realizado	1 ()	Sim	1 ()
Parcial	2 ()	61 – Avaliação risco gestacional	
Insuficiente	3 ()	Sem registro	99 ()
51 – Preenchimento gráfico AU/IG		Realizado	1 ()
Sem registro	99 ()	Parcial	2 ()
Realizado	1 ()	Insuficiente	3 ()
Parcial	2 ()		
Insuficiente	3 ()		

Projeto Assistência Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – PRONTUÁRIO

F – Intercorrências na gestação

62 – Hospitalização	
Sem registro	99 ()
Não	0 ()
Sim	1 ()
63 – Encaminhamento SAE/ Outros	
Sem registro	99 ()
Não	0 ()
Sim	1 ()

G – Realização de exames/atividades

64 – Sistema ABO/Rh	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
64a – Coombs indireto, quando Rh negativo	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
Não se aplica	88 ()
65 – VDRL	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
65a - VDRL Reagente: Tratamento Gestante	
Sem registro	99 ()
Não se aplica	88 ()
Sim	1 ()
65b - VDRL Reagente: Tratamento Parceiro	
Sem registro	99 ()
Não se aplica	88 ()
Sim	1 ()
66 – VDRL 30ª semana	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
66a - VDRL Reagente: Tratamento Gestante	
Sem registro	99 ()
Não se aplica	88 ()
Sim	1 ()
66b - VDRL Reagente: Tratamento Parceiro	
Sem registro	99 ()
Não se aplica	88 ()
Sim	1 ()
67 – Anti-HIV	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
68 – Anti-HIV 30ª sem	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()

69 – Sorologia Hepatite B (HBsAg)	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
70 – Sorologia Toxoplasmose (IgG e IgM)	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
71 – Hb/Ht	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
72 – Hb/Ht 30ª sem	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
73 – Urina tipo I	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
74 – Urocultura	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
75 – Urina tipo I 30ª sem	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
76 – Urocultura 30ª semana	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
77 – Glicemia de jejum	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
78 – Glicemia Jejum 30ª sem	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()
79 – EGB	
Sem registro	99 ()
Sim	1 ()

Projeto Assistência Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – PRONTUÁRIO

79a - IG na coleta	()	86 – IG de nascimento	()
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Não se aplica	88 ()	Não	0 ()
		Sim	1 ()
79b - Resultado do EGB		87 – Morte fetal	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Não se aplica	88 ()	Não	0 ()
Negativo	1 ()	Sim	1 ()
Positivo	2 ()		
80 – Colpocitologia oncótica		88 – Apgar 1º minuto	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Não se aplica	0 ()	Não se aplica	88 ()
Sim	1 ()	< 7	1 ()
		≥ 7	2 ()
81 - USG		89 – Apgar 5º minuto	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Sim	1 ()	Não se aplica	88 ()
81a – Número de vezes	()	< 7	1 ()
Sem registro	99 ()	≥ 7	2 ()
Não se aplica	88 ()		
82 – Outros (PPF, Rubéola, Hepatite C)		90 – Peso do RN (g)	()
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Sim	1 ()	Não se aplica	88 ()
83 – Grupos		91 – Morte Neonatal	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Sim	1 ()	Não se aplica	88 ()
83a – Qual	()	Não	0 ()
Sem registro	99 ()	Sim	1 ()
Não se aplica	88 ()	91a – Quando	()
83b – Número de vezes	()	Sem registro	99 ()
Sem registro	99 ()	Não se aplica	88 ()
Não se aplica	88 ()	Ignorado	1 ()
H – Desfecho		I – Consulta de puerpério/ aborto	
84 – Tipo de parto		92 - Consulta Puerperal	
Sem registro	99 ()	Sem registro	99 ()
Vaginal	1 ()	Não	0 ()
Vaginal operatório	2 ()	Sim	1 ()
Cesárea	3 ()	93 – Tempo (dias) pós-parto/aborto	()
85 – Morte materna		Sem registro	99 ()
Sem registro	99 ()	Não se aplica	88 ()
Não	0 ()	Até 7	1 ()
Sim	1 ()	8 a 30	2 ()
85a – Quando	()	31 a 42	3 ()
Sem registro	99 ()	94 – Exame físico puerperal	
Não se aplica	88 ()	Sem registro	99 ()
Gravidez	1 ()	Não	0 ()
Parto	2 ()	Sim	1 ()
Puerpério	3 ()	95 – Queixas	
Ignorado	4 ()	Sem registro	99 ()
		Sim	1 ()

Projeto Assistência Pré-Natal em uma Região da Zona Sul do Município de São Paulo
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – PRONTUÁRIO

96 – Intercorrências (Achados anormais)		Observações
Sem registro	99 ()	() Pré-natal no convênio;
Não	0 ()	() Consulta puerperal/pós-aborto domiciliar
Sim	1 ()	*Anotar motivos de mudança da UBS (se aplicável ao caso)
96a – Qual ()		
Sem registro	99 ()	
Não se aplica	88 ()	
97 – Amamentação		
Sem registro	99 ()	
Não	0 ()	
Sim	1 ()	
97a – Qual		
Sem registro	99 ()	
Não se aplica	88 ()	
Exclusivo	0 ()	
Misto	1 ()	
97b – Não, motivo ()		
Sem registro	99 ()	
Não se aplica	88 ()	
98 – Orientações sobre anticoncepção		
Sem registro	99 ()	
Não	0 ()	
Sim	1 ()	
99 – Encaminhado planejamento familiar		
Sem registro	99 ()	
Não	0 ()	
Sim	1 ()	
100 – Problemas emocionais		
Sem registro	99 ()	
Não	0 ()	
Sim	1 ()	Coletadora: _____
101 – Cuidados especiais		
Sem registro	99 ()	
Não	0 ()	
Sim	1 ()	
101a – Qual ()		
Sem registro	99 ()	
Não se aplica	88 ()	
102 – Encaminhamentos		
Sem registro	99 ()	
Não	0 ()	
Sim	1 ()	
102a – Quais ()		
Sem registro	99 ()	
Não se aplica	88 ()	

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Assistência pré-natal em uma região da zona sul do Município de São Paulo” sob a responsabilidade das Professoras Maria Alice Tsunechiro e Marlise de Oliveira Pimentel Lima da Universidade de São Paulo.

O objetivo do estudo é analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes inscritas no Programa de Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde do Capão Redondo, do Município de São Paulo. Para tanto, serão analisados a estrutura do serviço e o processo de atenção pré-natal conforme recomendações do Ministério da Saúde. Os resultados serão divulgados em publicações científicas e apresentados em congressos e encontros de profissionais de saúde.

A minha participação no estudo consistirá em responder a um questionário, com perguntas sobre a estrutura de atendimento da unidade em questão, a saber: a organização do serviço, os profissionais envolvidos, a existência de normas entre outros. Para possibilitar o registro de todas as informações, caso não se oponha, a entrevista poderá ser gravada em áudio. Será realizada, também, a observação direta para a obtenção de dados sobre a área física e equipamentos e instrumentos mínimos.

Fui esclarecido(a) que a minha participação será voluntária, sem ônus e nem riscos. Meu nome será mantido em sigilo, sendo assegurado o direito de se recusar a participar ou retirar meu consentimento, ou ainda descontinuar minha participação se assim o preferir, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo a minha pessoa, bem como posso recusar a responder a qualquer uma das perguntas.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa poderei esclarecer durante a entrevista com a pesquisadora ou por meio dos telefones (11) 3061-7602 com Maria Alice Tsunechiro ou Cel (11) 99818-0171 com Marlise de Oliveira Pimentel Lima ou, ainda, nos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP por e-mail edipesq@usp.br ou tel (11) 3061 4854 ou da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo por e-mail smscep@gmail.com ou tel (11) 3397-2464 ou no endereço Rua General Jardim, 36 – 1º andar.

Este documento possui duas vias, uma permanecerá em meu poder e a outra será arquivada com as pesquisadoras.

Declaração de consentimento

Eu, _____ declaro que recebi as informações acima, tive oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas e concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Local: _____ Data: ____/____/____.

Nome: _____

Assinatura do(a) participante: _____

Função: _____

Pesquisadora:

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE IV

TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

I – Identificação da Instituição campo da pesquisa

Nome da Instituição: Distrito de Saúde do Capão Redondo do Município de São Paulo.

II – Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: Assistência Pré-natal em uma região da zona sul do Distrito de capão Redondo, São Paulo-SP.

Pesquisadoras Responsáveis:

Maria Alice Tsunechiro – COREN/SP 4854.

Marlise de Oliveira Pimentel Lima – COREN/SP 55387.

Função: Professoras Doutoradas da Universidade de São Paulo.

III – Esclarecimentos sobre a pesquisa

O presente estudo tem como objetivo analisar a atenção pré-natal oferecida às gestantes atendidas no pré-natal em unidades básicas de saúde da região de Capão Redondo, zona sul do Município de São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo sobre a estrutura e processo de atendimento, cujos dados serão obtidos por meio de entrevista com o profissional responsável pelas UBS e de prontuários de pré-natal de gestantes matriculadas no serviço no ano de 2011 e serão analisados em conjunto.

IV - Termo de Compromisso

“Comprometemos manter sigilo quanto à identificação do profissional e das mulheres grávidas cujos dados serão submetidos a tratamento estatístico. e analisados em conjunto.

Os resultados obtidos serão divulgados em publicações e eventos científicos relativos à área da saúde e utilizados para melhorar a assistência oferecida às mulheres”.

São Paulo, ____ de _____ de 2012.

Pesquisadoras responsáveis:

Maria Alice Tsunechiro

Marlise de Oliveira Pimentel Lima

De acordo:

Coordenadoria Regional da Saúde Sul – CRS Sul/ SMS SP

Contato:

Marlise de Oliveira Pimentel Lima – e-mail: moplima@usp.br e (11) 98389-0845

Maria Alice Tsunechiro – e-mail: tamnami@usp.br e (11) 3061-7602

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP -
e-mail: edipesq@usp.br ou tel (11) 3061 4854

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município
de São Paulo - e-mail: smscep@gmail.com ou telefone (11) 3397-2464 ou
endereço Rua General Jardim nº 36 – 1º andar.

ANEXO I

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

1ª CONSULTA DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ ☐ Gestante
 UBS: _____ ☐ Puérpera
 Vai realizar o pré-natal nesta unidade? ☐ Sim ☐ Não
 UBS referência: _____
 PSF Área: _____ Microárea: _____
 Nº SISPRENATAL: 35/____-____-____-____-____-____-____-____-____-____
 Nº CNS: ____-____-____-____-____-____-____-____-____-____
 Prontuário: _____

Cole o Cartão SUS aqui
Largura: 8,05 cm
Altura: 5,0 cm

DADOS DA USUÁRIA/GESTANTE

Usuária/Gestante: _____
 Nome da mãe da Usuária/Gestante: _____
 Data nasc.: ____/____/____ Idade: ____ anos Local de nasc. (Cidade e Estado): _____
 Endereço atual: _____ Há quanto tempo mora em SP? ____ anos ____ meses
 Bairro: _____ Município: _____ UF: ____ CEP: ____
 Telefone: _____ Celular: _____ Recados: _____ E-mail: _____
 Raça/Cor informada: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Sem informação
 Escolaridade: ☐ Não sabe/Ler/Escrever ☐ Alfabetizada ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Incompleto ☐ 2º Grau Completo
☐ Superior Incompleto ☐ Superior Completo ☐ Especialização/Residência ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Sem Informação
 Situação familiar: ☐ Convive com companheiro e filho(s) ☐ Convive com companheiro com laços conjugais e sem filhos
☐ Convive com companheiro com filho(s) e/ou outro(s) familiares ☐ Convive com familiar(es) sem companheira(o)
☐ Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais ☐ Vive só ☐ Sem Informação
 Estado civil: ☐ Casada ☐ Solteira ☐ Solteira (União estável) ☐ Separada/Divorciada ☐ Viúva
 Trabalha fora de casa? ☐ Não ☐ Sim Ocupação: _____
 Horas de trabalho: _____ horas/dia Renda familiar: R\$ _____ Pessoas vivendo com esta renda: _____
 Realiza esforço físico? ☐ Sim ☐ Não Tem contato com produtos químicos? ☐ Sim ☐ Não
 Local do trabalho: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Município: _____ UF: ____ CEP: ____

GESTAÇÃO/GRAVIDEZ ATUAL

Data última menstruação: ____/____/____ Data provável do parto: ____/____/____ Idade gestacional: ____ semanas
 Condição prévia de saúde: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Outras: _____
☐ Fumo ☐ Alcool ☐ Drogas:
 CONDIÇÃO VACINAL - Vacinas Difteria/Tétano: ☐ Imune ☐ 1ª Dose ☐ 2ª Dose ☐ Reforço
 HEPATITE B: ☐ 1ª Dose ☐ 2ª Dose ☐ 3ª Dose ☐ Desconhecido INFLUENZA: ☐ 1ª Dose ☐ 2ª Dose ☐ Desconhecido

AVALIAÇÃO DE RISCOS GRAVÍDICOS POTENCIAIS

☐ Idade < 16 anos ☐ Idade > 40 anos ☐ Altura < 145 cm ☐ Peso < 45 kg ☐ Peso > 90 kg ☐ Grande multipara ☐ Abortos
☐ Natimorto ☐ Diabética ☐ Hipertensa ☐ Tabagista ☐ Consumo álcool/drogas
 Gestante de Alto Risco: ☐ Sim ☐ Não Agendamento Prioritário: ☐ Sim ☐ Não

AGENDAMENTO

2ª Consulta pré-natal: ____/____/20____ Hora: ____:____ Médico: _____

CARTÃO SPTRANS

Precisa de Transporte Público? ☐ Sim ☐ Não Data Solicitação: ____/____/20____ Qtda Deslocamento: _____
 Nº do Bilhete: _____ Data de Recebimento: ____/____/20____ Responsável: _____

RESPONSÁVEIS

Pelo atendimento (assinatura e carimbo): _____ ☐ Enfermeiro(a) ☐ Médico(a)
 Pela digitação: _____ Data digitação: ____/____/20____

ATENÇÃO: PREENCHIMENTO DA 1ª CONSULTA CONTINUA NA 2ª PÁGINA

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

ATENÇÃO: CONTINUAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA 1ª CONSULTA

ANTECEDENTES

Familiares: ☐ Diabetes ☐ Hipertensão arterial ☐ Gemelaridade ☐ Má formação ☐ Outros: _____

Pessoais: ☐ Infecção urinária ☐ Infertilidade ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Cirurgia pélvica/uterina
☐ Má formação ☐ DST ☐ Fumo ☐ Alcool ☐ Outras drogas _____ ☐ Outros: _____

Ginecológicos: Menarca: _____ anos / Ciclo menstrual: duração: _____ Intervalo: _____ Regularidade: ☐ Sim ☐ Não
 Dismenorréia ☐ Sim ☐ Não

Início da atividade sexual: _____ anos N° de parceiros no último ano: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 e mais

Uso de métodos anticoncepcionais: ☐ Não ☐ Sim Tipo: ☐ Barreira ☐ Hormonal-oral ☐ Hormonal-injetável ☐ DIU ☐ Natural

Obstétricos: N° gestações: _____ N° ectópicas: _____ Gemelares: _____

N° partos: _____ / N° vaginais: _____ / N° cesáreos: _____ / Abortamentos: _____ ☐ com Curetagem ☐ sem Curetagem

Nascidos vivos: _____ / Nascidos mortos: _____ / Filhos vivos atuais: _____

N° RN com Peso: < 2.500 g _____ / > 4.000 g _____ Intervalo gestação/parto: _____ anos

Amamentou? ☐ Sim, tempo: _____ ☐ Não, motivos: _____

GESTAÇÃO ATUAL

Queixas: ☐ Hiperemese ☐ Dor em baixo-ventre ☐ Alterações urinárias ☐ Sangramento ☐ Leucorréia
☐ única ☐ gemelar ☐ Outras: _____

Pretende amamentar? ☐ Sim ☐ Não Motivo: _____

EXAME FÍSICO

Peso: _____ kg **Estatura:** _____ cm **IMC:** _____ **PA:** _____ / _____ mmHg (Obs.: anotar em mmHg)

Idade Gestacional (semanas): ☐ Até 14 semanas ☐ 14 a 28 semanas ☐ 29 a 42 semanas

Altura uterina: _____ cm **Batimento cardíaco fetal:** _____ bpm

Ex. Clínico: Normal ☐ Sim ☐ Não **Ginecológico:** Normal ☐ Sim ☐ Não **Ex. Mamas:** Normal ☐ Sim ☐ Não

Achados anormais:

EXAMES SOLICITADOS

☐ ABO ☐ Rh ☐ VDRL ☐ Urina I ☐ Urocultura ☐ Glicemia ☐ Hb ☐ Ht ☐ HIV ☐ HbsAg ☐ IgMToxo
☐ Ultrasonografia 1º Trimestre ☐ Outros: _____

AValiação GERAL

Orientação odontológica: ☐ Não ☐ Sim _____ **Encaminhamento odonto:** ☐ Não ☐ Sim

Problemas emocionais: ☐ Não ☐ Sim **Cuidados Especiais:** _____

Encaminhamentos: ☐ Não ☐ Sim _____

SUPLEMENTAÇÃO

☐ Sulfato ferroso ☐ Ácido fólico ☐ Outra: _____

RISCO GESTACIONAL

Risco gestacional: ☐ Não ☐ Sim ☐ Baixo ☐ Alto ☐ Não Informado ☐ Ignorado

Unidade de encaminhamento Alto Risco: _____

*Observar Quadro de Risco Gestacional e Classificação da Gestante na página 5

PARECER E CONDUTA:

RESPONSÁVEIS:

Pelo atendimento (assinatura e carimbo): _____ ☐ Enfermeiro(a) ☐ Médico(a)

Pela digitação: _____ **Data digitação:** ____/____/20____

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

Consultas		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª
Data do Atendimento		___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__
Hora do Atendimento		___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
Idade Gestacional (semanas)							
Peso (kg)							
IMC*							
Pressão Arterial (mmHg)							
Altura Uterina (cm)							
Batimento Cardíaco Fetal							
Movimento Fetal							
Apresentação Fetal							
Orientação Amamentação							
Edema							
Intercorrências / Observações							
Diagnósticos							
Conduta							
Atualiza Cartão Pré-Natal		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Exames Solicitados		☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____
Situação Vacinal	Difteria/Tétano	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço
	Hepatite B Nº Doses	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida
	Influenza	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Risco Gestacional**		☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado
Unidade enc. Alto Risco		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Qual Serviço de Alto Risco							
Profissional (Assinatura e Carimbo)							
Digitado por							

*IMC = Índice de Massa Corpórea = Peso/Altura²

**Para classificar Risco Gestacional ver Quadro de Risco Gestacional na página 5

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

Consultas		8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª
Data do Atendimento		___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___
Hora do Atendimento		___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
Idade Gestacional (semanas)							
Peso (kg)							
IMC*							
Pressão Arterial (mmHg)							
Altura Uterina (cm)							
Batimento Cardíaco Fetal							
Movimento Fetal							
Apresentação Fetal							
Orientação Amamentação							
Edema							
Intercorrências / Observações							
Diagnósticos							
Conduta							
Atualiza Cartão Pré-Natal		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Exames Solicitados		☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____	☐ Rotina Pré-Natal ☐ Outros _____
Situação Vacinal	Difteria/Tétano	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço	☐ Imune ☐ 1ª ☐ 2ª ☐ Reforço
	Hepatite B Nº Doses	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida	☐ 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Desconhecida
	Influenza	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Risco Gestacional**		☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Baixo ☐ Não Inf. ☐ Não ☐ Alto ☐ Ignorado
Unidade enc. Alto Risco		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Qual Serviço de Alto Risco							
Profissional (Assinatura e Carimbo)							
Digitado por							

*IMC = Índice de Massa Corpórea = Peso/Altura²

**Para classificar Risco Gestacional ver Quadro de Risco Gestacional na página 5

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

Exames: Gestante: Grupo sanguíneo (ABO): ☐ Rh+ ☐ Rh- Sensibilizada ☐ Sim ☐ Não Coombs indireto: ☐ Sim ☐ Não
 Pai: Grupo sanguíneo (ABO): ☐ Rh+ ☐ Rh- Transfusão: ☐ Sim ☐ Não

	Rastreamento	Resultado	Data	Idade Gest.	Resultado	Conduta
1º TRIMESTRE	VDRL (Soro. Sífilis)	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Não reagente ☐ Reagente Título: 1:___	Tratado: Gestante ☐ Sim ☐ Não Parceiro ☐ Sim ☐ Não
	HIV	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Não reagente ☐ Reagente	
	HbsAg	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Negativo ☐ Positivo	
	Toxo - IgM	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		Valor: ___ ☐ Negativo ☐ Positivo	
	Toxo IgG	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		Valor: ___ ☐ Negativo ☐ Positivo	
	Hb/Ht	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		Valor: ___ Anemia: ☐ N ☐ S	
	Urina I	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Normal ☐ Alterada: ___	
	Urocultura	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Negativa ☐ Positiva: ___	
2º T	Glicemia	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		Valor: ___ ☐ N ☐ Alterada: ≥ 90 mg%	
	Urina I	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Normal ☐ Alterada: ___	
	Urocultura	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Negativa ☐ Positiva: ___	
3º TRIMESTRE	Glicemia	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		Valor: ___ ☐ N ☐ Alterada: ≥ 90 mg%	
	VDRL (Soro. Sífilis)	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Não reagente ☐ Reagente Título: 1:___	Tratado: Gestante ☐ Sim ☐ Não Parceiro ☐ Sim ☐ Não
	HIV	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Não reagente ☐ Reagente	
	Urina I	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Normal ☐ Alterada: ___	
	Urocultura	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Negativa ☐ Positiva: ___	
	Glicemia	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		Valor: ___ ☐ N ☐ Alterada: ≥ 90 mg%	
	Pesquisa Strepto	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Negativa ☐ Positiva: ___	
OUTROS	Glicemia	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		Valor: ___ ☐ N ☐ Alterada: ≥ 90 mg%	
	TOTG 75g	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Normal ☐ Alterada	
	Colpocitologia	☐ Sim ☐ Não	___/___/___		☐ Normal ☐ Alterada	

ULTRA-SONOGRAFIA:

Trimestre	Data	Tipo	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido ILA	Observações
1º								
2º								
3º								
Outros								

Quadro de risco gestacional (na presença de qualquer um desses fatores, a assistência deverá ser individualizada ou referenciada para serviços especializados segundo protocolo de encaminhamento do Mãe Paulistana)		
Antecedentes Obstétricos - AO	Gestação Atual - GA	História Clínica Geral - HCG
1. Óbito Fetal/Morte Neonatal precoce	1. Gestação múltipla	1. Diabetes Mellito Tipo 1
2. ≥ 3 abortos espontâneos consecutivos	2. < 16 anos	2. Nefropatia
3. Peso último RN < 2.500 g	3. > 40 anos	3. Cardiopatia
4. Peso último RN > 4.500 g	4. Isoimunização Rh c/ Coombs Indireto +	4. Álcool e drogas
5. Internação última gestação por síndromes hipertensivas	5. Hemorragia Vaginal	5. Outras doenças severas. Especifique:
6. Cirurgias prévias: mioma, conização, cerclagem	6. Massa Pélvica	
	7. Pressão Arterial Diastólica ≥ 90 mmHg	

Fonte: Ensaio clínico aleatorizado de controle do pré-natal da OMS: "Manual para a prática de um novo modelo de assistência pré-natal" - Organização Mundial da Saúde - Disponível em: http://who.int/reproductive-health/rhl-pg_09

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL:

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE:

Fonte: Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada - Manual Técnico - Ministério da Saúde - 2008¹

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

SEGUIMENTO:

Maternidade de Referência:

Data da Visita à Maternidade: __/__/__

	Consultas	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª
	Data												
ENCAMINHAMENTOS	Grupos	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S
	Qual Grupo?												
	Odontologia	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S
	Outros Profissionais	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S	☐ N ☐ S
	Intercorrências/ Observações												
	Profissional												
	Assinatura/Carimbo												
	Digitado por												

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

CONSULTA PUERPÉRIO DATA: __/__/__ HORA: __/__/__

DADOS DO PARTO

Data do parto: __/__/20__ Tipo: ☐ Vaginal ☐ Vaginal operatório: _____ ☐ Cesárea
 Local do parto: ☐ Domiciliar ☐ Hospitalar ☐ Outros: _____
 Estabelecimento do parto: _____
 Tempo de internação: _____ dias. Episiotomia: ☐ Sim ☐ Não
 Anestesia: ☐ Não ☐ Sim Qual: ☐ Geral ☐ Local ☐ Peridural ☐ Raqui ☐ Outra: _____
 Intercorrências/observações: _____

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento: ☐ Vivo ☐ Natimorto Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
 Condição ☐ A termo ☐ Pré-termo ☐ Pós-termo Idade Gestacional: _____ semanas
 Peso nascimento: _____ kg Apgar 1º minuto: _____ Apgar 5º minuto: _____
 Teve alta hospitalar junto com a mãe? ☐ Sim ☐ Não Motivo: _____
 Alimentação: ☐ Aleitamento materno exclusivo ☐ Mista ☐ Fórmula láctea
 Observação: _____

GEMELAR

Nascimento: ☐ Vivo ☐ Natimorto Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
 Condição ☐ A termo ☐ Pré-termo ☐ Pós-termo Idade Gestacional: _____ semanas
 Peso nascimento: _____ kg Apgar 1º minuto: _____ Apgar 5º minuto: _____
 Teve alta hospitalar junto com a mãe? ☐ Sim ☐ Não Motivo: _____
 Alimentação: ☐ Aleitamento materno exclusivo ☐ Mista ☐ Fórmula láctea
 Observação: _____

PUÉRPERA

Exame físico: Puerpério: ☐ Até 7 dias ☐ 8 a 30 dias ☐ 31 a 42 dias
 Queixas: ☐ Dor em baixo-ventre ☐ Alterações urinárias ☐ Sangramento ☐ Leucorréia ☐ Outras: _____
 Amamentação: ☐ Sim ☐ Não motivo: _____
 Avaliação mamas: ☐ Normais ☐ Mamilo invertido ☐ Fissuras ☐ Mamas ingurgitadas ☐ Mastite
 Exame Clínico: Normal ☐ Sim ☐ Não Ginecológico: Normal ☐ Sim ☐ Não
 Achados anormais: _____
 Orientação sobre anticoncepção: ☐ Não ☐ Sim Método: _____
 Tipo: ☐ Barreira ☐ Hormonal-oral ☐ Hormonal-injetável ☐ Natural Encaminhada Planejamento Familiar: ☐ Sim ☐ Não

AValiação GERAL

Cuidados especiais: _____
 Problemas emocionais: ☐ Sim, qual? _____ ☐ Não
 Encaminhamentos: ☐ Sim, qual? _____ ☐ Não

PARECER E CONDUTA:

RESPONSÁVEIS CONSULTAS PUERPÉRIO

Pelo atendimento (assinatura e carimbo): _____ ☐ Enfermeiro(a) ☐ Médico(a)
 Pela digitação: _____ Data digitação: __/__/20__

INTERRUPÇÃO DE ACOMPANHAMENTO Data da Ocorrência: __/__/20__

Motivo: ☐ Abandono ☐ Abortamento ☐ Cadastramento duplo ☐ Optou por convênio particular ☐ Óbito Materno
☐ Mudança de município ☐ Outros motivos: _____
 Data: __/__/__ Responsável: _____ ☐ Enfermeiro(a) ☐ Médico(a)
 (Assinatura e carimbo)

ANEXO II

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA REGIÃO DA ZONA SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Maria Alice Tsunechiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08572012.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 145.651

Data da Relatoria: 13/11/2012

Apresentação do Projeto:

A justificativa da pesquisa é o expressivo número de mulheres que morrem como decorrência de complicações relacionadas à gravidez, parto, pós-parto ou aborto, no Brasil. O número é quase quatro vezes maior ao índice de 20 mortes por 100 mil, considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primario:

Analisar a assistência pre-natal oferecida para as gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família no Programa de Pre-Natal nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito de Capão Redondo do Município de São Paulo.

Objetivo Secundario:

1. Caracterizar as gestantes, segundo dados sociodemográficos e obstétricos;
2. Descrever a estrutura do serviço das UBS para atendimento pre-natal;
3. Analisar o processo de assistência pre-natal prestado a gestantes acompanhadas nas UBS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos e os benefícios serão indiretos pois trata-se de estudo sobre serviços de acompanhamento de gestantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado e bem organizado, contemplando todas as etapas de uma

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira César

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

pesquisa e voltada a estudar 12 Unidades Basicas de Saude (UBS) do Distrito de Capao Redondo, zona sul do Municipio de Sao Paulo, que atendem o Pre-Natal pela Estrategia de Saude da Familia em parceria com o UNASP - Centro Universitario Adventista de Ensino, no ambito do Sistema Unico de Saude.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE contem todas as informacoes necessarias foi bem redigido, respeitando as orientações da Resolução 196/96.

Recomendações:

O projeto esta bem estruturado e organizado, contemplando todas as etapas de uma pesquisa e voltada a estudar 12 Unidades Basicas de Saude (UBS) do Distrito de Capao Redondo, zona sul do Municipio de Sao Paulo, que atendem o Pre-Natal pela Estrategia de Saude da Familia em parceria com o UNASP - Centro Universitario Adventista de Ensino, no ambito do Sistema Unico de Saude.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se a necessidade de registro de relatórios, parcial e final, na Plataforma Brasil.

Este parecer não substitui a autorização da instituição co-participante antes do inicio da coleta de dados.

SAO PAULO, 13 de Novembro de 2012

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO III

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA REGIÃO DA ZONA SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Maria Alice Tsunehiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08572012.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 156.805

Data da Relatoria: 06/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal sobre a assistência pré-natal em unidades básicas de saúde de uma região da zona sul de São Paulo.

O estudo será realizado nas 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito de Capão Redondo, zona sul do Município de São Paulo, que atendem o Pré-Natal pela Estratégia de Saúde da Família em parceria com o UNASP, Centro Universitário Adventista de Ensino, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para a coleta de dados, serão utilizados dois instrumentos elaborados com base no Manual de Pré-Natal e Puerpério do MS (Brasil, 2005):

– um questionário com dados referentes à estrutura do serviço (Apêndice I) e

– um formulário específico referente ao processo de atendimento pré-natal (Apêndice II).

O questionário consta de duas partes:

Parte 1: destinada aos dados sobre a disponibilidade de recursos humanos, serviços de apoio e medicamentos essenciais;

Parte 2: destinada aos dados sobre área física, equipamentos e instrumentais mínimos, instrumentos de registro de dados e avaliação permanente da atenção pré-natal.

No formulário constam o número do SIGA, número do registro da família na unidade, nome da

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

unidade, dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos e neonatais, gestação atual, procedimentos realizados nas consultas, realização de exames, dados do desfecho e consulta de puerpério.

O prontuário da gestante composto pela ficha pré-natal, ficha de cadastro do SIGA e pela folha de evolução utilizadas nas UBS constituem a fonte de dados.

Variáveis

As variáveis selecionadas para a caracterização das gestantes e as relacionadas ao processo de assistência pré-natal, tem como base a Ficha do Programa Mãe Paulistana (Anexo 1). Ressalta-se que a ficha não contempla as questões de violência doméstica e de planejamento e aceitação da gestação, portanto tais informações não serão objeto de análise.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

- Analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família no Programa de Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito de Capão Redondo do Município de São Paulo.

Específicos

- Caracterizar as gestantes, segundo dados sociodemográficos e obstétricos;
- Descrever a estrutura do serviço das UBS para atendimento pré-natal;
- Analisar o processo de assistência pré-natal prestado às gestantes acompanhadas nas UBS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos percebidos para o sujeito de pesquisa, a não ser um pequeno desconforto quando da entrevista.

Os benefícios estão relacionados aos resultados da pesquisa, que poderão servir de subsídio para o planejamento das ações desenvolvidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo metodologicamente bem construído capaz de alcançar os objetivos propostos. Foram apresentados os Instrumento de coleta de dados e entrevista que foram considerados de acordo com os objetivos propostos.

Alguns esclarecimentos foram fornecidos pelo pesquisador e considerados adequados.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada, folha de rosto está adequadamente preenchida. Foi informada a planilha de custos e a fonte financiadora.

O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa,

O TCLE e o cronograma foram retificados e considerados adequados

Recomendações:

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CO-NEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e). Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada ao CEP e outra à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

SAO PAULO, 28 de Novembro de 2012

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com