UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CLÁUDIA VALÉRIA CHAGAS DE SIQUEIRA

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO

MUNICÍPIO DE SANTOS

SÃO PAULO

2011

CLÁUDIA VALÉRIA CHAGAS DE SIQUEIRA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SANTOS**

**Dissertação apresentada à 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**

São Paulo

2011

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

Siqueira, Cláudia Valéria Chagas de
Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde
do município de Santos / Cláudia Valéria Chagas de
Siqueira. -- São Paulo, 2011.
119 p.

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

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

1. Assistência pré-natal - Santos 2. Acesso aos serviços
de saúde 3. Assistência à saúde (Indicadores; Qualidade)
I. Título.

Nome: Cláudia Valéria Chagas de Siqueira

Título: Assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do município de Santos

Dissertação apresentada à 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 minha amada mãe MARIA DO ROSÁRIO, que sempre
acreditou na minha capacidade e apoiou todos os momentos de
minha vida.*

*A meu filho querido GUILHERME, que esteve a meu lado nesta
jornada em todos os momentos alegres ou difíceis*

*A meu irmão Benito e meus tios queridos ÂNGELA, VERA
e MÁRCIO, que mesmo de longe torceram por mim.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, e toda ajuda dos irmãos de luz.

À Professora Doutora Maria Alice Tsunechiro por aceitar este desafio de minha vida e estar presente em todas as etapas com seu conhecimento, sabedoria e disponibilidade. O que aprendi durante nosso convívio estará guardado para sempre.

À Professora Doutora Isabel Cristina Bonadio, por compartilhar seus conhecimentos, pelas contribuições essenciais neste trabalho durante toda a jornada.

Aos amigos Ana Lúcia de Mattia, Dionize Montanha, Denise Spósito e Juvenal Tadeu Canas Prado, que me impulsionaram e ajudaram para que este estudo passasse de sonho à realidade.

A meu coordenador e amigo Anselmo Amaro dos Santos, pelo incentivo e apoio.

Ao incentivo e apoio dos amigos e amigas de trabalho que colaboraram de alguma forma nesta etapa de minha vida.

A minha aluna Pollyana, que com sua doçura, carinho e disponibilidade esteve a meu lado durante a coleta de dados.

Ao obstetra Gilberto Melo, por indicar os caminhos que me fizeram chegar ao local do estudo.

A todos os profissionais da Secretaria de Saúde de Santos e da Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube, pelo apoio na realização deste estudo. Em especial, aos Enfermeiros Juliana, Priscila e Dagoberto, à gerente Raquel e as Agentes Comunitárias de Saúde.

À amiga Mara Cinthia, pela orientação na análise estatística.

Às docentes da Escola de Enfermagem da USP por suas valiosas contribuições à execução deste trabalho, em especial, às Professoras Doutoras Sayuri Maeda Tanaka e Amélia Fumiko Kimura.

A todas as funcionárias dos Setores de Pós-Graduação e de Biblioteca e Documentação da EEUSP, meu muito obrigada.

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.

RESUMO

Este estudo buscou analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes inscritas no Programa de Pré-Natal na Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube (UBS-RC) do município de Santos, SP. Os objetivos foram: caracterizar as gestantes da UBS-RC do município de Santos, segundo dados sócio-demográficos e obstétricos; descrever a estrutura do serviço e analisar o processo de assistência pré-natal prestados às gestantes usuárias da UBS-RC. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com coleta de dados feitos por meio de entrevista com o responsável pela unidade e de consulta aos dados de 366 prontuários de gestantes matriculadas no ano de 2009. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de julho a novembro de 2010. A análise da estrutura e do processo foi baseada nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006 a partir das recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Os resultados mostram que as gestantes eram jovens, média da idade 24,9 anos, 59,6% casadas ou com união estável, 50,3% não branca, 50,3% com ensino médio, 32,2% primigestas. A estrutura do serviço atende aos requisitos para o desenvolvimento das ações preconizadas para a atenção pré-natal. Observou-se que 81,7% da amostra iniciaram o pré-natal até 120 dias da gestação; 64,8% fizeram o número mínimo de seis consultas; 44,0% tiveram pelo menos uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, e três no terceiro trimestre; 38,5% tiveram o mínimo de seis consultas pré-natal e a consulta de puerpério; 6,6% tiveram o mínimo de seis consultas pré-natal e os exames básicos; 4,1% tiveram mínimo de seis consultas pré-natal, consulta de puerpério e exames básicos; 3,0% tiveram mínimo de seis consultas pré-natal, consulta de puerpério, exames básicos e imunização antitetânica; 75,0% da amostra eram ou foram imunizadas com a vacina antitetânica. Considerando apenas retorno ao puerpério 61,7% das mulheres o fizeram. Segundo o Índice de Kessner, modificado por Takeda o pré-natal foi Adequado para 56,6% da amostra. 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. É necessária uma mobilização de gestores e profissionais envolvidos na assistência pré-natal para que ocorra melhora dos indicadores da atenção à saúde materna e perinatal.

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

Siqueira CVC. Prenatal care in a primary care unit of Santos city [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

This study aimed to analyse the prenatal care offered to pregnant women enrolled in the Prenatal Program in Basic Health Unit of the Radio Club (UBS-RC) in the city of Santos (SP). The objectives were to characterize the women of the UBS-RC of Santos city, according to sociodemographic and obstetric data, to describe the structure of the service and to analyze the process of prenatal care provided to pregnant women from UBS-RC. This is a descriptive and retrospective study, data were collected during an interview with the person in charge for the unity and from medical records of 366 pregnant women enrolled in 2009. Data collection was carried out from July to November 2010. The analysis of the structure and of the process was based on criteria established by the Ministry of Health (MOH) in 2006, following the recommendations of the Humanization of Prenatal and Childbirth Program(PHPN). The results show that the women were young, mean age 24.9 years, 59.6% married or with stable union, 50.3% skin colour non white, 50.3% with secondary level of education, 32.2% were primiparous. The structure of the service meets the requirements for the development of recommended actions for prenatal care. It was observed that 81.7% of the women initiated prenatal care within 120 days of gestation, 64.8% did the minimum number of 6 appointments, 44.0% had at least one appointment in the first trimester, 2 in the second trimester and 3 in the third trimester, 38.5% had at least 6 prenatal appointments and the postpartum appointment, 6.6% had at least 6 prenatal appointments and the basic exams, 4.1% had minimum of 6 prenatal appointments, postpartum appointment and the basic exams, 3.0% had at least 6 prenatal appointments and the postpartum appointment, basic exams and tetanus immunization, 75.0% of the sample were or have been immunized against tetanus. Considering only postpartum return after delivery, 61.7% of women did it so. According to the Kessner Index, modified by Takeda, the prenatal care was adequate for 56.6% of the sample. Data regarding process indicators has shown that, while there is an addition of the actions recommended by PHPN, there is a significant decrease in the proportion of accomplishment of the actions. The mobilization of managers and professionals involved in prenatal care is needed to improve the indicators of maternal and perinatal health care.

Keywords: Prenatal care, access to health services, indicators of quality in health care.

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1.	Equipamentos e Instrumentos para o desenvolvimento da assistência pré-natal e puerperal, Santos, 2010	39
Quadro 2.	Instrumentos de registro da consulta pré-natal. Santos, 2010	42
Figura 1.	Adequação do Pré-natal, conforme o Índice de Kessner, modificado por Takeda, Santos 2010.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das gestantes, conforme dados sociodemográficos, Santos 2010.....	44
Tabela 2.	Distribuição das gestantes, conforme dados psicossociais, Santos, 2010.....	48
Tabela 3.	Distribuição das gestantes, conforme antecedentes pessoais, Santos, 2010.....	54
Tabela 4.	Distribuição das gestantes, conforme antecedentes obstétricos, Santos, 2010.....	57
Tabela 5.	Distribuição das gestantes, conforme antecedentes neonatais, Santos, 2010.....	59
Tabela 6.	Avaliação do processo da assistência pré-natal e puerperal conforme critérios do PHPN, Santos, 2010.....	61
Tabela 7.	Intervalo entre as consultas pré-natais da amostra total, mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, Santos, 2010.....	67
Tabela 8.	Intervalo entre as consultas pré-natais de gestantes conforme área de abrangência, mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, Santos, 2010	68
Tabela 9.	Índice de Kessner, modificado por Takeda, Santos 2010	72
Tabela 10.	Distribuição das gestantes, conforme procedimentos de consultas pré-natais realizados, Santos, 2010	75
Tabela 11.	Distribuição das gestantes, conforme registro da realização de exames de laboratório e complementar, Santos, 2010	80
Tabela 12.	Distribuição das gestantes, conforme referências em situações de complicações, Santos, 2010	84
Tabela 13.	Distribuição das gestantes, conforme desfecho da gestação, Santos, 2010.....	85
Tabela 14.	Distribuição do peso ao nascimento dos recém-nascidos, Santos, 2010.....	86
Tabela 15.	Distribuição dos dados da consulta puerperal de 226 mulheres que compareceram à UBS no pós-parto/aborto, Santos, 2010.....	91

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 O tema do estudo	14
1.2 Revisão da literatura	17
1.3 Justificativa	22
2 OBJETIVOS	25
2.1 Geral	25
2.2 Específicos	25
3 MÉTODO	27
3.1 Tipo de estudo	27
3.2 Local do estudo	27
3.3 População e amostra	28
3.4 Instrumentos de coleta de dados	29
3.5 Variáveis	29
3.6 Procedimentos para a coleta de dados	34
3.7 Tratamento e análise dos dados	35
3.8 Aspectos Éticos	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 Descrição da estrutura da UBS-RC	38
4.1.1 Área física	38
4.1.2 Equipamentos e instrumentos	38
4.1.3 Recursos humanos e funcionamento	39
4.1.4 Apoio laboratorial	41
4.1.5 Oferta de medicamentos	41
4.1.6 Inserção da gestante no programa de pré-natal, controle de faltas	41
4.1.7 Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis	42
4.1.8 Sistema de avaliação do programa de pré-natal	42
4.2 Caracterização das gestantes da UBS-RC	43

4.3 Processo de assistência pré-natal da UBS-RC	60
4.3.2 Análise do processo da assistência pré-natal na UBS-RC, conforme o	
Índice de Kessner modificado por Takeda	71
5 CONCLUSÕES	95
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	108
ANEXOS	117

1 INTRODUÇÃO

1.1 O TEMA DO ESTUDO

A assistência pré-natal compõe-se de um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde da gestante e do conceito. O PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1983, tem como objetivos aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda população visto que a assistência pré-natal apresentava baixa cobertura e qualidade (Brasil, 1984).

A assistência pré-natal constitui a primeira linha de ação no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, já que, neste momento, são identificados os fatores de risco a que cada gestante está exposta, permitindo que sejam feitas as orientações e encaminhamentos adequados a cada momento da gravidez.

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre assistência ambulatorial e parto (Serruya, Cecatti, Lago, 2004). Suas principais estratégias são assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto e puerpério na perspectiva dos direitos da cidadania indo de encontro aos princípios descritos no documento do PAISM.

Conforme Serruya, Cecatti, Lago (2004), a condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e nascimento fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal. Sendo assim, o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher, desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia de bem-estar materno e neonatal (Brasil, 2000b).

Para a operacionalização da assistência pré-natal, em 2000, o MS publicou um Manual Técnico elaborado por uma equipe técnica, contendo normas de

atenção ao pré-natal, com a finalidade de oferecer referências para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde (Brasil, 2000b). Em 2005, o MS publicou uma revisão ampliada desse Manual realizada por técnicos e consultores dos vários setores do MS, relacionados com a atenção obstétrica e neonatal, considerando as evidências científicas atuais e as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2006, a 3ª edição revisada do Manual foi publicada (Brasil, 2006).

Conforme o Manual, uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá pela incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; de fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (Brasil, 2006).

Descreve que, estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos como: (1) captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; (2) realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; (3) desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal: escuta da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas e atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as orientações necessárias; anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante; exames laboratoriais, a saber, sistema ABO-Rh; hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo a 30ª semana de gestação; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo a 30ª semana de gestação; urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo a 30ª semana de gestação; testagem anti-HIV, com exame na primeira consulta;

sorologia para hepatite B (HBsAG), com um exame de preferência, próximo a 30ª semana de gestação; sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta, se disponível; imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN; prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; tratamento das intercorrências da gestação; classificação de risco gestacional a ser realizado na primeira consulta e nas subsequentes; atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado; registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação e finalmente, (4) atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana, após o parto, com a realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal (entre as 30ª e 42ª semanas pós-parto). Estes parâmetros foram publicados na Portaria GM Nº. 1.067 que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Brasil, 2005).

Para o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, foi disponibilizado um sistema informatizado o SISPRENATAL/DATASUS, de uso obrigatório nas unidades de saúde que possibilita a avaliação da atenção com base no acompanhamento de cada gestante (Brasil, 2006).

A avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério verifica-se por meio de indicadores de processo, de resultado e de impacto, previamente definidos, e que devem ser monitorados para a avaliação da atenção prestada, como por exemplo, o percentual de gestantes que se inscreveram no programa associado ao número de consultas, número de gestante e o número de nascidos vivos, percentual de gestantes inscritas e que receberam imunização antitetânica, que realizaram a consulta de puerpério e todos os exames básicos etc. 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 do serviço de saúde constituem elementos necessários para a qualidade da atenção pré-natal. 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, avaliação permanente da atenção pré-natal (Brasil, 2006).

1.2 REVISÃO DA LITERATURA

Para entender o que ocorre no processo de atendimento nos serviços de saúde, estudos vêm sendo feitos para avaliar a assistência usando critérios, teorias de qualidade aplicadas à saúde em busca de soluções para melhoria dos resultados.

a partir de dados secundários e sempre que necessário recorrendo a dados primários para se determinar a efetividade e qualidade geral dos processos diagnósticos nos serviços e produzir recomendações que possam orientar as intervenções sobre os problemas identificados, ou seja, que encurtem o caminho entre o saber e a prática, ou a ciência e a política (Novaes, 2009).

Este tipo de estudo surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), em 1989, sustentado por grandes expectativas políticas, a *Agency for Health Care Policy and Research-AHCPR* que deverá apoiar pesquisas que utilizam o conhecimento já existente (Novaes, 2009).

Reis et al. (1990) referem que Donabedian propõe a avaliação dos serviços de saúde por meio de três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura é avaliada, sobretudo, pelas características dos recursos utilizados na atenção médica, como a organização administrativa, a descrição das instalações, a equipe médica disponível, as normas vigentes e o perfil dos profissionais envolvidos como o tipo, a preparação e a experiência. A avaliação do processo descreve as atividades do serviço de atenção médica feitas para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, ou seja, o que é feito para o

paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. Esta avaliação compara os procedimentos empregados com os estabelecimentos, como normas pelos próprios profissionais de saúde. Para tanto, os critérios são estabelecidos pelo estudo da eficácia de práticas médicas rotineiras, e sua metodologia pode ser dividida em observação direta da prática e os estudos baseados nos registros médicos.

A avaliação de resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população, como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Para esta avaliação, as metodologias utilizadas podem ser a medida de capacidade física e o estado funcional, inventários de saúde mental, medida do impacto das doenças sobre o comportamento dos indivíduos e medida de percepção pessoal da saúde geral.

Dois estudos foram realizados na cidade de Pelotas (RS), para avaliar a assistência pré-natal (Halpern et al., 1998; Silveira, Santos, Costa, 2001).

No estudo realizado por Halpern et al. (1998), em 1993, cujo objetivo foi obter informações substanciais sobre o conteúdo da atenção pré-natal por meio de um estudo de base populacional, foram entrevistadas todas as mulheres que tiveram filho nos hospitais da cidade. Para quantificar a atenção pré-natal, foi utilizado o indicador desenvolvido por Kessner e adaptado por Takeda que classifica o pré-natal como adequado, intermediário e inadequado, de acordo com o número de consultas e o período de início.

Desse modo, também foi avaliado o risco materno usando um escore, elaborado por estudos perinatais ingleses e utilizados em nosso meio, e o risco materno 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 pré-natal 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 pré-natal 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 para as mulheres consideradas de baixo risco a proporção foi de 9,2%, caracterizando a inversão dos cuidados pré-natais.

Silveira, Santos, Costa (2001) realizaram um estudo, em 1998, sobre a atenção pré-natal oferecida às gestantes em 31 unidades da zona urbana do município 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 realizada uma auditoria de registros médicos de 839 atendimentos pré-natais. Os resultados mostraram média de consultas de 5,3 e idade de início do pré-natal de 17,8 semanas. De acordo com o Índice de Kessner modificado por Takeda, a proporção do pré-natal 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 pré-natal 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 podem não estar sendo realizados em todos os momentos. Por fim, recomendou-se que se deve ter um empenho para melhorar a qualidade da atenção pré-natal 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 a 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% adequado, 36,9% intermediário e 24,7% inadequado. 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, decresceu para 35,1%, 34,3% e 30,6%, respectivamente. O uso de índices de adequação é factível, podendo ser realizado rotineiramente pelos serviços, por meio de amostragens periódicas, fornecendo subsídios concretos para melhora da qualidade do cuidado pré-natal.

Succi et al. (2008) realizaram no Município de São Paulo um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência pré-natal oferecida em Unidades Básicas de Saúde (UBS), comparando períodos distintos: em 2000 (antes) e 2004 (4 anos, após a municipalização dos serviços de saúde). Foram analisados 1.299 prontuários das gestantes em 12 UBS, baseando-se nas normas do PHPN, que constam no Manual Técnico do MS de 2006. Os autores concluíram que a qualidade do atendimento pré-natal 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 pré-natal, o que foi verificado em outros estudos.

No estudo de Parada (2008) realizado em Botucatu (SP), em 2005, que incluiu 385 prontuários, avaliou a assistência pré-natal 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 pré-natal e consulta de puerpério; 13% realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos; 10,1% realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos e 3,6% realizaram as seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e a dose imunizante da vacina antitetânica. Este último dado aponta para a inadequação da assistência pré-natal, levando-se em conta os indicadores preestabelecidos para o estudo.

Outros estudos também avaliaram o cuidado pré-natal como os de Nagahama e Santiago (2006), cujo objetivo foi avaliar o processo de atenção referente à utilização do cuidado pré-natal 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. O APNCU combina a adequação do mês de início da assistência pré-natal e o número de consultas realizadas, classificando como ótimo, adequado, intermediário e inadequado. 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 pré-natal 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 (2004) 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 pré-natal que, quando acrescidos da consulta puerperal e dos exames obrigatórios, esse percentual reduziu-se à metade, em 2002.

A avaliação nacional do PHPN realizada em 2003 (Tanaka et al., 2008) mostrou falta de integração funcional efetiva entre o pré-natal 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 realizaram seis consultas de pré-natal.

O estudo qualitativo realizado por Almeida e Tanaka (2009), teve como objetivo avaliar o PHPN na perspectiva das mulheres, com 16 grupos focais compostos por seis a 11 usuárias das cinco regiões brasileiras. O discurso do sujeito coletivo foi utilizado para a organização dos dados, que mostraram dissonância entre muitas das recomendações do MS e os desejos e necessidades da mulher, o que faz com que ela trace para si outro fluxo de atendimento.

1.3 JUSTIFICATIVA

Considerando a relevância da assistência pré-natal e a necessidade de estudos sobre avaliação do atendimento segundo critérios definidos pelo MS em diferentes cenários, propusemos a realização de um estudo na cidade de Santos (SP), local de nossa atuação profissional há 8 anos, como docente de enfermagem em uma universidade privada. Acompanhando alunos de graduação no alojamento conjunto e em centro obstétrico de maternidades, observamos algumas mulheres no final da gestação em condições desfavoráveis, como por exemplo, ganho de peso exagerado, edema, anemia, hipertensão arterial, desinformação sobre sinais de trabalho de parto entre outros.

Isso sempre nos inquietava e poderia sugerir que o atendimento pré-natal foi inadequado ou mesmo não realizado. Como descrito anteriormente, os parâmetros definidos para garantir a atenção pré-natal e puerperal deixam claro que o período gestacional é o momento ideal para a detecção precoce das intercorrências e, sobretudo, para desenvolver intervenções/ações de prevenção ou tratamento das condições desfavoráveis, tanto à mãe como ao feto e o recém-nascido.

Na revisão bibliográfica inicial, não foram encontrados estudos dessa natureza realizados nessa cidade. Além disso, não há estudos sobre a caracterização da população de gestantes usuárias dos serviços de atenção pré-natal da rede Básica de Saúde de Santos, segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Vale ressaltar também o interesse do coordenador responsável pela atenção à saúde da mulher do município, na realização de um estudo que possa dimensionar a atenção pré-natal à clientela assistida no serviço, bem como as características das usuárias de sua área de abrangência.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes inscritas no Programa de Pré-Natal na Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube (UBS-RC) do município de Santos.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as gestantes da UBS-RC do município de Santos, segundo dados sociodemográficos e obstétricos;
- Descrever a estrutura do serviço da UBS-RC para atendimento pré-natal;
- Analisar o processo de assistência pré-natal prestado às gestantes usuárias da UBS-RC do município de Santos.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo sobre a assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Santos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Santos faz parte da região da Costa da Mata Atlântica, antiga Baixada Santista que abrange as seguintes cidades Peruíbe, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande, São Vicente, Santos, Cubatão, Guarujá e Bertioga.

Sua população total, em 2009, era de 419.481 habitantes (SEADE, 2009). A cidade possui 271 Km² distribuídos em área insular e área continental, suas atividades econômicas estão relacionadas ao porto, comércio, pesca e turismo.

Em 2009, em Santos, a população feminina era de 227.352, sendo 113.133 em idade entre 15 a 49 anos. O índice de mortalidade neonatal na cidade foi de 10,16/1.000 nascidos vivos e a mortalidade neonatal precoce foi de 6,91/1.000 nascidos vivos. No Estado de São Paulo, foi de 8,68/1000 nascidos vivos e 6,15/1.000 nascidos vivos, respectivamente. A mortalidade materna foi de 81,32/100.000 nascidos vivos e do Estado de São Paulo, de 59,27/100.000 nascidos vivos (SEADE, 2009).

A alta taxa de mortalidade materna ocorreu em razão do surto da Gripe Influenza H1N1. No ano de 2007, a taxa de mortalidade materna foi de 36,90/100.00 nascidos vivos.

O atendimento pré-natal é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (12 unidades) e, em Unidades de Saúde da Família (seis unidades). As unidades estão divididas em quatro regiões, que são Orla, Morro, Zona Noroeste e Área Continental. A cliente é inserida no pré-natal por demanda espontânea ou por busca ativa realizada por agente comunitário de saúde.

O presente estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube, localizada na região denominada Zona Noroeste, da área continental da cidade.

A escolha da região deve-se pela alta prevalência de usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), e ser uma área da cidade geograficamente definida, separada das demais pelos morros. Nas outras regiões, a população compõe-se de usuárias do SUS, convênios e particulares e geograficamente fazem parte da orla, morros e área continental. Além disso, a escolha da Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube deve-se ao fato de que é a unidade com maior número de atendimentos de pré-natal da região. A demanda anual é de cerca de 400 gestantes.

Para o atendimento pré-natal, a unidade conta com médico obstetra, enfermeiro, agente comunitário de saúde e, se necessário, outros profissionais do serviço como dentista, assistente social, psicólogo e nutricionista. A unidade conta, ainda, com atendimento de clínica geral e pediatria.

Atualmente o primeiro atendimento da mulher é realizado pelo enfermeiro que faz o teste rápido de gravidez. Se o resultado for positivo ele realiza as seguintes atividades: cadastro da cliente no SISPRENATAL, orientações gerais, solicita os exames de rotina do pré-natal, prescreve o ácido fólico e o sulfato ferroso, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e marca a próxima consulta com o médico obstetra que dará continuidade ao controle pré-natal.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população constou de gestantes atendidas na UBS-RC de Santos, em 2009. Nesse ano, 409 gestantes foram cadastradas no SISPRENATAL; por não ter a gestação confirmada, ter sido encaminhada para outro serviço na primeira consulta e por extravio de prontuário, foram excluídas 43 gestantes (10,5%), totalizando, assim, como amostra final 366 gestantes.

3. 4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram 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 constou 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.

O formulário continha número do formulário, número do SISPRENATAL, número do registro na unidade, nome da unidade, área de abrangência, 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 perinatal, ficha de cadastro do SISPRENATAL e pela folha de evolução utilizada na rede Municipal de Saúde de Santos constituiu-se na fonte de dados.

3. 5 VARIÁVEIS

As variáveis selecionadas, para a caracterização das gestantes e as relacionadas ao processo de assistência pré-natal, têm como base a Ficha Perinatal do município de Santos (Anexo 1).

A. Dados sociodemográficos:

- Raça/Cor definida como branca, parda, preta, amarela, indígena
- Idade em anos completos categorizada em: < 20, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34 e ≥ 35.

- Renda: < (1) um salário mínimo: sim ou não, sem registro
- Nível de instrução: analfabeta, fundamental, médio, superior, indeterminado, sem registro
- Estado Civil/União: casada, estável, solteira, outros, indeterminado, sem registro
- Violência doméstica: sim ou não, sem registro
- Alterações emocionais: sim ou não, sem registro
- Dependência química: álcool, drogas, sem registro
- Gravidez: planejada, aceita, indesejada, sem registro

B. Antecedentes Pessoais

- Fuma: sim ou não, sem registro.
- Infecção urinária: sim ou não, sem registro.
- Infertilidade: sim ou não, sem registro.
- Diabetes: sim ou não, sem registro.
- Hipertensão crônica: sim ou não, sem registro.
- Cirurgia pélvica uterina: sim ou não, sem registro.
- Outros: sim ou não, sem registro.

C. Antecedentes Obstétricos e Neonatais:

- Número de Gestações: número de vezes que engravidou classificado em nenhum, 1 a 3 e 4 ou mais e sem registro;
- Número de Partos: número de vezes que teve parto classificado em nenhum, 1 a 3 e 4 ou mais e sem registro;
- Tipo de parto anterior: classificado em normal, cesárea, fórceps e sem registro;
- Número de Abortos: número de vezes que abortou classificado em nenhum, 1 a 3 e 4 ou mais e sem registro;
- Número de Filhos Nascidos vivos: classificados em nenhum, 1 a 3 e 4 ou mais e sem registro;
- Número de Natimorto: número de filhos nascidos mortos classificado em nenhum, 1, 2 e sem registro;

- Morte neonatal: número de filhos que morreram categorizados em nenhum, na primeira semana de vida e após a primeira semana e sem registro;
- Peso do recém-nascido < 2.500g e < 4.000g: classificado em sim, não e sem registro.

D. Gestação atual

- Idade gestacional na primeira consulta: em semanas completas calculadas, a partir da data da última menstruação ou resultado da primeira ultrassonografia. Quando necessário, a idade gestacional foi aproximada da seguinte forma: 1, 2, 3 dias considerou-se o número de semanas completas; e 4, 5 e 6 dias a semana seguinte;
- Número total de consultas de Pré-natal realizadas: em números inteiros;
- Distribuição das consultas: em trimestres, classificados em primeiro trimestre até 13 semanas, segundo trimestre de 14 a 27 semanas e terceiro trimestre 28 semanas ou mais;
- 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 - 10ª, 10ª - 11ª, 11ª - 12ª, 12ª - 13ª.
- Imunização antitetânica: classificada em imune, imunizada, reforço, incompleta, sem registro.

E. Procedimentos realizados nas consultas

- Peso: sim em todas, parcial quando registrado, pelo menos, 50% em relação ao número de consultas realizadas e insuficiente com registro menor que 50%;
- Preenchimento gráfico nutricional (peso): sim em todas, parcial quando registrado, pelo menos, 50% em relação ao número de consultas realizadas e insuficiente com registro menor que 50%;
- Medida da pressão arterial: sim em todas, parcial quando registrado, pelo menos, 50% em relação ao número de consultas realizadas e insuficiente com registro menor que 50%;

- Verificação de edema: sim em todas, parcial quando registrado, pelo menos, 50% em relação ao número de consultas realizadas e insuficiente com registro menor que 50%;
- Medida da altura uterina a partir de 12 semanas (Brasil, 2006): sim em todas, parcial quando registrado pelo menos 50% em relação ao número de consultas realizadas e insuficiente com registro menor que 50%;
- Ausculta/movimentação fetal realizada a partir da 20ª semana: sim em todas, parcial quando registrado, pelo menos, 50% em relação ao número de consultas realizadas e insuficiente com registro menor que 50%;
- Idade Gestacional em semanas: calculada a partir da data da última menstruação ou da ultrassonografia (vide gestação atual) foi considerado se tinha registro ou não, sendo classificada como sim em todas, parcial quando registrado, pelo menos, 50% em relação ao número de consultas realizadas e insuficiente com registro menor que 50%; e
- Identificação da apresentação fetal a partir da 28ª semana gestacional: sim em todas, parcial quando registrado, pelo menos, 50% em relação ao número de consultas realizadas e insuficiente com registro menor que 50%.

F. Realização de Exames

- Sistema ABO-Rh na primeira consulta: sim, não, não se aplica e sem registro;
- Hemoglobina/hematócrito na primeira consulta: sim, não, não se aplica e sem registro;
- Hemoglobina/hematócrito (na 30ª semana): sim, não, não se aplica e sem registro;
- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo a 30ª semana de gestação: sim, não, não se aplica e sem registro;
- VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo a 30ª semana de gestação: sim, não, não se aplica e sem registro;
- Testagem anti-HIV, com exame na primeira consulta e outro próximo a 30ª semana de gestação: sim, não, não se aplica e sem registro;
- Sorologia para hepatite B (HBsAG), com um exame de preferência, próximo a 30ª semana de gestação: sim ou não (foi considerado como estava o

registro no cartão da gestante) se no local da 1ª ou 2ª, não se aplica e sem registro;

- Sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta: sim ou não. (quando IgG positivo e IgM negativo – foram considerados 2ª bateria não se aplica; quando IgG e IgM negativos e não constava na 2ª bateria: foi considerado sem registro);
- Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação: sim ou não, não se aplica e sem registro
- Preventivo de câncer cervicouterino: sim, não, não se aplica e sem registro.

G. Intercorrências na gestação

- Hospitalização na gravidez: sim ou não, sem registro.
- Encaminhamentos à Casa da Gestante/Outro: sim ou não, sem registro.

H. Desfecho

- Idade gestacional no parto/aborto: em semana calculada a partir da data da última menstruação ou resultado da ultrassonografia e classificada em até 21, 22ª 36 e ≥37;
- Tipo de parto: classificado em normal, cesárea, fórceps e sem registro;
- Morte materna: sim ou não
- Peso do recém-nascido: em gramas, classificado em <2.500 e ≥2.500;
- Morte fetal: sim ou não, sem registro.
- Morte neonatal: sim ou não, sem registro.
- Momento que ocorreu: gestação ou parto ou momento ignorado, sem registro.

I. Consulta de Puerpério/aborto

- Tempo de pós-parto/aborto: em número de dias de puerpério, classificado em até 7, 8 a 42, 43 ou mais e sem registro;
- Registro do exame físico: sim ou não, sem registro;
- Queixas referidas: sim ou não, sem registro;
- Registro de intercorrências: sim ou não, sem registro;
- Registro de orientações: sim ou não, sem registro;
- Registro de Contracepção: sim ou não, sem registro;

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2010 por meio de entrevista com o profissional responsável pela UBS-Rádio Clube e de consulta aos prontuários das gestantes.

A entrevista com o profissional responsável foi previamente agendada e realizada pela pesquisadora. Além disto, foi feita a observação da área física de atendimento e existência de equipamentos e instrumentais mínimos, instrumentos de registro do atendimento, como ficha perinatal, cartão da gestante, ficha de cadastramento, mapa de registro diário da gestante e da busca ativa.

Em 2009, o número de gestantes matriculadas e o número de identificação para a localização de seus prontuários foram obtidos por meio de consulta ao livro de controle anual da UBS-RC. Para solicitação dos prontuários para a coleta de dados, elaborou-se uma listagem com o número de registro e o nome da gestante que foram sendo liberados de forma gradativa, conforme a disponibilidade do pesquisador e do serviço.

Os prontuários foram examinados um a um, organizados por ordem numérica, seguindo o registro da cliente quando inicia o atendimento pela primeira vez na unidade. Este número corresponde ao registro geral da cliente na cidade de Santos. O formulário recebeu um número inteiro que correspondeu à ordem de desarquivamento, bem como o número correspondente da ordem de cadastro da gestante na unidade, além do número do SISPRENATAL e do registro geral na unidade.

O preenchimento do instrumento de coleta de dados foi realizado nas dependências do serviço, pela pesquisadora e por duas alunas de graduação em enfermagem devidamente treinadas, em horário e dia previamente programados.

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 quadro demonstrativo.

Os dados coletados dos prontuários foram armazenados com digitação em dupla entrada, por meio do programa *Epi-Info versão 2000*.

A análise descritiva foi realizada por meio da construção de tabelas de frequências univariadas, com distribuições percentuais para as variáveis qualitativas ou categóricas e com o cálculo de medidas-resumo: médias e desvios-padrão para as variáveis quantitativas.

Os critérios utilizados para avaliação do processo assistencial foram as recomendações do PHPN (Brasil, 2006) e o Índice de Kessner modificado por Takeda (Takeda, 1993) que combina o número de consultas com a idade gestacional de início, classificando o pré-natal em **adequado** - 6 ou mais consultas e idade gestacional menor de 20 semanas; **inadequado** - início após 28 semanas ou menos de três consultas; **intermediário** - todas as outras situações.

A análise da atenção pré-natal, conforme os critérios do PHPN foi realizada considerando: início do acompanhamento até 120 dias da gestação; realização de, pelo menos, seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre, realização dos exames de laboratório da primeira e da 30ª semana; registro de imunização antitetânica; registro da realização da consulta puerperal.

Para avaliação dos procedimentos realizados em cada consulta (avaliação nutricional, mensuração da altura uterina, ausculta de batimentos cardíofetais, identificação da apresentação fetal, medida de pressão arterial, verificação de peso e da presença de edema) foi considerado adequado, quando os procedimentos foram realizados nas consultas.

O intervalo entre as consultas foi analisado, conforme o cronograma de consultas da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, sendo considerados

adequado o espaçamento de 4 semanas até a 32ª semanas de gestação, de 2 semanas entre a 33ª e 36ª e de 1 semana após esse período.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme Processo nº 894/2010/CEP-EEUSP (Anexo 2), visto que o Comitê de Ética da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos está em processo de cadastramento na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do MS. Dessa forma, a coleta de dados foi realizada, após as assinaturas do Termo de Compromisso de Realização da Pesquisa pelo representante da Secretaria Municipal de Saúde de Santos e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo profissional responsável pela UBS Rádio Clube (Apêndices III e IV).

Após a conclusão do estudo os resultados serão apresentados à Coordenação da área de Saúde da Secretaria Municipal de Santos, bem como à Unidade de Saúde do Rádio Clube, local de coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DA UBS-RC

4.1.1 Área física

A UBS-RC apresenta uma planta baixa com recepção e guarda de prontuários, seis consultórios médicos, dois odontológicos, salas de: administração, de enfermagem, de inalação, de vacinas, pré e pós-consultas de pediatria, central de exames, de curativos, pré e pós-consultas de adultos, farmácia, copa para os funcionários e sanitários para os usuários e funcionários feminino e masculino.

Para o atendimento de saúde da mulher, a unidade disponibiliza dois consultórios. Um deles conta com um sanitário e uma antessala onde são realizadas as pré e pós-consultas de enfermagem. Possui iluminação e limpeza adequadas, pia para higienização das mãos, ar condicionado, cortinas e biombo, impressos próprios para atendimento em obstetrícia e ginecologia. Neste consultório, ficam o Sonar Doppler e o estetoscópio de Pinard, há uma pia onde são lavados materiais como pinças e espéculos, bem como produtos para esta finalidade. Na antessala, encontram-se os livros de registro das consultas obstétricas e ginecológicas, os espelhos dos cartões de pré-natal, a balança e o esfigmomanômetro e estetoscópio clínico para aferição da pressão arterial.

O outro consultório é menor e sem sanitário anexo, mas não foi encontrado material para atendimento obstétrico.

Os resíduos do serviço são guardados em ambiente apropriado, anexo à unidade.

4.1.2 Equipamentos e instrumentos

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

Quadro 1. Equipamentos e Instrumentos para o desenvolvimento da assistência pré-natal e puerperal, Santos, 2010

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

*As escovas *Citobrush* e espátulas de Ayre acondicionadas em um único recipiente sem tampa e as lâminas em uma caixa própria guardadas na gaveta na mesa de atendimento médico.

**O estetoscópio de Pinard, o sonar *Doppler* e o gestograma estão disponíveis apenas em um dos consultórios.

4.1.3 Recursos humanos e funcionamento

O atendimento pré-natal é realizado de 2ª feira a 6ª feira, das 7h às 20horas. A cliente chega à unidade por demanda espontânea, encaminhada dos hospitais ou por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo seu acolhimento realizado pelo enfermeiro.

A unidade tem em seu quadro um Chefe de Seção, um Chefe Administrativo, sete funcionários administrativos, 11 médicos nas seguintes especialidades: quatro em pediatria, quatro clínicos, três ginecologistas obstetras, três enfermeiros, sete técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem, 28 agentes

comunitários de saúde, três odonto-pediatras e cinco cirurgiões-dentistas, cinco auxiliares de consultório dentário e três auxiliares de serviços gerais.

Uma assistente social e uma nutricionista prestam serviço duas vezes por semana, atendem também gestantes. Caso seja necessário acompanhamento psicológico, o cliente é encaminhado aos respectivos serviços especializados.

O atendimento pré-natal é realizado por três médicos obstetras, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.

O atendimento está centrado no trabalho do médico ginecologista-obstetra que é o responsável pelas consultas pré-natais e de ginecologia, de acordo com a escala estabelecida na unidade, quando necessário, pelos encaminhamentos das gestantes. A carga horária pode ser 20 ou 30 horas. A escala de atendimento de pré-natal é feita da seguinte forma: um médico atende de segunda a sexta pela manhã; outro às quartas, pela manhã e o terceiro às terças, à tarde. Nos demais períodos, fazem atendimento de ginecologia. Se alguma gestante precisar de atendimento fora da escala é atendida. O número de mulheres atendidas varia, de acordo com a carga horária 20 horas, 16 clientes de gineco-obstetrícia e de 30 horas, 24 clientes.

A carga horária do enfermeiro é de 40 horas/semana, que realiza o acolhimento da gestante, o teste rápido de gravidez, abre o cartão de pré-natal, cadastra a gestante no SISPRENATAL, solicita os exames e marca a consulta médica. Na ausência do médico, o enfermeiro atende às intercorrências e encaminha a gestante, além de solicitar ao ACS responsável que realize a visita domiciliar às gestantes faltosas, por meio do preenchimento de formulário específico.

Além das ações específicas com as gestantes, os enfermeiros da UBS-RC são responsáveis pelo treinamento, capacitação e coordenação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

O auxiliar de enfermagem é responsável pela pré-consulta (medida de pressão arterial e verificação do peso), pós-consulta (agenda o retorno, preenche os dados nos pedidos de exame e orienta a realização dos exames), marca as consultas de planejamento familiar, controla as gestantes agendadas para o dia da consulta e

as faltosas, além da limpeza, organização e encaminhamento de materiais para esterilização e reposição de material.

O ACS realiza o acompanhamento do atendimento das gestantes de sua área, realiza a busca ativa quando necessária, ou seja, serve como elo entre a unidade, a gestante e sua família.

A unidade não possui rotina de atendimento odontológico às gestantes, estas são encaminhadas quando necessário. Para o atendimento psicológico, as clientes são encaminhadas à Casa da Gestante (grupo e atendimento de gestantes adolescentes).

4.1.4 Apoio laboratorial

A coleta de material para exame é feita de segunda a sexta-feira pela manhã na unidade, e o material é encaminhado à AFIP (Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia), local onde também são realizados os exames de imagem.

Os exames oferecidos às gestantes são: sistema ABO/Rh, hemograma, glicemia de jejum, sorologia para toxoplasmose e rubéola, VDRL, HIV, Hepatites B e C, urina tipo I e parasitológico de fezes.

Se houver necessidade, repete-se o exame.

4.1.5 Oferta de medicamentos

A unidade possui dispensação de medicamentos às gestantes e puérperas como metildopa (250 e 500 mg), cremes vaginais (nistatina, tetraciclina e metronidazol), sulfato ferroso e ácido fólico, contraceptivo (depoprovera), preservativos masculinos, insulina (com agulha e seringa).

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

A gestante busca a unidade de forma espontânea, sendo encaminhada por hospital ou por meio do ACS. O controle das faltas é realizado pelo auxiliar de

enfermagem responsável pelas pré e pós-consultas que comunica ao enfermeiro. Este aciona o ACS responsável pela gestante, sendo preenchida uma solicitação de visita domiciliar, com a próxima consulta agendada. Quando a gestante não comparece à nova consulta, o enfermeiro realiza a visita domiciliar.

4.1.7 Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis

Quadro 2. Instrumentos de registro da consulta pré-natal. Santos, 2010

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 a carteira e o espelho da gestante, o impresso do SISPRENATAL, carteira de vacina, impressos de pedidos de exames.

A unidade não possui uma rotina de análise; no entanto, os atendimentos às gestantes são registrados em um livro anual, contendo a ordem numérica de atendimento, a data de início do Pré-natal, o nome do médico, o nome da gestante, o número do SISPRENATAL, o número do SISAM (Sistema Integrado de Saúde Ambulatorial), a data provável do parto (DPP), o mês e o dia da consulta. Estes dados servem de base para uma visão do atendimento.

4.1.8 Sistema de avaliação do programa de pré-natal

Dia 25 de cada mês é encaminhada uma planilha com todos os dados das gestantes (consultas médicas, 1ª e 2ª baterias de exames, vacinas e consulta de puerpério) ao Instituto da Mulher onde é realizada a digitação dos dados.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES DA UBS-RC

Em 2009, 409 gestantes foram matriculadas para acompanhamento da gestação na UBS-RC; no entanto, a amostra compôs-se de 366 em razão da perda de 43 prontuários (10,5%). Nesse ano, outras gestantes foram acompanhadas por falta do profissional médico obstetra em algumas UBS de Santos. Assim, a UBS-RC atendeu também mulheres residentes em regiões próximas, a saber: Jardim Castelo, Areia Branca, Capela, Bom Retiro, Caneleira, Vila São Jorge, além daquelas do município de São Vicente. Sendo assim, para a análise dos dados levou-se em consideração o total de gestantes e a estratificação entre as pertencentes à área e fora de abrangência.

As Tabelas 1 a 5 foram elaboradas com a finalidade de retratar as características sociodemográficas, psicossociais, história de saúde, doença e reprodutiva da população do estudo.

Os dados da Tabela 1 mostram o perfil da população estudada, segundo idade, etnia, estado civil, renda e nível de instrução.

Tabela 1. Distribuição das gestantes, conforme dados sociodemográficos, Santos 2010

Variáveis	Total N=366		Área de Abrangência			
			Sim N=272		Não N=94	
	N	%	N	%	N	%
Idade (anos)						
< 20	75	20,5	60	22,1	15	16,0
20 a 24	114	31,1	90	33,1	24	25,5
25 a 29	92	25,1	65	23,9	27	28,7
30 a 34	50	13,7	33	12,1	17	18,1
≥ 35	35	9,6	24	8,8	11	11,7
Mínimo - Máximo	14 – 45		14 – 45		16 – 43	
Média ± dp	24,9 ± 6,3		26,1 ± 6,3		26,1 ± 6,3	
Etnia						
Branca	138	37,7	99	36,4	39	41,5
Parda	133	36,3	101	37,1	32	34,0
Preta	49	13,4	36	13,2	13	13,9
Amarela/Indígena	2	0,6	1	0,4	1	1,0
Sem Registro	44	12,0	35	12,9	9	9,6
Estado civil/União						
Casada/Estável	218	59,6	162	59,6	56	59,6
Solteira/Outros	143	39,0	107	39,3	36	38,3
Indeterminado	4	1,1	2	0,7	2	2,1
Sem Registro	1	0,3	1	0,4	-	-
Renda < 1 Salário Mínimo						
Sim	105	28,7	83	30,5	22	23,4
Não	243	66,4	174	64,0	69	73,4
Sem registro	18	4,9	15	5,5	3	3,2
Nível de Instrução						
Analfabeta	3	0,8	1	0,4	2	2,1
Fundamental	168	45,9	128	47,1	40	42,5
Médio	184	50,3	140	51,5	44	46,9
Superior	5	1,4	2	0,7	3	3,2
Sem Registro	4	1,1	1	0,3	3	3,2
Indeterminado	2	0,5	-	-	2	2,1

Pela Tabela 1, percebe-se a predominância de mulheres jovens, 51,6% com menos de 25 anos de idade; idade média $24,9 \pm 6,3$ anos, com uma variação de 14 a 45 anos. Na amostra estratificada, houve um discreto aumento da idade média 26,1

$\pm 6,3$ anos, tanto na área de abrangência como fora dela. A diferença pode ser justificada pela proporção inversa entre as gestantes residentes na área de abrangência nos extremos da idade. Nesse estrato, observam-se proporções maiores (22,1%) de gestantes com menos de 20 anos e menores (8,8%) para as de idade superior a 34 anos. Igualmente, para as residentes fora da área de abrangência da unidade, obteve-se menor proporção (16,0%) de gestantes com menos de 20 anos e maior (11,7%) para idade superior a 34 anos.

Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos como os de Koffman e Bonadio (2005), Pereira et al. (2006) e Corrêa (2010) e 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 apontam média nacional de idade de 24,6 anos (Berquó, Garcia, Lago, 2009).

Carvalho e Novaes (2004), em seu estudo observaram que a média de idade foi 20,4 anos, sendo 51,3% com menos de 20 anos, valor superior ao verificado no presente estudo. No estudo realizado no município de Pelotas (RS), por Halpern et al. (1998), a média de idade também foi 26 anos. Coutinho et al. (2003) encontraram média de idade 24,9 anos, com predomínio de 54,6% de gestantes entre 20 e 29 anos. Em Francisco Morato (SP), em estudo realizado por Barbosa (2007), com amostra de 77 puérperas atendidas na rede básica do município, a média da idade foi 25,1 anos, 53,3% com menos de 24 anos.

Em relação à etnia, os resultados mostram maioria de mulheres de cor de pele não branca (50,3%) quando considerado o total de gestantes. O mesmo resultado foi verificado em relação à área de abrangência com 50,7% de mulheres não brancas. As não brancas residentes fora da área de abrangência representaram quase a maioria (48,9%) nesse estrato. A proporção de gestantes que se declarou de cor preta mostrou distribuição semelhante, tanto na área de abrangência como fora dela, 13,2% e 13,9%, respectivamente. Chama a atenção a falta de registro dessa informação em 12,0% dos prontuários.

Na PNDS de 2006 a proporção nacional de gestantes que se declarou brancas foi de 34,2% e de 60,3% das que se declararam de cor negra (pardas e pretas). Os resultados encontrados para a Região Sudeste mostram proporção de

35,8% e 56,9% de gestantes de cor branca e preta, respectivamente. Já no estudo de Coutinho et al. (2003), em Juiz de Fora (MG) a proporção de mulheres de cor branca foi de 64,9%.

No presente estudo, quando consideradas em conjunto, as cores parda e preta totalizaram 49,7% das gestantes, assemelhando-se aos dados da PNDS (2006).

Houve proporção semelhante de gestantes casadas ou em união estável nas três estratificações (quase 60%), seguidas das solteiras e outras situações, 39,0%. Os dados diferem dos encontrados por Coutinho et al. (2003) que tiveram predomínio de solteiras (45,4%). Maiores proporções foram verificadas por Barbosa (2007) e Corrêa (2010), 87,0% e 81,8%, respectivamente, de mulheres com companheiro (casadas e em união consensual). No estudo de Corrêa (2010), a mulher com companheiro fixo mostrou diferença significativa no início precoce do pré-natal e no número mínimo de seis consultas. Assim, ter companheiro é reconhecidamente um componente do apoio/suporte que influencia na adesão ao acompanhamento pré-natal, que os profissionais dos serviços precisam valorizar e incluir o companheiro no cuidado da gestante.

Quanto à renda, quase um terço do total das mulheres (28,7%), possuía ganho mensal menor que um salário mínimo. Considerando-se a área de abrangência da UBS-RC, próximo de um quarto (23,4%) das residentes fora da área e um terço (30,5%) de gestantes da área de abrangência possuíam esse nível de renda. Vale ressaltar que o gasto com o transporte para locomover-se até o serviço de saúde compromete parte significativa da renda. No estudo realizado em Pelotas (RS), 73,6% das gestantes possuíam renda entre 1,1 e 10 salários mínimos (Halpern et al., 1998). Em estudo sobre o perfil da assistência pré-natal realizado em Caxias do Sul (RS), a renda média mensal das famílias estudadas foi 2,4 salários mínimos, tendo-se constatado que 68,9% das famílias recebiam menos de um salário mínimo per capita (Trevisan et al., 2002).

Na PNDS (2006), o valor médio do rendimento domiciliar e o per capita em reais para a Região Sudeste foram $1.594,92 \pm 102,89$ e $526,31 \pm 44,61$, respectivamente. Os autores referem-se a algumas características dos domicílios e da infraestrutura que os cercam como importantes indicadores das condições

socioeconômicas da população e relevantes marcadores das condições sanitárias e de saúde da população. Análises cuidadosas das informações de rendimento e consumo da população são valiosas para análise dos fatores associados à saúde das mulheres e das crianças e podem ser utilizadas em conjunto com o critério de classificação econômica. O aumento da pobreza e da concentração de renda acirra as desigualdades. As políticas públicas e sociais exercem um papel importante nesse cenário, visto que por meio de diagnóstico, formulação, planejamento e implementação de políticas podem diminuir as desigualdades no acesso aos bens e serviços. As características demográficas e socioeconômicas dos domicílios e das famílias vêm sendo utilizadas por gestores e planejadores para promover ações dirigidas aos segmentos populacionais em maior vulnerabilidade social (Cavenaghi, 2009).

Com relação à escolaridade, na ficha das gestantes constava apenas o nível de instrução, sem discriminar os anos completos de estudo, o que dificulta a comparação dos resultados com outros trabalhos. Considerando ensino fundamental e médio, a quase totalidade das gestantes é alfabetizada: 96,2% do total da amostra; 98,6% na área de abrangência e 89,4% fora da área. Havia 3 (0,8%) gestantes não letradas. A PNDS (2006) apresentou resultado nacional de 27,1% de gestantes com 8 a 10 anos de estudo e à Região Sudeste verificou-se uma melhora com 31,5%. No estudo de Pereira et al. (2006), 59,1% das gestantes possuíam mais de 4 anos de estudo. Carvalho e Novaes (2004) encontraram 60,0% de gestantes com escolaridade equivalente ao 1º grau completo ou mais, e no estudo de Coutinho et al. (2003), apenas um terço das gestantes (33,3%) tinha completado o ensino fundamental.

Tabela 2. Distribuição das gestantes, conforme dados psicossociais, Santos, 2010

Variáveis	Total		Área de Abrangência			
			Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%
Violência doméstica						
Sim	7	2,5	5	2,4	2	2,7
Não	253	88,8	189	88,7	64	89,0
Sem registro	25	8,7	19	8,9	6	8,3
Total	285*	100,0	213	100,0	72	100,0
Alterações emocionais						
Sim	15	5,3	12	5,6	3	4,2
Não	238	83,5	179	84,0	59	81,9
Sem registro	32	11,2	22	10,4	10	13,9
Total	285*	100,0	213	100,0	72	100,0
Dependência						
Álcool	4	1,4	3	1,4	1	1,4
Drogas	3	1,0	1	0,5	2	2,8
Sem registro	278	97,6	209	98,1	69	95,8
Total	285*	100,0	213	100,0	72	100,0
Fumo						
Sim	74	20,2	54	19,9	20	21,3
Não	252	68,9	185	68,0	67	71,3
Sem Registro	40	10,9	33	12,1	7	7,4
Total	366	100,0	272	100,0	94	100,0
Gravidez						
Planejada	72	19,7	52	19,2	20	21,3
Aceita	272	74,3	204	75,0	68	72,3
Indesejada	19	5,2	14	5,1	5	5,3
Sem registro	3	0,8	2	0,7	1	1,1
Total	366	100,0	272	100,0	94	100,0

* Excluídas 81 gestantes atendidas, até o final de março de 2009, porque o prontuário usado na unidade ainda não previa o levantamento de dados relativos à violência doméstica, alterações emocionais e dependência.

Para Moraes, Arana, Reichenheim (2010), nas investigações sobre os determinantes do cuidado pré-natal, os aspectos psicossociais da gestante são pouco abordados. Recentemente, estudos internacionais vêm ampliando os modelos de compreensão dos fatores relacionados ao acesso e à qualidade de adesão da mulher aos serviços, incluindo o ambiente familiar hostil, como potencial obstáculo ao acompanhamento pré-natal. Alguns destes estudos sugerem que mulheres, vítimas de violência familiar, utilizam menos os serviços de saúde e a

busca pela assistência pré-natal é tardia. Mas, os autores citados realçam que persiste essa lacuna no conhecimento do cuidado pré-natal, considerando que as pesquisas existentes, em sua maioria, são realizadas em países desenvolvidos e exploram o tema de modo ainda insuficiente. O método da maioria delas é inapropriado para a identificação da violência durante a gestação e não há uma apreciação do efeito da violência por parceiro íntimo condicional aos possíveis fatores de confusão.

No presente estudo, em relação à violência doméstica, esse registro constava só em sete prontuários (2,5%), cinco pertencentes à área de abrangência e dois fora da área. Para o Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP), a violência é uma informação difícil de ser obtida e não há uma forma específica de abordar o tema. O modo de dirigir-se à gestante e o encaminhamento necessário dependem do tipo de política do País (Fescina et al., 2007).

A violência contra a mulher é um fenômeno universal que atinge aquelas de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. No entanto, a maioria que sofre violência, não notifica o fato por distintos motivos, e durante a gravidez também essa violência não diminui, 13% relatam aumento de sua frequência ou severidade durante esse período (Brasil, 2006).

A prevalência de violência física e sexual na gravidez oscila entre 1% e 20%, com índices igualmente altos nos primeiros 6 meses após o parto, atingindo 25% das mulheres. As adolescentes grávidas são, particularmente, mais vulneráveis à violência, com risco duas vezes maior de serem estupradas, comparadas ao risco das grávidas adultas (Brasil, 2006).

O estudo de Okada (2007) realizado em uma maternidade de São Paulo (SP) que atende exclusivamente pelo SUS, encontrou prevalência de 34,5% de mulheres que mencionaram ter sido vítimas de violência na gestação, 95,9% como violência psicológica, 34,7% a física e 6,1% sexual. A religião, planejamento da gravidez e etilismo do parceiro foram as variáveis com associação significativa com a violência doméstica.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que o profissional pergunte diretamente a todas as usuárias do serviço de saúde se enfrentam ou sofreram

algum tipo de violência, para que se reconheça e maneje esta questão. A assistência pré-natal é o período privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e pode ser a única oportunidade de interromper seu ciclo. O Manual técnico da assistência pré-natal do MS e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo destaca as medidas a serem adotadas no atendimento às gestantes que estão em situação de violência (Brasil, 2006; São Paulo, 2010).

Com relação às alterações emocionais, apenas 5,3% do total de gestantes mencionaram. Ainda que se considere o curto período de tempo de sua inclusão no histórico das gestantes, chama a atenção a proporção de prontuários sem a informação. Da mesma forma que a violência doméstica, os aspectos emocionais da mulher nem sempre são valorizados pelo profissional, bem como pela própria gestante.

Recentemente, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do Estado de São Paulo trata das recomendações referentes aos aspectos emocionais na gestação. O documento afirma que a visão da equipe que atende à mulher precisa ser ampliada, não devendo se restringir aos aspectos e habilidades biomédicas. Reitera que a mulher vive uma fase de transformação psíquica e que muitos sintomas físicos podem se manifestar secundariamente a conflitos e dificuldades sociais e/ou emocionais não resolvidos. Recomenda que os profissionais permitam que a gestante expresse suas queixas e dúvidas, que se reconheçam estas condições emocionais e sociais, proporcionando espaço para participação do companheiro, entre outras medidas (São Paulo, 2010).

Dependência química foi a variável que apresentou maior proporção de falta de registro (97,6%), semelhante na área de abrangência (98,1%) e fora dela (95,8%). Em apenas sete prontuários, havia o registro de dependência, três relacionados a drogas (maconha e crack) e quatro ao álcool. Este resultado foi encontrado nas gestantes residentes ou não na área de abrangência.

Na gestação, os efeitos do consumo excessivo do álcool são conhecidos, destacando-se a restrição do crescimento fetal, retardo mental e uma síndrome dismórfica com características variáveis para os casos de consumo aumentado, além de alteração do comportamento neonatal (Enkin et al., 2005).

O uso de cocaína durante a gestação foi associado ao descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto prematuro, abortamento, restrição de crescimento fetal e diversas malformações fetais além de na infância apresentar alteração do desenvolvimento cognitivo (Carvalho, Francisco, Brizot, 2008).

A proporção de gestantes que fuma, levando-se em consideração seu total foi de 20,2%, sendo 19,9% da área de abrangência e 21,3% de fora da área. Os resultados diferem dos encontrados em Pelotas (RS) por Halpern et al. (1998), no estudo que analisou 5.304 nascimentos, encontrando uma proporção de puérperas fumantes de 33,5%. Pereira et al. (2006) analisaram um total de 2.062 registros do Livro de Pré-natal e verificaram uma proporção menor de gestantes fumantes 9,3%.

No levantamento das evidências científicas nos vários aspectos relacionados à atenção durante a gravidez e o parto, realizado por Enkin et al. (2005), observou-se em relação ao tabagismo que, nos países desenvolvidos, uma entre cada cinco e uma a cada três gestantes relataram fumar. Das mulheres que fumam antes da gravidez, até um quarto para de fumar, antes da primeira consulta pré-natal. Além disso, relataram as características das mulheres fumantes nos Estados Unidos da América, como aquelas com desvantagem social, com elevada paridade, sem cônjuge, com baixa renda e que recebem atendimento financiado por uma agência americana.

As mulheres com problemas psicossociais, como: depressão, tensão e carga excessiva no trabalho e baixo nível de suporte prático tendem a fumar mais, comparadas às que não apresentam estes fatores. Ainda os autores relatam que o tabagismo está associado a baixo peso ao nascimento, parto pré-termo e morte perinatal. No entanto, o hábito de fumar é um dos poucos fatores potencialmente evitáveis, por isso, considerado uma questão de saúde pública importante para a gravidez (Enkin et al., 2005).

Enkin et al. (2005) consideram que os estudos apontam que os programas de abandono do tabagismo têm lugar definido na atenção pré-natal, e podem ser capazes de reduzir, mesmo que para uma pequena minoria de tabagistas, a quantidade de cigarros fumada e diminuir a proporção de mulheres que continuam a fumar, aumentar o peso do nascimento e reduzir a proporção de bebês de baixo

peso ao nascer. Estudos de outras estratégias foram realizados, para diminuir o número de gestantes fumantes como adesivo de nicotina, goma de mascar de nicotina, entretanto, não foi estabelecida a segurança ou eficácia de substitutos da nicotina na gravidez.

As campanhas contra o tabagismo na gravidez podem ter efeito colateral indesejado, ou seja, aumentam o sentimento de culpa de algumas mulheres ou as gestantes podem passar a fumar mais. As estratégias dos programas de combate ao tabagismo, especialmente, as que usam as abordagens comportamentais, demonstraram ser eficazes, mas dependem de serem usadas com compreensão, sensibilidade e compaixão. Os profissionais envolvidos na assistência devem apoiar as estratégias para redução progressiva do tabagismo em toda a sociedade. Estas envolvem medidas, como o aumento de impostos sobre o cigarro, a proibição de publicidade, restrição de uso em áreas públicas e o desenvolvimento de políticas públicas de combate ao tabagismo com o objetivo de facilitar as escolhas saudáveis (Enkin et al., 2005).

No presente estudo, ressalta-se que não foi verificado nenhum registro de encaminhamento de gestante tabagista, bem como do registro de orientações que desestimulassem o uso do fumo. A proporção de prontuários sem registro dessa informação foi de 10,9% para o total de gestantes, sendo 12,1% daquelas pertencentes à área de abrangência e 7,4% das fora da área.

Apoiados nos altos percentuais de falta de registros observados, especialmente, os relativos à dependência química, nota-se que os resultados dos dados psicossociais das gestantes da UBS-RC podem estar subestimados. Podem refletir que os profissionais ainda não valorizam tais informações por não estarem capacitados a lidar com elas.

Do total de gestantes da população do estudo, observa-se que 19,7% planejaram a gravidez; 74,3% com aceitação da gestação e 5,2% com gravidez indesejada. As gestantes da área de abrangência tiveram 5,1% de gravidez indesejada, e às gestantes fora da área a proporção de gravidez indesejada foi de 5,3%. Predominou a aceitação da gravidez entre as gestantes da área de

abrangência e de planejamento entre as residentes fora da área, no entanto, sem variação significativa dos percentuais observados.

Conforme mencionado anteriormente no Manual do MS (Brasil, 2006), a atenção pré-natal tem como objetivo reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal, por meio de medidas que garantam a melhoria de acesso, cobertura e qualidade do atendimento. Compreende um conjunto de ações que visam à promoção, à prevenção, diagnóstico e manuseio de problemas obstétricos que venham a ocorrer ou enfermidades previamente existentes que podem ser agravadas com a condição de gravidez.

A consulta inicial da assistência pré-natal dá ênfase a obtenção de informações detalhadas que permitam avaliar as condições de saúde da mulher e sua história obstétrica e neonatal, verificação de pressão arterial, peso corporal, altura uterina, desenvolvimento fetal e oferecimento de exames clínicos adequados. Os registros iniciais servem como padrão de comparação, à medida que a gravidez evolui e, em especial, para identificar fatores de risco gestacional.

No que se refere aos antecedentes de saúde da gestante, a ficha perinatal e a folha de evolução utilizadas na Rede Municipal de Saúde de Santos, fonte de dados nesta pesquisa, permitem o registro de informações sobre as variáveis que constam nos dados da Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das gestantes, conforme antecedentes pessoais, Santos, 2010

Antecedentes Pessoais	Total N=366		Área de Abrangência			
			Sim n=272		Não N=94	
	N	%	N	%	N	%
Infecção urinária						
Sim	187	51,1	139	51,1	48	51,1
Não	164	44,8	122	44,9	42	44,7
Sem registro	15	4,1	11	4,0	4	4,2
Infertilidade						
Não	352	96,2	262	96,3	90	95,7
Sem Registro	14	3,8	10	3,7	4	4,3
Diabetes						
Sim	7	1,9	5	1,8	2	2,1
Não	357	97,6	266	97,8	91	96,8
Sem Registro	2	0,5	1	0,4	1	1,1
Hipertensão arterial crônica						
Sim	29	7,9	18	6,6	11	11,7
Não	333	91,0	250	91,9	83	82,3
Indeterminado	1	0,3	1	0,4	-	-
Sem Registro	3	0,8	3	1,1	-	-
Cirurgia pélvica uterina						
Sim	9	2,5	6	2,2	3	3,2
Não	350	95,6	261	96,0	89	94,7
Sem Registro	7	1,9	5	1,8	2	2,1
Outras*						
Sim	14	3,8	10	2,7	4	4,3
Não	243	66,4	176	48,1	67	71,3
Sem Registro	109	29,8	86	23,5	23	24,4

* Outras: convulsões (2), asma (2), alergia ao iodo (1), sem registro de qual outro antecedente (1), hipertensão em gestação anterior (1), condiloma (1), tuberculose (1), bronquite (1), meningite (1), reumatismo (1), febre reumática (1), anemia (1).

Pelos resultados, no total de gestantes, a maioria (51,1%), apresentou história de infecção urinária, mantendo-se a proporção tanto às gestantes da área de abrangência como às de fora da área. Para este dado, a proporção de prontuários sem registro no total de gestantes foi de 4,1%, com variação mínima do percentual entre as gestantes pertencentes à área de abrangência e às fora da área.

A importância clínica da infecção urinária, sobretudo na gestação, ocorre por ser uma complicação clínica mais frequente e a bacteriúria assintomática é associada a trabalho de parto prematuro (TPP), anemia e restrição do crescimento intrauterino. A bacteriúria assintomática é a infecção mais frequente (2% a 10%) e 25% a 35% podem desenvolver pielonefrite aguda. Sendo assim, o MS recomenda o rastreamento e o tratamento das infecções do trato urinário durante a gestação (Brasil, 2006).

Não houve registro de infertilidade entre as gestantes do estudo. A proporção de prontuários sem registro para este dado no total de gestantes foi 3,8%, variando entre 3,7% nas pertencentes à área de abrangência a 4,3% nas residentes fora da área. Nesse sentido, é válido considerar que entre os prontuários sem o registro da informação possa haver mulheres nessa condição. Pode-se supor que, em se tratando de gestantes, o profissional não julgue relevante no processo da assistência pré-natal investigar esse aspecto da saúde da mulher.

Quanto à história de Diabetes, 1,9% do total de gestantes relatou esta morbidade; 1,8% delas pertencia à área de abrangência e 2,1%, fora da área. É importante esclarecer que Diabetes encontra-se entre os motivos para encaminhamento das gestantes a serviços especializados.

Conforme o Manual do MS (Brasil, 2006), o Diabetes é responsável por índices elevados de morbidade e mortalidade perinatal, especialmente, em decorrência de macrossomia fetal e malformações congênitas. O reconhecimento precoce desta patologia permite a orientação de intervenções preventivas.

A proporção da falta de registro para esta variável foi baixa, o que pode demonstrar o reconhecimento do profissional para a importância de identificar as portadoras desta morbidade, visando ao correto manejo na gestação.

Do total de gestantes, 7,9% apresentavam hipertensão arterial crônica prévia à gestação. Dentre elas, 6,6% pertenciam à área de abrangência e quase o dobro era fora da área (11,7%).

Na gravidez, complicações hipertensivas são as maiores causas de morbidade e mortalidade materna e fetal no Brasil. Além de ser uma condição muito frequente, a hipertensão arterial associada à gestação é de fundamental

importância, porque pode ser prevenida, diagnosticada e tratada já durante o acompanhamento pré-natal, reduzindo a ocorrência de seus efeitos negativos sobre a saúde da mulher e da criança (São Paulo, 2010).

Do total de gestantes apenas, 2,5% haviam sido submetidas à cirurgia pélvica uterina, o que seria o esperado por se tratar de uma população de baixo risco.

Outros antecedentes incluem qualquer alteração clínica prévia à gestação, quer seja crônica ou episódica, que comprometa a saúde da mulher. Do total de gestantes, 3,8% apresentavam alguma intercorrência em sua condição de saúde, sendo 2,7% em gestantes da área de abrangência e 4,3% naquelas fora da área.

A falta de registro para esta variável foi significativa, sendo 29,8% para o total de gestantes; 23,5% às da área de abrangência e 24,4% às gestantes fora da área. Salienta-se que algumas alterações na condição de saúde, menos frequentes na população feminina, também podem influenciar a evolução da gestação. Assim, durante a anamnese, torna-se importante questionar as gestantes sobre a existência de outras intercorrências, estimulando-as a lembrar-se de episódios eventuais ou crônicos.

Tabela 4. Distribuição das gestantes, conforme antecedentes obstétricos, Santos, 2010

Antecedentes Obstétricos	Total		Área de Abrangência			
			Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%
Número de Gestações						
Nenhuma	118	32,2	89	32,7	29	30,9
1 a 3	199	54,4	147	54,0	52	55,3
4 ou mais	49	13,4	36	13,3	13	13,8
Total	366	100	272	100	94	100
Número de Partos						
Nenhum	135	36,9	103	37,9	32	34,0
1 a 3	201	54,9	145	53,3	56	59,6
4 ou mais	30	8,2	24	8,8	6	6,4
Total	366	100,0	272	100,0	94	100,0
Número de Abortos						
Nenhum	283	77,3	211	77,6	72	76,6
1 a 3	82	22,4	60	22,0	22	23,4
4 ou mais	1	0,3	1	0,4	-	-
Total	366	100,0	272	100,0	94	100,0
Tipo de Parto Anterior						
Normal	155	67,1	113	66,8	42	67,7
Cesárea	49	21,2	36	21,3	13	21,0
Fórceps	1	0,4	1	0,6	-	-
Normal e Cesárea	23	10,0	16	9,5	7	11,3
Sem Registro	3	1,3	3	1,8	-	-
Total	231*	100,0	169*	100,0	62*	100,0

* Excluídas 135 gestantes nulíparas.

No que se refere às características reprodutivas das gestantes, houve um maior percentual daquelas com uma a três gestações, bem como de um a três partos anteriores, independente de se considerar o total de gestantes ou a estratificação, conforme o local de residência.

Resultado superior foi verificado por Coutinho et al. (2003), com 80,5% das mulheres relatando ter de uma a três gestações. O estudo de Caxias do Sul (RS) obteve 45,5% de primigestas, superior ao encontrado neste estudo (Trevisan et al., 2002).

Em relação ao número de abortos, 22,4% do total de gestantes tiveram de um a três abortos. Uma gestante pertencente à área de abrangência teve quatro ou mais abortos. Merece esclarecer que no prontuário das gestantes da UBS-RC, não existe menção sobre o tipo de aborto, se espontâneo ou intencional, bem como a ordenação na sequência das gestações.

Segundo Enkin et al. (2005), o abortamento é comum e que uma em cada gestação clinicamente diagnosticada será abortada, geralmente, nas primeiras 14 semanas de gravidez. Os autores citam que, metade dos embriões/fetos abortados nesse período tem anormalidade cromossômica. Outros fatores que influenciam, são a idade materna acima de 35 anos, gravidez múltipla, ovários policísticos, distúrbios autoimunes, Diabetes mal controlado e dois ou mais abortos prévios.

Na população do estudo, o tipo de parto anterior predominante foi o normal/vaginal (67,1%). Desse modo, foram consideradas as que mencionaram cesárea anterior e as com parto normal e cesárea; pelos resultados mostrados 31,6% submeteram-se à cesariana, proporção que se manteve tanto nas gestantes residentes na área de abrangência 31,3% como fora dela 32,3%.

Vale ressaltar que o alto percentual de registro dos antecedentes obstétricos mostra que a pertinência e a especificidade da informação são valorizadas pelo profissional de saúde. No entanto, em três prontuários (0,8%) não havia registro do tipo de parto anterior.

Tabela 5. Distribuição das gestantes, conforme antecedentes neonatais, Santos, 2010.

Antecedentes Neonatais	Total N=231*		Área de Abrangência			
			Sim n=169		Não n=62	
	N	%	N	%	N	%
Peso ao nascer <2.500g						
Sim	32	13,9	22	13,0	10	16,1
Não	186	80,5	140	82,9	46	74,2
Sem Registro	13	5,6	7	4,1	6	9,7
Peso ao nascer >4.000g						
Sim	19	8,2	15	8,9	4	6,5
Não	198	85,7	144	85,2	54	87,0
Sem Registro	14	6,0	10	5,9	4	6,5
Nº de Filhos Nascidos Vivos						
Nenhum	3	1,3	2	1,2	1	1,6
1 a 3	198	85,7	142	84,0	56	90,3
4 ou mais	27	11,7	22	13,0	5	8,1
Sem Registro	3	1,3	3	1,8	-	-
Nº de Natimortos						
Nenhum	216	93,5	160	94,7	56	90,3
Um	7	3,0	3	1,8	4	6,5
Dois	2	0,9	1	0,6	1	1,6
Sem Registro	6	2,6	5	2,9	1	1,6
Morte Neonatal						
Nenhum	224	97,0	164	97,1	60	96,8
Após a 1ª Semana	1	0,4	-	-	1	1,6
Sem Registro	6	2,6	5	2,9	1	1,6

* Excluídas 135 gestantes nulíparas

Quanto aos resultados perinatais, uma gestante fora da área de abrangência teve morte neonatal após a primeira semana de vida.

Em relação ao peso do recém-nascido, a maior proporção refere-se aos nascidos com menos de 2.500g, quando comparado aos que nasceram com mais de 4.000g. O peso do recém-nascido está intimamente relacionado à presença de complicações maternas que podem ser identificadas e encaminhadas para condutas mais específicas na assistência pré-natal.

4.3 PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DA UBS-RC

Embora seja um processo fisiológico, a gravidez impõe ao organismo materno inúmeras adaptações que podem colocá-lo no limite do patológico (Trevisan et al., 2002).

Quando a gestante não recebe acompanhamento qualificado no pré-natal compromete seu resultado gestacional. O Ministério da Saúde (MS), subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, no final da década de 1990, propôs uma nova política para a assistência pré-natal, ao parto e puerpério, instituindo o PHPN (Portaria/GM nº 569). O Programa propõe critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal (Brasil, 2000a).

A adesão da mulher ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência oferecida pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que é essencial para redução dos índices de mortalidade materna e perinatal. Os serviços de saúde devem captar gestantes não inscritas no pré-natal, reduzir faltosas, especialmente, as de alto risco, acompanhar a evolução da gestação e desenvolver trabalho educativo com as gestantes e seu grupo familiar (Brasil, 2000b).

Conforme Enkin et al. (2005), as mulheres grávidas que receberam assistência no início da gestação e que compareceram a mais consultas de pré-natal, tendem a apresentar melhores resultados maternos e perinatais do que aquelas com início tardio ou com maior concentração de consultas em um único trimestre gestacional.

Para gestações de baixo risco, o modelo brasileiro recomenda no mínimo seis consultas de pré-natal, preferencialmente, distribuídas em uma consulta no 1º trimestre de gestação, duas no 2º e três no 3º, com classificação contínua do risco gestacional (Silva, Cecatti, Serruya 2005; Brasil, 2006).

Os dados da Tabela 6 apresentam a análise da assistência pré-natal e do puerpério oferecidos na UBS-RC do município de Santos, em 2009, conforme os critérios do PHPN.

Tabela 6. Avaliação do processo da assistência pré-natal e puerperal conforme critérios do PHPN, Santos, 2010

Assistência Pré-Natal e Puerperal	Total N=366		Área de Abrangência			
			Sim n=272		Não n=94	
	N	%	N	%	N	%
Início até 120 dias da gestação	299	81,7	227	83,5	72	76,6
Número mínimo de 6 consultas	237	64,8	177	65,1	60	63,8
Pelo menos, uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º*	161	44,0	114	64,0	21	35,0
Mínimo de seis consultas pré-natais e consulta de puerpério	141	38,5	97	35,7	26	27,7
Mínimo de seis consultas pré-natais e todos os exames básicos	24	6,6	23	8,5	11	11,7
Mínimo de seis consultas pré-natais, consulta de puerpério e exames básicos	15	4,1	17	6,3	3	3,2
Imunização antitetânica	275	75,0	214	78,7	61	64,9
Mínimo de seis consultas pré-natais, consulta de puerpério, exames básicos e imunização antitetânica	11	3,0	10	3,7	3	3,2
Consulta de puerpério	226	61,7	179	65,8	47	50,0

*1º trimestre= até 13 semanas, 2º trimestre = 14 a 27 semanas, 3º trimestre = 28 ou mais.

De acordo com os resultados da Tabela 6, as gestantes pertencentes à área de abrangência tiveram melhores resultados em relação aos três primeiros parâmetros quando comparadas àquelas fora da área. A exceção refere-se ao número mínimo de seis consultas, cuja diferença foi de apenas 1,3%. Mesmo assim, a atenção dos gestores e dos profissionais é preciso para elaborar estratégias que favoreçam o acesso precoce e a sensibilização da gestante quanto à importância das consultas subsequentes.

Quanto ao início do pré-natal até 120 dias, o resultado de 81,7% do presente estudo foi semelhante ao de Parada (2008) realizado em Botucatu (SP), 85,2%. Melhor resultado foi obtido por Miranda (2008) em Araguari (MG), 91,7% em

amostra de gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, evidenciando a pertinência desse modelo, sobretudo, a atuação do ACS na captação precoce das gestantes para o início do cuidado pré-natal. Já no estudo de Halpern et al. (1998), 84,7% das mulheres iniciaram o atendimento de pré-natal antes do 5º mês de gestação.

É consenso geral que, para garantir o início do pré-natal precocemente, é importante que o agendamento da primeira consulta seja realizado logo, após a confirmação da gravidez.

Alguns estudos consideraram como início precoce, o 1º trimestre e mostraram que a captação precoce das gestantes ainda é deficitária em vários municípios brasileiros. Silveira et al. (2001), em Pelotas (RS), encontrou início no 1º trimestre em 46% das gestantes; Trevisan et al. (2002) em Caxias do Sul (RS), obtiveram 34,7% que iniciaram as consultas até a 14ª semana gestacional. Coutinho et al. (2003) ao estudarem a assistência pré-natal entre usuárias do SUS em Juiz de Fora (MG), observaram que 29,7% iniciaram o pré-natal precocemente (1º trimestre); no estudo de Barbosa (2007) realizado em Francisco Morato (SP), 33,8% iniciaram no 1º trimestre.

Os dados da PNDS (2006), mostram 83% das gestantes com início do pré-natal no 1º trimestre gestacional (Lago, Lima, 2009). Proporção próxima a este de 73,5% foi obtido por Gonçalves, César e Mendoza-Sassi (2009), em estudo realizado em Rio Grande (RS).

No presente estudo, quando considerado o início no 1º trimestre, 244 gestantes (66,7%) iniciaram o pré-natal nesse período, 183 (67,3%) residentes na área de abrangência e 61 (65,0%) fora da área. O valor encontrado foi semelhante aos 65% encontrados por Carvalho e Novaes (2004) em Curitiba (PR).

Em relação ao número mínimo de seis consultas os resultados obtidos foram semelhantes aos de Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), em Quixadá (CE), que observaram 64,98% de gestantes atingindo o mínimo de consultas recomendado. No entanto, foram inferiores aos resultados relativos à Região Sudeste apresentados na PNDS (2006) que foi de 88,2% (Lago, Lima, 2009), bem como os 82,2% encontrados por Halpern et al. (1998), entre 73,3% a 94,7% do estudo de

Ximenes Neto et al. (2008), 75,9% obtidos por Parada (2008) e 75,3% por Gonçalves, César e Mendoza-Sassi (2009).

Na análise nacional preliminar do PHPN, Serruya, Lago e Cecatti (2004) mostraram que mulheres, próximo de 20%, realizaram seis consultas de pré-natal nos dois anos estudados. Desde o estudo citado, houve uma melhora considerável no aumento do número de consultas, mas é preciso avançar. Há 9 anos, os autores afirmavam que a realização de seis consultas ainda era considerado um desafio à assistência. Em estudo mais recente sobre a avaliação nacional do PHPN, Tanaka et al. (2008), verificaram que a Região Sul seguida da Região Sudeste foram as que apresentaram maior proporção de seis consultas.

Os dados referentes ao retorno para a consulta puerperal mostram que a cobertura das gestantes pertencentes à área de abrangência foi um pouco superior daquelas de fora da área (65,8% vs 50%). Tanaka et al. (2008) apontaram a escassa realização da consulta de puerpério, como uma das fragilidades do PHPN. O estudo de avaliação de 2001-2002 obteve proporção de 19% (Serruya, Lago, Cecatti, 2004).

Mesmo apresentando baixa cobertura no atendimento puerperal é importante salientar que as mulheres da área de abrangência tiveram uma cobertura maior quando comparadas às fora da área. O fato pode estar relacionado ao controle das puérperas faltosas pelo enfermeiro responsável bem como pelo trabalho de captação realizado pelo ACS. Mesmo assim, há necessidade de sensibilizar as mulheres sobre a importância do retorno para a consulta puerperal, visto que seu retorno está vinculado, na maioria das vezes, à saúde do recém-nascido do que delas mesmas.

Parada (2008) encontrou 58,7% de consulta puerperal, semelhante a este estudo e apontou que esta baixa cobertura pode estar relacionada à perda da informação por falha no registro dos dados no prontuário e falta de estrutura dos serviços de atenção básica para sua realização.

Os resultados dos indicadores do processo mostram que, para as gestantes da área de abrangência, à medida que há um somatório das ações recomendadas pelo PHPN/MS, há uma queda importante na proporção da realização,

especialmente, dos exames básicos. O fato fica também evidente para as gestantes fora da área de abrangência e, neste caso, as proporções são ainda menores.

Este padrão repete-se em outros estudos como os Serruya, Lago e Cecatti (2004); Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), Parada (2008), Ximenes Neto et al. (2008), que analisaram a assistência pré-natal com base nas recomendações do PHPN/MS.

Na avaliação nacional de 2001-2002 (Serruya, Lago, Cecatti, 2004.), os autores relataram que, conforme se adicionavam os critérios assistenciais ao percentual de mulheres, que realizaram seis consultas, estes diminuíram indicando que o cumprimento do conjunto das atividades seria um desafio da atenção pré-natal.

Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) analisaram o processo da assistência pré-natal do período de 2001 a 2004 do município de Quixadá (CE), apontando melhora dos indicadores do PHPN de forma ascendente até 2004. Tomando como base, o ano de 2004, do estudo citado e os resultados da Tabela 6 nota-se que o número mínimo de seis consultas pré-natal foi semelhante nos dois estudos, 64,98% e 64,8%, respectivamente. O mesmo ocorreu em relação ao número mínimo de seis consultas e consulta de puerpério, 37,5% vs 38,5%. No entanto, para os demais indicadores, os autores verificaram proporções muito superiores nos seguintes indicadores: mínimo de seis consultas e todos os exames básicos, 52,32% vs 8,5%, mínimo de seis consultas, consulta de puerpério e exames básicos, 22,22% vs 6,6%. Inclusive para o indicador mais completo, a saber, mínimo de seis consultas, consulta de puerpério, todos os exames básicos e a imunização antitetânica, o resultado do estudo realizado em Quixadá (CE) foi melhor, 21,11% vs 3,7%. Ainda, cabe esclarecer que, diferentemente deste, o estudo citado incluiu o teste anti-HIV.

Ximenes Neto et al. (2008) avaliou a assistência pré-natal de 14 unidades com Estratégias Saúde da Família em Sobral (CE) e obteve entre 74,5% e 94,7% de gestantes que realizaram seis ou mais consultas e todos os exames básicos. Estes resultados são muito superiores aos do presente estudo. Vale ressaltar que a Estratégia Saúde da Família não é o modelo assistencial adotado na UBS-RC.

Os resultados encontrados no presente estudo comparados aos de Parada (2008) mostram-se inferiores, exceto os relativos à Imunização Antitetânica, em que se observaram 75% e 31,4%, respectivamente.

Em relação à imunização contra o tétano, da amostra total, 75% das gestantes eram imunes ou foram imunizadas durante a gestação, na proporção de 78,7% e 64,7%, respectivamente da área de abrangência e fora dela.

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. Por outro lado, esse resultado foi superior ao verificado por Coutinho et al. (2003) que encontraram 42,4% de registro de vacinação antitetânica.

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, 2006).

O estudo de Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) que analisou os dados do SISPRENATAL de Unidades de Saúde em Salvador (BA) verificou uma cobertura de imunização antitetânica de 33,5%, bem abaixo do encontrado no atual estudo que foi de 75,5%.

Conforme citam Lago e Lima (2009)), a PNDS mostrou que 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 comparada às demais regiões 67,6% e 77,5%, respectivamente. As autoras consideram que pode estar relacionada à crença do profissional de que o parto hospitalar afasta o risco da ocorrência do tétano neonatal, mas se esquecem de que práticas populares no cuidado com o coto umbilical ainda ocorrem expondo o recém-nascido a esse risco. Outro ponto importante é que as mulheres que tiveram filho pelo sistema suplementar de saúde foram menos imunizadas que as do SUS.

Intervalo entre as consultas

De acordo com o MS, no cronograma de atendimento pré-natal, o intervalo entre as consultas deve ser de 4 semanas no início da gestação e após a 36ª semana gestacional será semanal (Brasil, 2000b). No final da gestação, a maior frequência de consultas visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclampsia e eclampsia, amiorrexe prematura e óbito fetal (Brasil, 2006).

O intervalo de consultas preconizado pela Secretaria de Saúde da cidade de Santos está baseado na classificação de risco gestacional da cliente. Para as gestantes de baixo risco, as consultas devem ser mensais até 32 semanas, quinzenais até 36 semanas e, a partir daí, semanal até o parto. Para as gestantes de alto risco, as consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais até o parto. Ainda, conforme recomendações do MS (Brasil 2006) e da Secretaria Estadual de Saúde (São Paulo, 2010), o Programa da Secretaria de Saúde de Santos determina que não haja alta do pré-natal.

Os dados das Tabelas 7 e 8 apresentam o intervalo entre as consultas das gestantes atendidas na UBS-RC.

Tabela 7. Intervalo entre as consultas pré-natais da amostra total, mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, Santos, 2010

Intervalo entre as consultas (dias)	N	Mediana	Média $\pm$ dp	Mínimo	Máximo
1ª a 2ª	337	32,0	31,6 $\pm$ 18,4	1	183
2ª a 3ª	309	33,0	33,1 $\pm$ 13,9	5	155
3ª a 4ª	288	30,0	30,9 $\pm$ 13,4	2	149
4ª a 5ª	261	28,0	27,7 $\pm$ 9,6	5	79
5ª a 6ª	237	28,0	25,8 $\pm$ 11,4	1	77
6ª a 7ª	193	21,0	21,8 $\pm$ 10,1	6	49
7ª a 8ª	155	14,0	16,0 $\pm$ 9,3	2	56
8ª a 9ª	109	11,0	12,2 $\pm$ 6,5	2	38
9ª a 10ª	51	7,0	9,7 $\pm$ 5,5	3	28
10ª a 11ª	26	7,0	9,2 $\pm$ 4,9	4	28
11ª a 12ª	9	7,0	7,7 $\pm$ 1,4	7	11
12ª a 13ª	3	8,0	8,3 $\pm$ 3,5	5	12

Tabela 8. Intervalo entre as consultas pré-natais de gestantes, conforme área de abrangência, mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, Santos, 2010

Intervalo entre as consultas (dias)	N	Mediana	Média $\pm$ dp	Mínimo	Máximo
Na área de abrangência					
1ª a 2ª	252	32,5	32,6 $\pm$ 19,2	1	183
2ª a 3ª	229	33,0	33,7 $\pm$ 17,8	5	155
3ª a 4ª	216	30,0	30,8 $\pm$ 14,0	2	149
4ª a 5ª	267	28,0	27,7 $\pm$ 9,9	5	88
5ª a 6ª	177	28,0	26,8 $\pm$ 11,1	4	77
6ª - 7ª	144	21,0	22,2 $\pm$ 10,2	6	49
7ª a 8ª	115	14,0	16,0 $\pm$ 8,9	2	53
8ª a 9ª	82	12,0	12,5 $\pm$ 6,1	2	38
9ª a 10ª	41	7,0	9,4 $\pm$ 4,9	3	27
10ª a 11ª	23	7,0	8,9 $\pm$ 5,0	4	28
11ª a 12ª	7	7,0	7,5 $\pm$ 1,4	7	11
12ª a 13ª	5	8,0	8,3 $\pm$ 3,5	5	12
Fora da área de abrangência					
1ª a 2ª	85	31	28,8 $\pm$ 15,7	1	96
2ª a 3ª	79	31	32,0 $\pm$ 10,0	7	56
3ª a 4ª	72	32	31,0 $\pm$ 12,0	8	63
4ª a 5ª	64	28	28,0 $\pm$ 9,0	5	49
5ª a 6ª	60	23	23,0 $\pm$ 12,0	1	63
6ª a 7ª	48	21	21,0 $\pm$ 10,0	6	39
7ª a 8ª	40	15	16,0 $\pm$ 10,0	5	56
8ª a 9ª	27	7	11,0 $\pm$ 8,0	5	35
9ª a 10ª	9	7	11,0 $\pm$ 8,0	5	28
10ª a 11ª	3	14	12,0 $\pm$ 4,0	7	14
11ª a 12ª	1	9	9,0	9	9

Os dados mostram que a mediana dos intervalos entre as consultas ficou entre os valores estabelecidos, de 30 dias aos 1º e 2º trimestres, e 15 e 7 dias ao 3º trimestre; isto é válido tanto, para o total de gestantes como às pertencentes à área

de abrangência e as fora da área. (Brasil, 2000b). Os intervalos observados também estão, de acordo com o preconizado pela Secretaria de Saúde de Santos.

Analisando as três estratificações, verifica-se que o intervalo mínimo entre as consultas foi de um dia e ocorreu entre as primeira e segunda consultas e, entre as quinta e sexta consultas. Chama a atenção, a consulta subsequente em curto espaço de tempo, como o dia seguinte, que merece melhor esclarecimento.

Em relação aos intervalos discrepantes, sobretudo entre as primeira e segunda consultas, é importante destacar que as gestantes que os apresentaram foram as pertencentes à área de abrangência.

O intervalo de 183 dias entre as primeira e segunda consultas, ocorreu para uma gestante com as seguintes características: idade 27 anos, secundigesta, iniciou o acompanhamento pré-natal com 11 semanas gestacionais, renda maior que um salário mínimo, ensino médio, casada, gravidez aceita, cor branca, sem ocorrência de morbidades prévias à gestação. Realizou a primeira consulta pré-natal na UBS-RC, em seguida, fez cinco consultas no sistema suplementar de saúde e, talvez por perda do benefício, retornou à unidade para dar continuidade ao pré-natal. O desfecho da gestação ocorreu com 41 semanas, com o nascimento por cesariana e o RN pesando 3.950g. Realizou a consulta de puerpério, após 14 dias.

O intervalo de 155 dias, entre as segunda e terceira consultas, refere-se a uma gestante com 22 anos de idade, secundigesta que iniciou o pré-natal com 5 semanas gestacionais, possuía renda menor que um salário mínimo, com ensino fundamental, solteira/outros, gravidez aceita, sem registro de sua cor de pele, fumante, com hipertensão arterial crônica, cesárea anterior por pré-eclâmpsia. Foi encaminhada ao pré-natal de alto risco, retornando à unidade para a referida consulta e, em seguida, deu continuidade ao pré-natal no serviço de alto risco. O desfecho da gravidez deu-se com 38 semanas, por cesariana. O recém-nascido pesou 3.550g e recebeu 8 e 10 no Boletim de Apgar. A mulher retornou à consulta de puerpério, após 13 dias do parto.

O intervalo de 149 dias foi uma gestante de 29 anos, na quinta gestação, que iniciou o pré-natal com 7 semanas, renda maior que um salário mínimo, ensino fundamental, casada/estável, gravidez indesejada, cor preta, com hipertensão

crônica. Recebeu encaminhamento para a Casa da Gestante e retornou à UBS-RC realizando mais duas consultas. Teve parto normal, prematuro de 33 semanas, com recém-nascido de 3.110g e compareceu à consulta puerperal no 20º dia, após o parto.

Os demais valores superiores ao recomendado foram atribuídos ao não comparecimento da gestante às consultas agendadas que foram remarçadas pela busca ativa para datas disponíveis na agenda do serviço.

Quanto à gestante fora da área de abrangência, que apresentou 96 dias de intervalo entre as primeira e segunda consultas, sua idade era de 26 anos, quarta gestação sendo dois partos e um aborto, iniciou o pré-natal com 10 semanas, renda maior de um salário mínimo, ensino fundamental, casada/estável, gravidez aceita, cor parda, sem morbididades prévias. Em seu prontuário, não havia registro do desfecho da gestação.

Esses resultados são semelhantes ao estudo de Koiffman (2002) que encontrou mediana entre 7 e 30 dias e intervalo de 154 dias de uma gestante que, possivelmente, retornou a seu local de origem, voltando à instituição vários meses depois. Quanto aos motivos das faltas, a autora relata que as gestantes residem em locais muito distantes do serviço com acesso por transporte coletivo e que, algumas vezes, não têm o dinheiro para a passagem ou vêm a pé. No estudo de Corrêa (2010), foram levantados os motivos pelos quais as gestantes faltavam à consulta pré-natal e o mais alegado foi problema pessoal referente à sua própria saúde ou com um membro da família, em geral, filhos.

Cabe lembrar que na UBS-RC, o controle das gestantes faltosas é realizado pela busca ativa por contato telefônico ou pela visita domiciliar do ACS. Decorridos de 3 a 7 dias, após a falta da gestante à consulta, o enfermeiro solicita ao ACS a realização de visita domiciliar. A solicitação é feita, mediante preenchimento de impresso específico para essa finalidade, com informações sobre o parentesco da pessoa quando não era a própria gestante, além de informar a data da próxima consulta. Na eventualidade da gestante não comparecer à consulta na data remarçada, nova visita domiciliar é realizada pelo ACS ou pelo enfermeiro.

Cabe ressaltar que esta rotina é cumprida para as gestantes da área de abrangência e não para as fora da área.

Assim, pode-se afirmar que a unidade estudada segue as recomendações da OPS (2004), que reforça a importância de registrar as faltas das gestantes na consulta pré-natal. Pode-se registrar na ficha perinatal (prontuário) além de se organizar um sistema formal para conhecimento do motivo da falta. O documento enfatiza, ainda, que se a gestante não comparecer no prazo de 10 dias a busca ativa será necessária por meio de visita domiciliar, carta, recados com vizinhos, avisos por rádio ou telefone. Consideram que a ausência da grávida à consulta pré-natal deve ser percebida como um componente que avalia a adesão ao serviço.

Ainda, a respeito de busca de gestantes faltosas, os resultados do presente estudo diferem do observado por Parada (2008) que mostrou em 30% dos municípios estudados inexistência do sistema de busca ativa e apenas em metade deles havia estratégia de captação precoce, em geral, pela realização de visita domiciliar do ACS.

4.3.1 Análise do processo da assistência pré-natal na UBS-RC, conforme o Índice de Kessner, modificado por Takeda

Fatores de natureza social, agravados por dificuldades socioeconômicas estão associados à utilização dos cuidados pré-natais, o que dificulta a assistência adequada e com melhores resultados (Silva, Cecatti, Serruya, 2005). No Brasil, o número de consultas de pré-natal 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).

Nesse sentido, o uso de critérios para análise da assistência pré-natal é de suma importância, pois permite entender o processo, comparar os resultados de outros estudos e, sobretudo, elaborar planos para melhoria da saúde materna e perinatal.

Os dados da Tabela 9 mostram os resultados da avaliação da adequação do pré-natal, conforme o Índice de Kessner, modificado por Takeda, e sua representação na Figura 1, por amostra total e áreas de abrangência.

Tabela 9. Índice de Kessner, modificado por Takeda, Santos 2010

Índice de Kessner modificado por Takeda	Total		Área de Abrangência			
			Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%
Adequado	207	56,6	165	60,7	51	54,3
Intermediário	89	24,3	59	21,7	23	24,5
Inadequado	70	19,1	48	17,6	20	21,3
Total	366	100,0	272	100,00	94	100,0

Figura 1. Adequação do Pré-natal, conforme o Índice de Kessner, modificado por Takeda, Santos 2010

O acompanhamento pré-natal das gestantes da área de abrangência, conforme o Índice de Kessner, modificado por Takeda, foi considerado adequado em 60,7%, intermediário 21,7% e, inadequado 17,3%. As gestantes fora da área de

abrangência apresentaram índices menores com, aproximadamente, 5% a mais de inadequação.

Esta comparação é importante para reafirmar a importância de estratégias de controle e busca ativa das gestantes pelos profissionais envolvidos na assistência pré-natal no local do estudo, especialmente, o enfermeiro e o ACS. Apesar dos esforços desses profissionais, é necessário o uso de outras estratégias para melhorar os resultados, visto que pouco mais da metade do total de gestantes teve pré-natal adequado, de acordo com índice de Kessner, modificado por Takeda (1993).

Dois estudos realizados no Hospital Amparo Maternal (Koiffman, Bonadio, 2002 e Corrêa, 2010) que utilizaram o mesmo critério, constataram melhora no índice de adequação que passou de 38,4% para 68,8%. Estes são exemplos de como a avaliação sistemática do processo de atendimento dos serviços de saúde pode contribuir para se verificar a evolução da assistência.

Da mesma forma, Silveira, Santos e Costa (2001) encontraram menores índices de adequação no atendimento pré-natal (37%) que o verificado no presente estudo, além de maiores índices intermediários e inadequados, 38% e 25%, respectivamente. Por outro lado, o estudo realizado por Halpern et al. (1998) demonstrou índices de adequação melhores 82,7%. Além da adequação, o estudo analisou o risco gestacional e a renda familiar, verificando que as mulheres com maior risco apresentaram maior proporção de pré-natal inadequado ou intermediário e que as mães com menor renda realizaram menos consultas.

No estudo de Gonçalves, César e Mendoza-Sassi (2009), de acordo com o Índice de Kessner, o pré-natal foi adequado para 64,8% das gestantes, sendo significativamente maior no grupo de maior renda.

Para uma análise mais detalhada do processo da assistência pré-natal na UBS-RC, além da análise, conforme os parâmetros recomendados no PHPN, examinaram-se também os registros dos procedimentos realizados nas consultas.

As variáveis demonstradas nos dados da Tabela 10 foram escolhidas com base na análise de outros estudos, como por exemplo, o de Koiffman e Bonadio (2002), que se refere a eles como um conjunto de procedimentos considerados

importantes, para se ter uma visão do serviço oferecido e que são fundamentais para se avaliar a qualidade do processo assistencial pré-natal. A realização e o registro desses procedimentos na consulta pré-natal não sofrem influências de fatores externos ao serviço, dependem de materiais mínimos e exclusivamente da atuação dos profissionais envolvidos no cuidado pré-natal.

Tabela 10. Distribuição das gestantes, conforme procedimentos de consultas pré-natais realizados, Santos, 2010

Procedimentos	Total		Área de Abrangência			
			Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%
Peso						
Realizado	357	97,5	263	96,7	94	100,0
Parcial	7	1,9	7	2,6	0	0,0
Sem registro	2	0,5	2	0,7	0	0,0
Total	366	100,0	272	100,0	94	100,0
Gráfico da curva de IMC						
Parcial	1	0,3	0	0,0	1	1,1
Sem registro	365	99,7	272	100,0	93	98,9
Total	366	100,0	272	100,0	94	100,0
Pressão Arterial						
Realizado	322	88,0	243	89,3	79	84,0
Parcial	41	11,2	26	9,6	15	16,0
Sem registro	3	0,8	3	1,1	0	0,0
Total	366	100,0	272	100,0	94	100,0
Pesquisa do Edema						
Realizado	5	1,4	5	1,8	0	0,0
Parcial / Insuficiente	4	1,1	4	1,5	0	0,0
Sem registro	234	63,9	173	63,6	61	64,9
Total	243*	100,0	182	100,0	61	100,0
Altura Uterina						
Realizado	203	63,1	150	62,5	53	64,6
Parcial / Insuficiente	107	33,2	83	34,6	24	29,3
Sem registro	12	3,7	7	2,9	5	6,1
Total	322 [£]	100,0	240	100,0	82	100,0
Ausculita/Movimentos Fetal						
Realizado	229	71,3	171	71,3	58	71,6
Parcial/Insuficiente	81	25,2	61	25,4	20	24,7
Sem registro	11	3,4	8	3,3	3	3,7
Total	321 [€]	100,0	240	100,0	81	100,0
Idade Gestacional						
Realizado	150	41,0	119	43,8	31	33,0
Parcial/Insuficiente	209	57,1	148	54,4	61	64,9
Sem registro	7	1,9	5	1,8	2	2,1
Total	366	100,0	272	100,0	94	100,0
Apresentação Fetal						
Realizado	93	31,9	75	34,1	18	25,0
Parcial/Insuficiente	55	18,8	41	18,6	14	19,4
Sem registro	144	49,3	104	47,3	40	55,6
Total	292 [¥]	100,0	220	100,0	72	100,0

* Excluídas 123 gestantes atendidas até o final de março de 2009 porque o prontuário usado na unidade ainda não previa o registro da presença de edema.

[£] Excluídas 44 gestantes cuja idade gestacional ainda não permitia a medida.

[€] Excluídas 44 gestantes cuja idade gestacional ainda não permitia a ausculita dos batimentos cardíacos fetais.

[¥] Excluídas 74 gestantes em que a apresentação fetal ainda não se definiu, em função da idade gestacional.

Os dados da Tabela 10 mostram que apenas o peso foi verificado e registrado para a totalidade das gestantes fora da área de abrangência.

Excetuando-se os procedimentos: preenchimento do gráfico da curva de Índice de Massa Corporal (IMC), pesquisa de edema, idade gestacional e apresentação fetal, os demais foram realizados para a maioria das consultas pré-natais.

O gráfico da curva de IMC só foi registrado no prontuário de uma gestante fora da área e, mesmo assim, de forma parcial. Ribeiro Filho (2004), na avaliação de quatro unidades de saúde em Manaus (AM), também encontrou ausência desse registro em 100% dos prontuários.

Diante dos resultados, algumas considerações podem ser realizadas. A primeira, é de que a avaliação do estado nutricional não foi feita por falta do registro desse procedimento e da classificação do estado nutricional da gestante (baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade) no prontuário. A segunda consideração, é que foi realizada, no entanto, de forma empírica, o que descaracteriza a importância do preenchimento do gráfico para uma adequada avaliação nutricional da gestante. A terceira, que o profissional não considera importante o preenchimento do gráfico por desconhecimento de seu valor clínico ou por falta de conhecimento de como fazê-lo.

Considerando a categorização do procedimento em realizado (quando o foi em todas as consultas), parcial (em, pelo menos, 50% das consultas) e insuficiente (menos de 50% das consultas), os procedimentos pesagem e aferição da pressão arterial foram os mais realizados. Observou-se que a falta do registro ocorreu, sobretudo, na primeira consulta.

De modo geral, estes dois procedimentos ficam a cargo do profissional que realiza a pré-consulta e não do profissional legalmente responsável pelo atendimento da gestante. No caso da unidade estudada, o atendimento de pré-consulta é feito pelo auxiliar de enfermagem e a consulta pré-natal, pelo médico.

O procedimento de verificação de edema apresentou uma proporção de falta de registro em 63,6% dos prontuários, o que pode indicar que a mesma proporção de gestantes não apresentou a ocorrência desse evento. As gestantes

com verificação positiva de edema, somando as categorias realizado e parcial/insuficiente alcançaram 2,5%.

Para o MS (Brasil, 2006), o objetivo da verificação da presença de edema é detectar precocemente a ocorrência de edema patológico. A realização do procedimento está recomendada no documento da OPS (2004). Silveira, Santos e Costa (2001) encontraram 16% de prontuários com cinco ou mais registros relacionados à pesquisa de edema; Coutinho et al. (2003) verificaram o registro em 48,1% e Ribeiro Filho (2004) encontrou, desde a ausência desta anotação até a proporção máxima de 24%.

Em relação aos procedimentos específicos de semiologia obstétrica, os mais registrados foram respectivamente ausculta/movimentação fetal, 71,3%; altura uterina, 62,5%. O registro do cálculo de idade gestacional foi de 43,8% e da apresentação fetal (34,1%). Mesmo que o registro da ausculta/movimentação fetal e da altura uterina tenham sido feitos em mais da metade dos prontuários, é preciso que os profissionais estejam atentos a este registro. A verificação da altura uterina e a comparação do valor entre consultas proporciona um bom parâmetro da evolução da gestação bem como a ausculta e a presença de movimentação fetal.

Koffman e Bonadio (2005) verificaram que estes procedimentos foram realizados na grande maioria das consultas pré-natais em um serviço de São Paulo (SP).

No presente estudo, observou-se, também, maior proporção de falta de registro para apresentação fetal. À medida que a apresentação fetal já estava definida não havia regularidade de seu registro nas consultas seguintes.

Vale ressaltar a importância do registro desses procedimentos, de acordo com o período gestacional, para que se tenha maior segurança na tomada de condutas no caso de alterações.

Considerando-se as duas categorias de análise: realizado e realizado de forma parcial/insuficiente, a proporção de registro dos procedimentos aumenta consideravelmente, permanecendo a apresentação fetal com menor proporção.

Surpreende que o registro da idade gestacional, procedimento fundamental que com a medida da altura uterina podem identificar desvios da normalidade no

desenvolvimento da gestação, foi parcial/insuficiente para a maioria das gestantes, tanto em sua totalidade como nas estratificações. Ainda, a altura uterina foi verificada para pouco mais da metade das gestantes, enquanto era esperado que o procedimento fosse registrado na totalidade dos prontuários das gestantes atendidas no pré-natal.

No estudo de Carvalho e Novaes (2004), ao entrevistar primigestas, estas citaram que os procedimentos de medida da pressão arterial, medida do peso e da ausculta dos batimentos cardíacos fetais foram sempre realizados sendo a proporção verificada pelas pesquisadoras de 98,8%, 97,3% e 97,3%; respectivamente. Proporções superiores às encontradas no presente estudo.

Parada (2008) mostrou que as anotações referentes à idade gestacional, pressão arterial e peso foram semelhantes, próximas a 90% e as anotações da altura uterina foram as menos frequentes, com 70,6%, entretanto, também maiores que no presente estudo.

Estes resultados indicam que os profissionais da UBS-RC devem se empenhar em melhorar o registro dos procedimentos técnicos, pois estas informações são importantes para avaliação da evolução da gravidez, tanto para eles mesmos como a outros profissionais que, por ventura, necessitem realizar o atendimento dessas gestantes.

Por sua importância na detecção de doenças, em sua maioria, preveníveis e com tratamentos eficazes estabelecidos, a realização de exame laboratorial de rotina constitui uma ferramenta fundamental para o acompanhamento pré-natal. De acordo com os Princípios Gerais e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, o MS (Brasil, 2005) definiu, entre outros parâmetros, a realização de exames laboratoriais de rotina (Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005).

No município de Santos, além dos exames preconizados na primeira consulta pelo PHPN do MS, para o acompanhamento pré-natal, a Secretaria da Saúde recomenda a realização de sorologia para rubéola e toxoplasmose e parasitológico de fezes. Está recomendado, ainda, repetir os seguintes exames na 28ª semana

gestacional: hemograma (Hb/Ht), hepatite C, e toxoplasmose, se na primeira coleta houve resultado negativo.

Para a análise dos registros de exames de rotina do pré-natal na UBS-RC, inicialmente, foram considerados os registros dos exames recomendados pelo MS (Brasil, 2006).

Tabela 11. Distribuição das gestantes, conforme registro da realização de exames de laboratório e complementar, Santos, 2010

Exames de laboratório e complementar	Total N=366		Área de Abrangência			
			Sim n=272		Não n=94	
	N	%	N	%	N	%
Sistema ABO/Rh						
Sim	319	87,2	237	87,1	82	87,2
Não se Aplica	32	8,7	24	8,8	8	8,5
Sem Registro	15	4,1	11	4,0	4	4,3
Hb/Ht						
Sim	329	89,9	245	90,1	84	89,4
Não se Aplica	32	8,7	24	8,8	8	8,5
Sem Registro	5	1,4	3	1,1	2	2,1
Hb/Ht 30ª semana						
Sim	211	57,7	160	58,9	51	54,3
Não se Aplica	112	30,6	79	29,0	33	35,1
Sem Registro	43	11,7	33	12,1	10	10,6
Glicemia de jejum						
Sim	327	89,3	244	89,7	83	88,3
Não se Aplica	32	8,7	24	8,8	8	8,5
Sem Registro	7	1,9	4	1,5	3	3,2
Glicemia jejum 30ª semana						
Sim	209	57,1	160	58,8	49	52,1
Não se Aplica	111	30,3	78	28,7	33	35,1
Sem Registro	46	12,6	34	12,5	12	12,8
VDRL						
Sim	326	89,1	243	89,3	83	88,3
Não se Aplica	32	8,7	24	8,8	8	8,5
Sem Registro	8	2,2	5	1,8	3	3,2
VDRL 30ª semana						
Sim	218	59,6	166	61,0	52	55,3
Não se Aplica	111	30,3	78	28,7	33	35,1
Sem Registro	37	10,1	28	10,3	9	9,6
Anti-HIV						
Sim	312	85,2	231	84,9	81	86,2
Não se Aplica	32	8,7	24	8,8	8	8,5
Sem Registro	22	6,0	17	6,3	5	5,3
Anti-HIV 30ª semana						
Sim	204	55,7	159	58,5	45	47,9
Não se Aplica	110	30,1	77	28,3	33	35,1
Sem Registro	52	14,2	36	13,2	16	17,0

(continua)

Tabela 11

(continuação)

Exames de laboratório e complementar	Total N=366		Área de Abrangência			
			Sim N=272		Não N=94	
	N	%	N	%	N	%
Hepatite B						
Sim	236	64,5	171	62,9	65	69,1
Não se Aplica	32	8,7	24	8,8	8	8,5
Sem Registro	98	26,8	77	28,3	21	22,3
Hepatite B 30ª semana						
Sim	81	22,1	60	22,1	21	22,3
Não	1	0,3	1	0,4	0	0,0
Não se Aplica	112	30,6	79	29,0	33	35,1
Sem Registro	172	47,0	132	48,5	40	42,6
Toxoplasmose						
Sim	325	88,8	243	89,3	82	87,2
Não se Aplica	32	8,7	24	8,8	8	8,5
Sem Registro	9	2,5	5	1,8	4	4,3
Toxoplasmose 30ª semana						
Sim	56	15,3	39	14,3	17	18,1
Não se Aplica	254	69,4	194	71,3	60	63,8
Sem Registro	56	15,3	39	14,3	17	18,1
Urina Tipo I						
Sim	304	83,1	224	82,4	80	85,1
Não se Aplica	32	8,7	24	8,8	8	8,5
Sem Registro	30	8,2	24	8,8	6	6,4
Urina Tipo I 30ª semana						
Sim	201	54,9	155	57,0	46	48,9
Não se Aplica	112	30,6	79	29,0	33	35,1
Sem Registro	53	14,5	38	14,0	15	16,0
Colpocitologia Oncótica						
Sim	91	24,9	71	26,1	20	21,3
Não se Aplica	1	0,3	1	0,4	0	0,0
Sem Registro	274	74,9	200	73,5	74	78,7

Para alguns exames, a cobertura foi semelhante, tanto para o total de gestantes como para as da área de abrangência e fora da área.

Com pequena variação entre as gestantes da área de abrangência e as fora da área, os exames com maior cobertura foram os que devem ser solicitados no início da gestação: hemoglobina/hematócrito (90,1%, 89,4%), glicemia de jejum (89,7%, 88,3%), VDRL (89,3%, 88,3%) toxoplasmose (89,3%, 87,25), tipagem sanguínea (87,1%, 87,2), Anti-HIV (84,9%, 86,2%) e urina tipo I (82,4%, 85,1%). Estes

resultados são superiores aos encontrados nos estudos de Ribeiro Filho (2004), Koffman e Bonadio (2005) e Parada (2008).

A sorologia para Hepatite B tem recomendação de realização próxima a 30ª semana de gestação (Brasil, 2006). Observou-se registro deste exame na 30ª semana em menos de um quarto das gestantes; por outro lado, no início do pré-natal o exame foi três vezes maior. Para as gestantes fora da área de abrangência, houve 6,2% a mais de registro do exame.

Considerando-se a recomendação do município, o registro de exame para Hepatite B na primeira consulta foi 19,5% menor em relação ao exame menos registrado que foi urina tipo I, que obteve 82,4% de registro.

Para as gestantes da área de abrangência, todos os exames realizados na 30ª semana tiveram registros bem abaixo dos observados para os exames no início da gestação. Às gestantes fora da área de abrangência, as proporções foram ainda menores. Provavelmente, pela barreira física que se impõe pela delimitação das áreas de atuação, tanto do profissional responsável pelos procedimentos técnicos da assistência como do ACS que cumpre o papel de ser intermediário entre a comunidade e a unidade de saúde.

A reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no 3º trimestre de gestação, já havia sido indicada como uma das fragilidades do PHPN (Serruya, Lago, Cecatti, 2004; Tanaka et al., 2008). Parada (2008) também verificou baixa proporção (13,9%) de cobertura dos exames do 3º trimestre.

Ainda, em relação ao registro de exames complementares na 30ª semana de gestação, vale ressaltar a baixa proporção do registro da sorologia para toxoplasmose, que foi apenas 14,3%. Isso pode estar relacionado à recomendação de realização do exame apenas para gestantes, cujo resultado fosse negativo, ou seja, àquelas gestantes susceptíveis. É importante relatar que gestantes com resultado positivo para este exame, foram encaminhadas ao serviço de referência para tratamento.

O exame de colpocitologia oncótica apresentou baixa proporção (24,9%) de registro, tanto às gestantes da área de abrangência como às de fora da área, 26,1% e 21,3%, respectivamente. O resultado foi inferior ao encontrado por Parada (2008),

que foi de 36,1%. No entanto, a análise do registro desta variável fica prejudicada, por falta de clareza quanto à necessidade ou não do exame preventivo para esse grupo de gestantes. Vale esclarecer que foi considerado o registro da coleta do material para colpocitologia oncótica na Ficha perinatal ou na folha de evolução ou no verso da folha do SISPRENATAL. Conforme a recomendação do MS, a coleta deverá ser realizada se a gestante não a tivesse feito nos últimos 3 anos ou se houvesse indicação (Brasil, 2006).

Gonçalves et al. (2009) avaliaram a frequência de realização da colpocitologia cervical em gestantes na cidade de Rio Grande (RS), e encontraram resultado superior (33,6% de gestantes com indicação, exame há 36 meses ou mais) ao deste estudo. Além disso, mostraram que pacientes com acompanhamento pré-natal no convênio, particular ou no Hospital Universitário da FURG, tiveram maior probabilidade de estarem como exame atualizado do que aquelas que fizeram o acompanhamento pré-natal no SUS.

Como para algumas mulheres, a única oportunidade de realização do exame colpocitológico é durante o acompanhamento pré-natal, é importante que os profissionais estejam atentos a seu oferecimento e realização, sobretudo, quando detectado em fase inicial, o câncer de colo de útero tem 100% de chances de cura.

A seguir, os dados da Tabela 12 mostram a proporção de gestantes para as quais houve necessidade de avaliação ou resolução em serviço especializado de acordo com fatores de risco identificados e/ou fatores clínicos evidenciados, tanto por avaliação clínica como por meio de resultados de exames complementares alterados. As referências da UBS-RC para os encaminhamentos e hospitalização foram Casa da Gestante, Hospital Silvério Fontes, Hospital Guilherme Álvaro e o Serviço Ambulatorial de Especialidades (SEAMBESP).

Tabela 12. Distribuição das gestantes, conforme referências em situações de complicações, Santos, 2010

Referências em situações de complicações	Total		Área de Abrangência			
			Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%
Encaminhamento	33	9,0	22	8,1	11	11,7
Hospitalização	12	3,3	10	3,7	2	2,1
Encaminhamento e Hospitalização	8	2,2	7	2,6	1	1,0
SubTotal	53	14,5	39	14,3	14	14,8
Nenhuma	313	85,5	233	85,7	80	85,2
Total	366	100,0	272	100,0	94	100,0

Considerando-se a totalidade das gestantes acompanhadas na UBS-RC, observa-se que 14,5% delas apresentaram alguma intercorrência que demandou encaminhamento para unidades de referência no atendimento de gestações de risco.

Nos registros em prontuário, foram identificados os seguintes motivos para referência das gestantes a outros serviços: mioma associado à gravidez, polidrâmnio, oligodrâmnio, Diabetes gestacional, trabalho de parto prematuro, toxoplasmose, pré-eclâmpsia e um encaminhamento para o serviço de medicina fetal, porém, sem a especificação da alteração.

Por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, estados e municípios devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada, de acordo com os parâmetros estabelecidos no PHPN. O principal objetivo dessa assistência é acolher a mulher, desde o início da gestação, assegurando o nascimento de uma criança saudável e o bem estar materno e neonatal (Brasil, 2006).

Nesse sentido, os dados das Tabelas 13 e 14 apresentam algumas variáveis do desfecho da gestação.

Tabela 13. Distribuição das gestantes, conforme o desfecho da gestação, Santos, 2010

Desfecho da gestação	Total		Área de Abrangência			
			Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%
Idade Gestacional no desfecho						
Até 21 semanas	15	5,3	13	5,9	2	3,3
22 a 36 semanas	30	10,7	19	8,6	11	18,0
≥ 37 semanas	236	84,0	188	85,5	48	78,7
Total	281*	100,0	220	100,0	61	100,0
Média ± dp	37,9 ± 6,9		37,9 ± 7,1		37,7 ± 6,2	
Tipo de Parto						
Normal	150	58,1	116	57,7	34	59,6
Cesárea	105	40,7	83	41,3	22	38,6
Fórceps	3	1,2	2	1,0	1	1,8
Sem registro	4	1,1	3	1,1	1	1,1
Total	262 [€]	100,0	201	100,0	57	100,0

* Excluídas 85 gestantes que não permaneceram na unidade por abandono de pré-natal, mudança de UBS, de cidade/estado ou ao sistema de saúde complementar.

[€] Excluídas 104 gestantes que não permaneceram na unidade por abandono do pré-natal, mudança de UBS, de cidade/estado ou ao sistema de saúde complementar; as que tiveram aborto.

A Tabela 13 mostra que, para a maioria das mulheres (84,0%), o desfecho ocorreu no termo da gestação, com média de idade gestacional de 37,9±6,9 semanas.

A proporção de abortos foi 5,3% para o total de gestantes, 5,9% às gestantes da área de abrangência e 3,3% às fora da área. A proporção de partos pré-termos e prematuros na população do estudo foi semelhante a 10,8% obtida em maternidades do Rio de Janeiro (RJ), por Leal et al. (2004) e inferior a 14,7% encontrada em Pelotas (RS), em 2004 por Barros et al. (2008). Andrade, Szwarcwald e Castilho (2008) analisando as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde (SINASC), em 2005, identificaram taxa de 5,5% de prematuridade para localidades com população menor que 50.000 habitantes e de 7,2% àquelas com população maior ou igual a 50.000 habitantes.

A proporção de 40,7% de cesariana mostra que esses níveis são inaceitáveis, conforme a Organização Mundial da Saúde que considera aceitável até 15% de cesariana, para garantir bons resultados maternos e neonatais (OMS 1996).

Um levantamento bibliográfico realizado por Patah e Malik (2011) encontrou que um quarto dos nascimentos ocorre nos serviços hospitalares privados e que as taxas de cesariana nesses serviços chegam ao redor de 80%. Nas regiões em que a cobertura de planos de saúde é maior, as taxas de cesárea também o são.

A mudança no perfil de risco das gestantes está entre os motivos apresentados para justificar a elevação das taxas de cesariana. Entretanto, estudos que buscaram avaliar essa mudança no perfil de risco das gestantes mostraram que a elevação nas taxas de cesariana primária relaciona-se menos com a mudança no perfil de risco da gestante do que com as mudanças nas práticas obstétricas (Declercq, Menacker, MacDorman, 2006).

Em relação à morte materna, no período do estudo, não foi conhecido nenhum caso.

O peso de nascimento associa-se fortemente com o risco de morte no primeiro ano de vida da criança. A proporção de baixo peso ao nascer é o indicador comumente usado para avaliar os cuidados no pré-natal.

Tabela 14. Distribuição do peso ao nascimento dos recém-nascidos, Santos, 2010

Peso do Recém-nascido (em gramas)	Total		Área de Abrangência			
			Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%
< 2.500	11	6,1	10	6,9	1	2,7
≥ 2.500	170	93,9	134	93,1	36	97,3
Total	181	100,0	144	100,0	37	100,0
Mínimo – Máximo	610 – 4.350		610 – 4.350		2.345 – 4.150	
Média ± dp	3.311,3 ± 446,9		3.295,1 ± 475,5		3.374,5 ± 303,3	

* Excluídas 185 gestantes, 81 sem registro do peso ao nascer e 104 que não permaneceram na unidade por abandono de pré-natal, mudança de UBS, de cidade/estado ou ao sistema de saúde complementar e aquelas com aborto.

Para a grande maioria dos neonatos, o peso ao nascer foi ≥ 2.500 gramas; a média foi de $3.311,3g \pm 446,9g$. O menor peso de nascimento foi 610 g e o maior 4.350 g, ambos de mulheres da área de abrangência. Chama a atenção, ainda neste estrato, a proporção de 6,9% dos recém-nascidos pesando menos de 2.500 g, e nas fora da área, foi 2,7%. As gestantes fora da área tiveram menor proporção de recém-nascidos (2,7%) com peso inferior a 2.500g; e a média de peso de $3.374,5g \pm 303,3g$. Nos estudos de Leal et al. (2004) e Barros et al. (2008), a proporção de nascidos com peso $<2.500g$ foi 8,8% e 9,9%, respectivamente. A análise das informações de nascidos vivos do SINASC do MS, considerando localidades com população menor e, igual ou maior, que 50.000 habitantes, encontrou 7,1% e 8,7%, respectivamente (Andrade, Szwarcwald, Castilho, 2008).

Uma gestante fora da área de abrangência teve gestação gemelar, tinha 26 anos de idade, iniciou o pré-natal com 7 semanas gestacionais, compareceu a oito consultas na UBS-RC, estava na quinta gestação, com um aborto anterior, renda menor que um salário mínimo, nível superior de instrução, casada/estável, gravidez aceita, cor parda, fumante, sem morbidade prévia. O desfecho foi parto normal na 36ª semana, e o peso dos recém-nascidos foram 2.580g e 2.420g. O retorno para a consulta puerperal aconteceu 5 dias, após o parto. Foi considerado apenas o peso de um dos gêmeos por não ter sido prevista a inserção no banco de dados de dois valores diferentes para a variável em um mesmo caso. O peso computado foi o de 2.580g.

No período de estudo, de acordo com os registros nos prontuários foram verificadas três mortes fetais e três neonatais.

Os casos de morte fetal e neonatal estão descritos a seguir, considerando a ordem cronológica dos atendimentos no pré-natal, com alguns dados da gestante, do pré-natal e do desfecho.

1º) Idade 18 anos, terceira gestação, sendo um parto vaginal de um natimorto que pesou menos de 2.500g e um aborto, iniciou o pré-natal com 18 semanas, fez três consultas no 3º trimestre. Renda maior que um salário mínimo, ensino médio, solteira/outros, gravidez aceita, cor parda, antecedente pessoal de

infecção urinária. Foi realizada cesárea na 24ª semana, peso do natimorto 610g. A consulta puerperal ocorreu 19 dias, depois do parto.

2ª) Idade 29 anos, quinta gestação sendo três partos vaginais e uma cesariana; dois filhos nascidos vivos e dois natimortos, algum deles com peso menor que 2.500g. Iniciou o pré-natal com 9 semanas, fez seis consultas, sendo duas no 1º trimestre, três no 2º e uma no 3º, com intervalo entre as consultas em torno de 30 dias. Renda maior que um salário mínimo, ensino médio, casada/estável, gravidez aceita, cor branca, antecedente pessoal de infecção urinária. O desfecho ocorreu com 34 semanas, cesariana, sem registro do peso do recém-nascido, no prontuário estava registrado causa desconhecida para o óbito. Retornou para consulta puerperal, mas não havia registro do tempo de pós-parto.

3ª) Idade 20 anos, primigesta, iniciou o pré-natal com 11 semanas, fez nove consultas, sendo uma no 1º trimestre, quatro no 2º e quatro no 3º com intervalo de consultas em torno de 30 dias até a sexta consulta, diminuindo o intervalo nas três consultas seguintes 21, 14 e 10 dias respectivamente. Renda menor que um salário mínimo, ensino médio, casada/estável, gravidez aceita, cor parda, nenhum antecedente pessoal. Desfecho: parto vaginal com 39 semanas, sem registro do peso. Retornou para consulta puerperal com 18 dias pós-parto.

A seguir, a descrição dos óbitos neonatais:

1ª) Idade 28 anos, secundigesta, parto cesariana anterior, iniciou o pré-natal com 12 semanas, fez sete consultas, sendo uma no 1º trimestre, três no 2º e três no 3º, com intervalos irregulares entre as consultas. Faltou à segunda, e voltou após 63 dias, realizando as demais consultas com os seguintes dias de intervalos: 14, 7, 33, 30 e 14 dias. Renda menor que um salário mínimo, ensino fundamental, solteira/outros, gravidez aceita, cor parda, antecedente pessoal de infecção urinária. Parto cesárea com 36 semanas, recém-nascido com 2.050g ao nascer. A morte ocorreu 9 horas após o nascimento. A causa do óbito registrada no prontuário foi má formação fetal. Retornou para consulta puerperal com 15 dias pós-parto.

2ª) Idade 22 anos, secundigesta com uma cesariana, iniciou o pré-natal com 5 semanas, fez três consultas; duas no 1º trimestre, nenhuma no 2º e uma no 3º.

Faltou a segunda consulta, retornou com intervalo de 40 dias para a terceira, foi encaminhada ao Hospital de referência para o alto risco com pressão arterial de 140X100 mmHg. Fez três consultas naquele serviço, retornando após 155 dias para consulta na UBS-RC e não mais retornou. Renda menor que um salário mínimo, ensino fundamental, solteira/outros, gravidez aceita, sem registro da cor de pele, fumante, hipertensa crônica com história de pré-eclâmpsia na gestação anterior. Parto cesárea com 38 semanas, recém-nascido pesando 3.550g, Apgar 8 e 9. A morte do recém-nascido ocorreu após o parto, mas não havia registro do tempo. Retornou para consulta puerperal com 13 dias pós-parto.

3º) Idade 43 anos, sexta gravidez, quatro partos vaginais e um aborto, iniciou o pré-natal com 11 semanas, fez seis consultas, sendo duas no 1º trimestre, três no 2º e uma no 3º, com intervalos de 9, 40, 27, 28, 25 dias respectivamente. Renda maior que um salário mínimo, ensino fundamental, casada/estável, gravidez aceita, cor preta, antecedentes pessoais, infecção urinária e hipertensão arterial crônica. Parto cesárea com 34 semanas, sem registro do peso de nascimento, morte ocorrida no pós-parto, sem hora registrada. Retornou para consulta puerperal com 64 dias pós-parto.

Destacam-se algumas características das gestantes que compuseram a amostra deste estudo, tais como: 13,6% de presença de antecedentes mórbidos, 22,4% de perdas gestacionais prévias, 97,6% de ausência de registro de dependência, 31,6% com cesárea anterior, 30,1% nos extremos de idade (< 20 e > 34) que, combinadas às condições da assistência pré-natal e ao parto, podem ter influenciado os resultados perinatais. Nas condições do pré-natal, destacam-se o baixo percentual (3,7%) de indicador completo da assistência, segundo o PHPN e pouco mais da metade de adequação pelo índice de Kessner modificado por Takeda. Na propedêutica obstétrica, as proporções do registro da idade gestacional e apresentação fetal que não atingiram 50% das gestantes que também são fatores relevantes.

Neste estudo, o desenho utilizado não possibilita inferências sobre as causas dos óbitos. Outros estudos devem ser realizados com a finalidade de investigar os

fatores relacionados, cujos resultados possam indicar medidas específicas a serem adotadas na assistência às gestantes.

A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental à saúde materna e neonatal e o retorno puerperal deve ser incentivado no pré-natal e na maternidade. Nesse período podem ocorrer situações que, se detectadas a tempo, podem ajudar a reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal.

Conforme já apresentado na Tabela 6, das 366 mulheres que compuseram a amostra, pouco menos de dois terços (226 - 61,7%) compareceram à UBS-RC, após o desfecho da gestação, seja aborto ou parto e 140 mulheres (38,3%) não realizaram a consulta puerperal por diferentes motivos: abandono de pré-natal na UBS-RC, mudança ao sistema suplementar de saúde, para outra unidade, município ou estado, bem como por motivos desconhecidos pela unidade ou não foram localizadas por meio da busca ativa. No estudo de Parada (2008), a proporção de retorno foi de 58,7%.

A seguir, os dados da Tabela 15 mostram a consulta puerperal de 226 mulheres, 179 da área da abrangência da UBS-RC e 47 fora da área.

Tabela 15. Distribuição dos dados da consulta puerperal de 226 mulheres que compareceram à UBS no pós-parto/aborto, Santos, 2010

Consulta Puerperal	Total N=226		Área de Abrangência			
			Sim N=179		Não N=47	
	N	%	N	%	N	%
Tempo após o desfecho da gestação (dias)						
Até 7	35	15,5	24	13,4	11	23,4
De 8 a 42	182	80,5	152	84,9	30	63,8
43 ou mais	7	3,1	3	1,7	4	8,5
Sem registro	2	0,9	0	0	2	4,3
Mínimo – Máximo	3 – 104		3 – 57		4 – 104	
Média ±dp	23,2 ±11,9		22,5 ±8,2		24,1 ±17,9	
Registro Exame Físico						
Sim	206	91,2	164	91,6	42	89,4
Sem registro	20	8,8	15	8,4	5	10,6
Queixas referidas						
Sim	20	8,8	14	7,8	6	12,8
Não	81	35,9	65	36,3	16	34,0
Sem registro	125	55,3	100	55,9	25	53,2
Registros Intercorrências						
Sim	16	7,1	13	7,3	3	6,4
Não	13	5,7	10	5,6	3	6,4
Sem registro	197	87,2	156	87,1	41	87,2
Registros orientações						
Sim	69	30,5	58	32,4	11	23,4
Não	1	0,5	0	0,0	1	2,1
Sem registro	156	69,0	121	67,6	35	74,5
Contracepção						
Sim	137	60,6	111	62,0	26	55,3
Sem registro	89	39,4	68	38,0	21	44,7

Os dados da Tabela 15 mostram que a maioria (179 - 79,2%) dos retornos puerperais ocorreu com as mulheres que residiam na área de abrangência da UBS-RC, o que evidencia que a localização do serviço de saúde pode influenciar na decisão da clientela pela continuidade da assistência. A maior média de tempo, após o desfecho nas mulheres residentes fora da área também mostra essa influência, visto que as que residem na área (média 22,5 dias) tiveram desempenho

um pouco melhor do que as que residem fora (média 24,1 dias). A maioria das mulheres (80,5%) retornou entre 8 e 42 dias após parto/aborto.

A atenção no puerpério é de extrema importância, pois permite uma visão global do atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, a detecção de falhas e a adoção de medidas para melhoria do atendimento.

Além desse aspecto, o MS destaca que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na primeira semana, após o parto, chamada de “Primeira Semana de Saúde Integral”, e o retorno deve acontecer ainda nesse período. Recomenda que, após a primeira semana, no período entre 30 e 42 dias, deve-se realizar avaliação das condições de saúde, tanto da mulher como do recém-nascido. Ressalta a importância do registro das alterações, do processo de amamentação, do retorno da menstruação e da atividade sexual, da realização de ações educativas e condução de possíveis intercorrências (Brasil. 2006).

Em nosso meio, é consenso que a atenção puerperal apresenta baixa cobertura. Serruya, Lago e Cecatti (2004), em estudo preliminar sobre a atenção pré-natal e o PHPN já verificaram a baixa cobertura da consulta puerperal. Os autores firmam que “a assistência à mulher só deveria ser considerada como concluída após a consulta puerperal”. O fato permanece com escassa realização, conforme estudo de Tanaka et al. (2010) que também analisaram a atenção pré-natal e o PHPN.

Dados da PNDS (2006) apontam que 51,1% das mulheres da Região Sudeste realizaram, pelo menos, uma consulta de puerpério, 43,2% delas residiam na área urbana, com 11 anos ou mais de estudo, 54,5% brancas 46,6% e 69,0% das classes A e B, respectivamente, com convênio/privado 64,9% (Lago, e Lima, 2009).

Chama a atenção, a proporção de itens sem preenchimento, com exceção do exame físico em 91,2% e contracepção em 60,6%. Assim, os dados mostram baixa cobertura dos registro das queixas, intercorrências e orientações. As ações educativas são imprescindíveis para o sucesso do aleitamento materno, para a realização correta dos cuidados com o recém-nascido, a escolha do método contraceptivo, além de ser mais uma oportunidade de fortalecer o vínculo familiar e

permitir por meio da confiança da mulher uma atuação ativa do final do período gravídico-puerperal.

O profissional de saúde é peça chave na finalização desta fase da mulher, pois permite a identificação da qualidade ou das necessidades de melhora da assistência.

CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo permitiram concluir que:

- Entre as 366 gestantes da amostra, 74,3% residiam na área de abrangência do serviço de saúde e um quarto (25,6%) em outras regiões do município e de cidade vizinha;
- As gestantes tinham entre 14 a 45 anos de idade, média de 24,9 anos, 20,5% adolescentes; 50,3% não branca; 59,6% unidas por casamento ou consensualmente; 50,3% instrução nível médio; 66,4% com renda maior que um salário mínimo; 32,2% primigestas; 54,4% com uma a três gestações, 68,0% com parto normal anterior, 51,1% com história pregressa de infecção urinária;
- A estrutura da unidade relativa à área física, recursos humanos, equipamentos, atende aos requisitos para o desenvolvimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a atenção pré-natal;
- Do total da amostra, 81,7% iniciaram o pré-natal até 120 dias da gestação; 64,8% fizeram o número mínimo de seis consultas; 44,0% tiveram pelo menos uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, e três no terceiro trimestre; 61,7% das mulheres retornaram ao serviço para consulta puerperal; 38,5% tiveram o mínimo de seis consultas pré-natal e a consulta de puerpério; 6,6% tiveram o mínimo de seis consultas pré-natal e os exames básicos; 4,1% tiveram mínimo de seis consultas pré-natal, consulta de puerpério e exames básicos; 3,0% tiveram mínimo de seis consultas pré-natal, consulta de puerpério, exames básicos e imunização antitetânica; 46,7% da amostra eram ou foram imunizadas com a vacina antitetânica. 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;

- No Índice de Kessner, modificado por Takeda, o pré-natal foi classificado como adequado para 56,6% da amostra; intermediário 24,3% e inadequado 19,1%;
- A falta de registro foi observada em quase todos os itens contidos na ficha perinatal, sobretudo, nos aspectos psicossociais, alguns procedimentos específicos, exames básicos e complementar e na consulta puerperal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que, de uma forma geral, a falta de registro no espelho do cartão da gestante e no prontuário são fatores que dificultam a coleta de dados, pois demandam maior tempo ou necessitam do envolvimento das pessoas do serviço para levantamento da informação e fechamento do formulário de coleta.

Donabedian (1988) afirma que a principal fonte de informações sobre o processo de assistência e seu resultado imediato é, sem dúvida, o prontuário médico que, muitas vezes, está incompleto ou omite elementos técnicos importantes do cuidado, incluindo o processo interpessoal. Os dados do prontuário têm importância legal, científica, sendo instrumento importante na descrição do estado de saúde do paciente e usados para comunicação entre os profissionais.

Vasconcelos, Gribel e Moraes (2008) realizaram um estudo sobre a qualidade dos registros de identificação e o processo de atendimento de prontuários que envolvem mulheres acima de 19 anos de quatro municípios acima de 100.000 habitantes no Estado do Rio de Janeiro, em 2004. Encontraram baixa presença dos atributos sociais e só metade dos prontuários possuía data de abertura, além de baixa proporção de registro das características do processo de atendimento. Os autores apontam que o fato sugere discutível qualidade na continuidade do cuidado oferecido, dificuldades para a prática gerencial na Atenção Básica e para implementação da Estratégia Saúde da Família.

Dias-da-Costa et al. (2000), analisando a importância da qualidade do registro, afirmam que partiram do pressuposto de que se algum procedimento não foi registrado, provavelmente, não foi realizado.

Alguns aspectos merecem maior atenção e discussão entre os profissionais da equipe e gestores, como a baixa cobertura da segunda bateria de exames e da coleta do exame colpocitológico e imunização antitetânica, a capacitação dos profissionais para abordar aspectos psicossociais das gestantes, o estabelecimento de rotina para atendimento odontológico, a intensificação do controle de gestantes

com história de infecção urinária, o retorno das mulheres à consulta de puerpério e seu adequado registro.

O documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS, 2004) traz algumas recomendações para garantir a captação precoce e o acesso da gestante que podem ser seguidas para melhorar a qualidade da assistência pré-natal:

- Divulgação/comunicação da oferta do serviço de pré-natal na comunidade da área de cobertura;
- Sensibilização das mulheres, da família e da comunidade sobre a importância da atenção pré-natal;
- Disponibilidade de material educativo que estimule o ingresso das mulheres na atenção pré-natal;
- Fazer uso de todo tipo de contato com os indivíduos, famílias e grupos comunitários com o objetivo de captar as mulheres grávidas;
- Divulgação dos horários de funcionamento do serviço; e
- Oferta de horários de atenção que possibilitem agendar consultas das gestantes trabalhadoras.

Estudos de avaliação dos serviços de saúde devem ser incentivados, para que se identifiquem as dificuldades e lacunas para busca da excelência de qualidade que vai se refletir na melhora dos indicadores de saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Andrade CLT, Szwarcwald CL, Castilho EA. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(11): 2564-72.

Barbosa MA. Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no Município de Francisco Morato. [dissertação]. Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2007.

Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cadernos de Saude Publica* 2008; v.24 Suppl 3, p.S390-8, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programáticas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000a.*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal: normas e manuais técnicos/ equipe de elaboração: Schirmer J. et al. 3ª ed. Brasília; 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.067 de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União (DOU) Brasília, DF; 2005 jul 128, Seção 1, p.25-30.*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3ª edição revisada. Brasília; 2006.

Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadoras. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. [citado 03 jun. 2010]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet] 2004[citado 2009 Abr 14]; 20(Sup 2): S220-S230. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Carvalho MHB, Francisco RPV, Brizot ML. Exposição a agentes químicos, físicos e biológicos. In: Zugaib M. Obstetrícia. Barueri: Manole, 2008. p. 213-242.

Cavenaghi S. Perfil dos domicílios e das famílias. In: Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadoras. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. cap. 2 p. 31-51 [citado 03 jun. 2010].

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

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.

Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003; 25(10):717-24.

Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991-2002. American Journal of Public Health 2006; 96 (5): 867-72.

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.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assesement? JAMA 1988; 260:1743-8.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowter C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

Fescina RH, Butrón B, De Mucio B, Martínez G, Diaz Rossello JL, Camacho V, et al. Sistema informático perinatal: historia clínica perinatal [livro na Internet]. Montevideo: CLAP/OPAS; 2007. Publicación científica CLAP/SMR 1563. Disponible em: http://.clap.ops-oms.org/web_2005/SIP2007/sip2007.htm.

Gonçalves CV, César JA, Mendoza-Sassi. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(11): 2507-16.

- Gonçalves CV, Dias-da-Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. Rev. Assoc. Med. Bras.[serial on the Internet]. 2009 [cited 2011 Jan 26]; 55(3): 290-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300021&lng=en. doi: 10.1590/S0104-42302009000300021
- Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no Município de Quixadá segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1): 105-11.
- Halpern R, Barros Fc, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. Cad Saúde Pública 1998; 14(3): 487-92.
- Koiffman MD, Bonadio IC. Atenção pré-natal em uma instituição filantrópica do Município de São Paulo: avaliação do processo assistencial. [relatório de pesquisa iniciação científica FAPESP] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.
- Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant 2005, 5(1): s23-s32. ISSN 1519-3829. www.scielo.br acesso em 20/10/2007.
- Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. cap 8. p. 150-68 [citado 2009 ago. 24]. Disponível em: [HTTP://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf)
- Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavallini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cadernos de Saúde Publica 2004; 20: S20-S33.
- Miranda FJS. Assistência pré-natal no município de Araguari-Minas Gerais: estudo de alguns indicadores. [dissertação]. Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2008.
- Moraes EL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. Rev Saúde Publ 2010; 44(4): 667-76.

Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2006 [cited 2009 Sep 25]; 22(1): 173-9. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100018&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2006000100018. acesso em 25/09/2009.

Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Município de Salvador, Bahia, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [serial on the Internet]. 2007 [cited 2011 Jan 26]; 7(2): 191-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000200010&lng=en. doi: 10.1590/S1519-38292007000200010. acesso em 26/01/11.

Novaes HMD. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. [cited 2009 Sep 07]. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000600002&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1996000600002. acesso em 07/09/2009.

Okada MM. Violência doméstica contra a mulher: estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático; 1996. Assistência durante o segundo estágio do parto; p. 25-9.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lineamentos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal em embarazos de bajo riesgo em America Latina y Caribe. Washington, D.C; 2004.

Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [serial on the Internet]. 2008 Mar [cited 2009 Sep 28]; 8(1): 113-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000100013&lng=en. doi: 10.1590/S1519-38292008000100013. acesso em 28/09/2009.

Pathah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev Saúde Publica 2011; 45(1): 185-94.

Pereira PHG, Anton AGS, Vieira Junior WS, Domingues RAD, Melo AL, Farias CS, ET AL. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. *Comum Ciênc Saúde* [periódico da Internet]. 2006 [citado 2010 Abr 14]; 17(2):101-10. Disponível em [HTTP:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)

Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 1990 [cited 2009 Sep 27]; 6(1): 50-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1990000100006. acesso em 27/09/09.

Ribeiro Filho B. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do Município de Manaus – AM. [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2004.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP. Manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Sistema de informações dos municípios paulistas. 2009. Disponível em: www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php acesso em 03/03/11.

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* [serial on the Internet]. 2004 [cited 2009 Sep 08]; 20(5): 1281-9. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500022. acesso em 07/09/2009.

Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil [editorial]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(3): 103-5.

Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2001 [cited 2009 Sep 27]; 17(1): 131-9. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100013&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2001000100013. acesso em 25/09/2009.

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): 383-7.

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.

Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras. Ginecol Obstet 2002; 24(5): 293-9.

Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24 Sup 1:S173-S182.

Ximenes Neto FRG, Leite JL, Fuly PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Rev. bras. enferm. [online]. 2008; 61(5): 595-602. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672008000500011. acesso em 26/01/2011

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO

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 às gestantes e sua função:

() Médico obstetra – função: _____

() Enfermeiro – função _____

() Auxiliar de enfermagem

() Assistente social

() Psicólogo

() Dentista

() Agente comunitário de saúde:

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: _____

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

Quais? _____

e) Quando ocorre o não comparecimento da gestante no dia da consulta agendada que medidas são tomadas? _____

f) Forma de inserção da gestante no serviço de pré-natal: demanda espontânea, por encaminhamento, captação pelo agente comunitário de saúde e outros.

g) 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.

Itens de observação:

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 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)		

b) Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis

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

Observações: _____

APÊNDICE II – FORMULÁRIO DE COLETA

Nº: _____

1 – Número do SisPreNatal: _____ Número do registro: _____.

2- Procedência (bairro de residência): _____.

2a- Abrangência: Não: 0 () Sim: 1 () Outro: 2 ()

A- Dados sócio-demográf.	11 – Etnia	C – Antecedentes Obstétricos e Neonatais
3 - Idade _____	Sem registro 99 ()	19 - Nº de gestações: ()
Sem registro 99 ()	Branca 1 ()	Sem registro 99 ()
4 – Renda < (1) S. M.	Parda 2 ()	20 - Nº de partos: ()
Sem registro 99 ()	Preta 3 ()	Sem registro 99 ()
Não 0 ()	Amarela 4 ()	21 - Nº de abortos: ()
Sim 1 ()	Indígena 5 ()	Sem registro 99 ()
5 – Nível de instrução	B – Antecedentes Pessoais	22 – Tipo de parto anterior:
Sem registro 99 ()	12 – Fuma	Sem registro 99 ()
Analfabeta 1 ()	Sem registro 99 ()	Não se aplica 88 ()
Fundamental 2 ()	Não 0 ()	Vaginais 1 ()
Médio 3 ()	Sim 1 ()	Cesárea 2 ()
Superior 4 ()	13 - Infecção urinária	Fórceps 3 ()
Indeterminado 5 ()	Sem registro- 99 ()	23 – Nº Filhos NV ()
6 - Estado civil/união	Não 0 ()	Sem registro 99 ()
Sem registro 99 ()	Sim 1 ()	Não se aplica 88 ()
Casada/Estável 1 ()	14 - Infertilidade:	24 – Nº Natimorto ()
Solteira/Outros 2 ()	Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()
Indeterminado 3 ()	Não 0 ()	Não se aplica 88 ()
7 – Violência doméstica	Sim 1 ()	25 – Morte Neonatal
Sem registro 99 ()	15 - Diabetes:	Sem registro 99 ()
Não 0 ()	Sem registro 99 ()	Não se aplica 88 ()
Sim 1 ()	Não 0 ()	1ª semana 1 ()
8 - Alterações emocionais	Sim 1 ()	Após a 1ª semana 2 ()
Sem registro 99 ()	16 - Hipertensão crônica: Sem registro 99 ()	26– Data último parto: __/__/__
Não 0 ()	Não 0 ()	Sem registro 99 ()
Sim 1 ()	Sim 1 ()	Não se aplica 88 ()
9 – Dependência	17 - Cirurgia pélvica uterina	27 – Peso do RN
Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()
Álcool 1 ()	Não 0 ()	Não se aplica 88 ()
Drogas 2 ()	Sim 1 ()	27a- Menor que 2.500g
10 – Gravidez	18 - Outros	Sem registro 99 ()
Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()	Não 0 ()
Planejada 1 ()	Não 0 ()	Sim 1 ()
Aceita 2 ()	Sim 1 ()	27b- Maior que 4.000g
Indesejada 3 ()		Sem registro 99 ()
		Não 0 ()
		Sim 1 ()

APÊNDICE II - Formulário de Coleta – continuação

D – Gestação Atual	35 - Pressão arterial	44 – Glicemia de jejum
28 – Idade gestacional do início do pré-natal	Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()
Sem registro 99 ()	Realizado 1 ()	Não 0 ()
IG ()	Parcial 2 ()	Sim 1 ()
29 – Nº consultas ()	Insuficiente 3 ()	45 – Glicemia Jejum 30ª sem
Sem registro 99 ()	36 – Edema	Sem registro 99 ()
30 – Nº Consultas Trimestre	Sem registro 99 ()	Não 0 ()
30a- 1º trimestre ()	Realizado 1 ()	Sim 1 ()
30b- 2º trimestre ()	Parcial 2 ()	46 – VDRL
30c- 3º trimestre ()	Insuficiente 3 ()	Sem registro 99 ()
31 – Intervalo entre consultas	37 – Altura uterina	Não 0 ()
31a- 1ª - 2ª ()	Sem registro 99 ()	Sim 1 ()
31b- 2ª - 3ª ()	Realizado 1 ()	47 – VDRL 30ª sem
31c- 3ª - 4ª ()	Parcial 2 ()	Sem registro 99 ()
31d- 4ª - 5ª ()	Insuficiente 3 ()	Não 0 ()
31e- 5ª - 6ª ()	38 – Ausculta/Mov fetal	Sim 1 ()
31f- 6ª - 7ª ()	Sem registro 99 ()	48 – Anti-HIV
31g- 7ª - 8ª ()	Realizado 1 ()	Sem registro 99 ()
31h- 8ª - 9ª ()	Parcial 2 ()	Não 0 ()
31i- 9ª - 10ª ()	Insuficiente 3 ()	Sim 1 ()
31j10ª - 11ª ()	39 – Idade gestacional	49 – Anti-HIV 30ª sem
31k11ª - 12ª ()	Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()
31l 12ª – 13ª ()	Realizado 1 ()	Não 0 ()
32 – Imunização	Parcial 2 ()	Sim 1 ()
Sem registro 99 ()	Insuficiente 3 ()	50 – Hepatite B
Imune 1 ()	40 – Apresentação fetal	Sem registro 99 ()
Imunizada 2 ()	Sem registro 99 ()	Não 0 ()
Reforço 3 ()	Realizado 1 ()	Sim 1 ()
Incompleto 4 ()	Parcial 2 ()	51 – Hepatite B 30ª sem
Outro 5 ()	Insuficiente 3 ()	Sem registro 99 ()
E – Proced. realizados	F – Realização de exames	Não 0 ()
33 – Peso	41 – Sistema ABO/Rh	Sim 1 ()
Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()	52 – Toxoplasmose
Realizado 1 ()	Não 0 ()	Sem registro 99 ()
Parcial 2 ()	Sim 1 ()	Não 0 ()
Insuficiente 3 ()	42 – Hb/Ht	Sim 1 ()
34 – Preench. do gráfico	Sem registro 99 ()	53 – Toxo 30ª sem
Sem registro 99 ()	Não 0 ()	Sem registro 99 ()
Realizado 1 ()	Sim 1 ()	Não 0 ()
Parcial 2 ()	43 – Hb/Ht 30ª sem	Sim 1 ()
Insuficiente 3 ()	Sem registro 99 ()	
	Não 0 ()	
	Sim 1 ()	

APÊNDICE II - Formulário de Coleta – continuação

54 – Urina tipo I	H – Desfecho:	I – Consulta de puerpério
Sem registro 99 ()	60 – Idade Gestacional no parto/aborto: ()	66 - Consulta Puerperal
Não 0 ()	61 – Tipo de parto:	Sem registro 99 ()
Sim 1 ()	Sem registro 99 ()	Não 0 ()
55 – Urina tipo I 30ª sem	Normal 1 ()	Sim 1 ()
Sem registro 99 ()	Cesárea 2 ()	67 - Tempo pós-parto/aborto:
Não 0 ()	Fórceps 3 ()	()
Sim 1 ()	62 – Morte materna	Sem registro 99 ()
56 - Papanicolaou	Não 0 ()	68 – Registro exame físico
Sem registro 99 ()	Sim 1 ()	Sem registro 99 ()
Não 0 ()	62a – Se sim, quando	Não 0 ()
Sim 1 ()	Sem registro 99 ()	Sim 1 ()
57 – Exame odontológico	Gravidez 1 ()	69 – Queixas referidas
Sem registro 99 ()	Parto 2 ()	Sem registro 99 ()
Não 0 ()	Puerpério 3 ()	Não 0 ()
Sim 1 ()	63 – Peso do RN: ()g	Sim 1 ()
G – Intercor. na gestação	64 – Morte fetal	70 - Registros intercorrências
58 – Hospitalização	Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()
Sem registro 99 ()	Não 0 ()	Não 0 ()
Não 0 ()	Sim 1 ()	Sim 1 ()
Sim 1 ()	65 – Morte Neo Desfecho	71 - Registros orientações
59 - Encaminhamento Casa gestante/Outro	Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()
Sem registro 99 ()	Não 0 ()	Não 0 ()
Não 0 ()	Sim 1 ()	Sim 1 ()
Sim 1 ()	65a – Se sim, quando	72 - Contracepção
	Sem registro 99 ()	Sem registro 99 ()
	Parto 1 ()	Não 0 ()
	Pós-parto 2 ()	Sim 1 ()

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Cláudia Valéria Chagas de Siqueira, enfermeira obstetra, aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP (EEUSP) estou realizando a pesquisa intitulada “Análise da assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Santos” sob orientação da Profª Drª Maria Alice Tsunechiro, para fins de obtenção do título de Mestre em Ciências.

O objetivo do estudo é analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes inscritas no Programa de Pré-Natal na Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube (UBS-RC) do município de Santos. 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 sua 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.

Esclareço que sua participação será voluntária, sem ônus e nem riscos. Seu nome será mantido em sigilo, sendo assegurado o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo a sua pessoa, bem como se recusar a responder a qualquer uma das perguntas.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa poderá ser esclarecida durante a entrevista com a pesquisadora ou por meio dos telefones (13) 8131-1110 ou, ainda, pela orientadora por meio dos telefones (11) 3061-7602 ou Fax (11) 3061-7615 ou ainda pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP pelo telefone (11) 3061 7548.

Este documento possui duas vias, uma permanecerá em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

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 - TCRP

TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

I – Identificação da Instituição campo da pesquisa

Nome da Instituição: Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube, Santos, SP.

II – Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: “Análise da assistência Pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Santos”

Pesquisadora: Cláudia Valéria Chagas de Siqueira – N° USP 6560517 e COREN SP 66023.

Função: Aluna do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Pesquisadora/Orientadora: Maria Alice Tsunechiro – N° USP 37022 e COREN SP 4854.

Cargo/Função: Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

III – Esclarecimentos sobre a pesquisa

O presente estudo tem como objetivo analisar a atenção pré-natal oferecida às gestantes inscritas em um programa de pré-natal do município de Santos. 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 pela UBS e de prontuários de pré-natal e da ficha perinatal de gestantes matriculadas no serviço no ano de 2009 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 2010.

Claudia Valéria Chagas de Siqueira

Maria Alice Tsunechiro –
Orientadora

De acordo: _____
Assessora Pedagógica da Coordenadoria de Formação Continuada

Telefones para contato:

Maria Alice Tsunechiro – (11) 3061 7602 e Fax: (11) 3061 7615

Cláudia Valéria Chagas de Siqueira – (13) 8131-1110

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – (11) 3061 7548.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ORDENADORIA DE SAÚDE DA MULHER

ANEXO

FICHA PERINATAL

UNIDADE

NÚMERO 1
SISPRENATAL

Nº PRONTUÁRIO

Nome:

Raça/Cor

IDADE (Anos)

Menor de 18

Maiores de 35

Data de Nascimento

Renda < (1) S.M.

NÃO

SIM

NÍVEL DE INSTRUÇÃO

Analf.

Médio

Fund.

Superior

ESTADO CÍVIL/UNIÃO

Casada/Estável

Solteira/Outros

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

NÃO

SIM

ALTS. EMOCIONAIS

NÃO

SIM

DEPENDÊNCIA

Álcool

SIM

Drogas

SIM

GRAVIDEZ É

PLANEJADA

ACEITA

INDESEJADA

ANTECEDENTES

FAMILIARES

Diabetes

H. Arterial

Gemelares

Outros

PESSOAIS

Infecção Urinária

Infertilidade

Diabetes

Hpert. Crônica

Cinur. Pélv. Uterina

Outros

OBSTÉTRICOS

ABORTOS

GESTAS

PARTO

VAGINAIS

CESÁRIAS

Nasc. Vivos

Nasc. Mortos

VIVERAM

MORRERAM 1 SEMANA

MORRERAM DEPOIS 1 SEM.

ALGUM RECÉM NASCIDO PESOU MENOS DE 2.500 G

ALGUM RECÉM NASCIDO PESOU MAIS DE 4.000 G

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GRAVIDEZ

MÊS

ANO

VACINA CONTRA TÉTANO

Imune

Reforço

1ª Dose

2ª Dose

3ª Dose

FUMA

NÃO

SIM

QUANTAS AO DIA

GRUPO SANG.

Rh

SENSIB.

NÃO

SIM

DIA

MÊS

ANO

DÚVIDAS

SIM

NÃO

ENCAMINHAMENTOS PARA CASA DA GESTANTE

NÃO

SIM

1ª

DIA

MÊS

ANO

EX. CLÍNICO NORMAL

SIM

NÃO

EX. ODONTOL. NORMAL

SIM

NÃO

EX. MAMAS NORMAL

SIM

NÃO

PAPANICOLAU NORMAL

SIM

NÃO

EX. CÉRVIX NORMAL

SIM

NÃO

PÉLVIS NORMAL

SIM

NÃO

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ

NÃO

SIM

DIAS

2ª

3ª

4ª

DIA

MÊS

CONSULTA Nº

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

DATA

SEMANAS DE AMENORRÉIA

PESO / EDEMA

PRESSÃO ARTERIAL

ALT. UTERINA (cm)

APRESENTAÇÃO

BCF/MOV. FETAIS

OBSERVAÇÕES:

USG

USG

I.G..

ERRO DE DATA

PLAC.

OBS.

USG

I.G..

PLAC.

L.A

APRES.

EXAMES

GS

Rh

Hb / ht

VDRL

URINA I

GLICEMIA

ANTI-HIV

RUBÉOLA

OUTROS EXAMES

HBs Ag

ANTI - Hbc Total

ANTI HCV

TOXOPLASMOSE

PP FEZES

OUTROS

GESTACÃO MÚTLPA

HIPERTENSÃO PRÉVIA

Pré-ECLÂMPSIA

ECLÂMPSIA

CARDIOPATIA

DIABETES

INFECÇÃO URINÁRIA

OUTRAS INFECÇÕES

RISCO DE PREMATURIDADE

ANEMIA CRÔNICA

DESPROP. CEF. PELV.

HEMORRAGIA 1º TRIMEST.

HEMORRAGIA 2º/3º TRIMEST.

PARASITORES

ROTURA PREMAT. MEMBR.

INFECÇÃO PUERPERAL

HEMORRAGIA PUERPERAL

OUTRA

NENHUMA

DATA DO CADASTRO / SOLICITAÇÃO EXAMES

PRÉ-NATALISTA

ANEXO II – FICHA PERINATAL

(verso)

GRÁFICOS DE AVALIAÇÃO MATERNO-FETAL																																												
<p style="text-align: center;">Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante</p> <p style="text-align: center;">SEMANTAS DE GESTAÇÃO</p> <p style="text-align: center;">BP - Baixo peso A - adequado S - sobrepeso O - obesidade</p>					<p style="text-align: center;">CURVA ALTURA UTERINA / IDADE GESTACIONAL</p> <p style="text-align: center;">Cm (ALTURA UTERINA)</p> <p style="text-align: center;">SEMANTAS DE GESTAÇÃO</p>																																							
<p style="text-align: center;">GESTAÇÃO ATUAL</p> <p>Peso Anterior <input type="text"/> Kg Altura (cm) <input type="text"/></p>					<p style="text-align: center;">GANCHO PONDERAL NA GESTAÇÃO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1º TRIM ADEQUADO ☐ EXCESSO ☐ INSUFICIENTE ☐</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">2º TRIM MUDANÇA P/AD. ☐ MANTÉM EXC. ☐ MANTÉM INS. ☐</td> </tr> </table>					1º TRIM ADEQUADO ☐ EXCESSO ☐ INSUFICIENTE ☐	2º TRIM MUDANÇA P/AD. ☐ MANTÉM EXC. ☐ MANTÉM INS. ☐																																	
1º TRIM ADEQUADO ☐ EXCESSO ☐ INSUFICIENTE ☐	2º TRIM MUDANÇA P/AD. ☐ MANTÉM EXC. ☐ MANTÉM INS. ☐																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">IDADE GESTAÇÃO</td> <td style="width: 15%;">INÍCIO</td> <td style="width: 15%;">TÉRMINO</td> <td style="width: 15%;">NÍVEL DE ASSISTÊNCIA</td> <td style="width: 15%;">MORTE FETAL</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> SEMANAS</td> <td>☐ ESPONTÂNEO</td> <td>☐ NORMAL</td> <td>☐ HOSP.</td> <td>☐ NÃO</td> </tr> <tr> <td>☐ < DE 37 S.</td> <td>☐ INDUZIDO</td> <td>☐ FÓRCEPS</td> <td>☐ DOMIC.</td> <td>☐ SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">INDICAÇÃO</td> </tr> </table>										IDADE GESTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	NÍVEL DE ASSISTÊNCIA	MORTE FETAL	<input type="text"/> SEMANAS	☐ ESPONTÂNEO	☐ NORMAL	☐ HOSP.	☐ NÃO	☐ < DE 37 S.	☐ INDUZIDO	☐ FÓRCEPS	☐ DOMIC.	☐ SIM	INDICAÇÃO																			
IDADE GESTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	NÍVEL DE ASSISTÊNCIA	MORTE FETAL																																								
<input type="text"/> SEMANAS	☐ ESPONTÂNEO	☐ NORMAL	☐ HOSP.	☐ NÃO																																								
☐ < DE 37 S.	☐ INDUZIDO	☐ FÓRCEPS	☐ DOMIC.	☐ SIM																																								
INDICAÇÃO																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">PARTO</td> <td style="width: 15%;">DEQUIT. ESPONTÂNEO</td> <td style="width: 15%;">ATENDEU: MÉDICO ENF. OUTRO</td> <td style="width: 15%;">ALTA MATERNA</td> <td style="width: 15%;">OBITO MATERNO</td> </tr> <tr> <td>☐ SIM ☐ NÃO</td> <td>☐ SIM ☐ NÃO</td> <td>PARTO: ☐ ☐ ☐</td> <td>☐ SADIA</td> <td>☐ GRAVIDEZ</td> </tr> <tr> <td>LACERAÇÃO</td> <td>PLACENTA COMPLETA</td> <td>NEONATO: ☐ ☐ ☐</td> <td>☐ TRANSF.</td> <td>☐ PARTO</td> </tr> <tr> <td>☐ SIM ☐ NÃO</td> <td>☐ SIM ☐ NÃO</td> <td></td> <td>☐ C/ PATOL.</td> <td>☐ PUERPÉR</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">MOMENTO EM QUE OCORREU</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">☐ GEST. ☐ PARTO</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">☐ MOMENTO IGNORADO</td> </tr> </table>										PARTO	DEQUIT. ESPONTÂNEO	ATENDEU: MÉDICO ENF. OUTRO	ALTA MATERNA	OBITO MATERNO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	PARTO: ☐ ☐ ☐	☐ SADIA	☐ GRAVIDEZ	LACERAÇÃO	PLACENTA COMPLETA	NEONATO: ☐ ☐ ☐	☐ TRANSF.	☐ PARTO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO		☐ C/ PATOL.	☐ PUERPÉR	MOMENTO EM QUE OCORREU					☐ GEST. ☐ PARTO					☐ MOMENTO IGNORADO				
PARTO	DEQUIT. ESPONTÂNEO	ATENDEU: MÉDICO ENF. OUTRO	ALTA MATERNA	OBITO MATERNO																																								
☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	PARTO: ☐ ☐ ☐	☐ SADIA	☐ GRAVIDEZ																																								
LACERAÇÃO	PLACENTA COMPLETA	NEONATO: ☐ ☐ ☐	☐ TRANSF.	☐ PARTO																																								
☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO		☐ C/ PATOL.	☐ PUERPÉR																																								
MOMENTO EM QUE OCORREU																																												
☐ GEST. ☐ PARTO																																												
☐ MOMENTO IGNORADO																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">RECÉM-NASCIDO</td> <td style="width: 15%;">PESO AO NASCER</td> <td style="width: 15%;">IDADE POR EX. FÍSICO</td> <td style="width: 15%;">PESO / I.G.</td> <td style="width: 15%;">EX. FÍSICO</td> <td style="width: 15%;">RN C/A MÃE</td> <td style="width: 15%;">ALIMENTAÇÃO</td> <td style="width: 15%;">RN NO PROGRAMA DE RN DE RISCO</td> </tr> <tr> <td>SEXO</td> <td>APGAR (MIN.)</td> <td>REANIMAÇÃO</td> <td>SEM</td> <td>ADEQ.</td> <td>SIM</td> <td>MATERNA</td> <td>NÃO</td> </tr> <tr> <td>FEM. ☐</td> <td>1º 5º</td> <td>☐ SIM</td> <td>☐ SEM</td> <td>PEQUEN.</td> <td>☐ NÃO</td> <td>MISTA</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td>MASC. ☐</td> <td>6 ou menor</td> <td>☐ NÃO</td> <td>MENOR DE 2.500G</td> <td>GRANDE</td> <td></td> <td>ARTIF.</td> <td></td> </tr> </table>										RECÉM-NASCIDO	PESO AO NASCER	IDADE POR EX. FÍSICO	PESO / I.G.	EX. FÍSICO	RN C/A MÃE	ALIMENTAÇÃO	RN NO PROGRAMA DE RN DE RISCO	SEXO	APGAR (MIN.)	REANIMAÇÃO	SEM	ADEQ.	SIM	MATERNA	NÃO	FEM. ☐	1º 5º	☐ SIM	☐ SEM	PEQUEN.	☐ NÃO	MISTA	SIM	MASC. ☐	6 ou menor	☐ NÃO	MENOR DE 2.500G	GRANDE		ARTIF.				
RECÉM-NASCIDO	PESO AO NASCER	IDADE POR EX. FÍSICO	PESO / I.G.	EX. FÍSICO	RN C/A MÃE	ALIMENTAÇÃO	RN NO PROGRAMA DE RN DE RISCO																																					
SEXO	APGAR (MIN.)	REANIMAÇÃO	SEM	ADEQ.	SIM	MATERNA	NÃO																																					
FEM. ☐	1º 5º	☐ SIM	☐ SEM	PEQUEN.	☐ NÃO	MISTA	SIM																																					
MASC. ☐	6 ou menor	☐ NÃO	MENOR DE 2.500G	GRANDE		ARTIF.																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">CONSULTA DE PUERPÉRIO</td> <td style="width: 20%;">DATA</td> <td style="width: 20%;">QUEIXA</td> <td style="width: 20%;">MMII</td> </tr> <tr> <td>EX. FÍSICO NORMAL ☐</td> <td>ALTER. ☐</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MUCOSAS DESC. ☐</td> <td>MAMAS NORMAIS ☐</td> <td>ALTER. ☐</td> <td>ABDOME ☐</td> </tr> <tr> <td>PERÍNEO NORMAL ☐</td> <td>ALTER. ☐</td> <td>COLO UTERINO ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOQUE VAGINAL NORMAL ☐</td> <td>ALTER. ☐</td> <td>CIT. ONC. COLHIDA ☐</td> <td>SIM ☐ NÃO ☐</td> </tr> </table>										CONSULTA DE PUERPÉRIO	DATA	QUEIXA	MMII	EX. FÍSICO NORMAL ☐	ALTER. ☐			MUCOSAS DESC. ☐	MAMAS NORMAIS ☐	ALTER. ☐	ABDOME ☐	PERÍNEO NORMAL ☐	ALTER. ☐	COLO UTERINO ☐		TOQUE VAGINAL NORMAL ☐	ALTER. ☐	CIT. ONC. COLHIDA ☐	SIM ☐ NÃO ☐															
CONSULTA DE PUERPÉRIO	DATA	QUEIXA	MMII																																									
EX. FÍSICO NORMAL ☐	ALTER. ☐																																											
MUCOSAS DESC. ☐	MAMAS NORMAIS ☐	ALTER. ☐	ABDOME ☐																																									
PERÍNEO NORMAL ☐	ALTER. ☐	COLO UTERINO ☐																																										
TOQUE VAGINAL NORMAL ☐	ALTER. ☐	CIT. ONC. COLHIDA ☐	SIM ☐ NÃO ☐																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">ORIENTAÇÕES:</td> <td style="width: 40%;">CONTRACEPÇÃO</td> </tr> <tr> <td>EXAMES:</td> <td>☐ DIAFRAG. ☐ NENHUM</td> </tr> <tr> <td>TRATAMENTO:</td> <td>☐ CONDON ☐ DIU</td> </tr> <tr> <td>RETORNO ☐ DATA ____/____/____</td> <td>☐ CONTR. ORAL ☐ RÍTIMO</td> </tr> <tr> <td>ENCAMINHAMENTO ☐ ASS. ____</td> <td>☐ ESTERILIZ. ☐ OUTRO</td> </tr> </table>										ORIENTAÇÕES:	CONTRACEPÇÃO	EXAMES:	☐ DIAFRAG. ☐ NENHUM	TRATAMENTO:	☐ CONDON ☐ DIU	RETORNO ☐ DATA ____/____/____	☐ CONTR. ORAL ☐ RÍTIMO	ENCAMINHAMENTO ☐ ASS. ____	☐ ESTERILIZ. ☐ OUTRO																									
ORIENTAÇÕES:	CONTRACEPÇÃO																																											
EXAMES:	☐ DIAFRAG. ☐ NENHUM																																											
TRATAMENTO:	☐ CONDON ☐ DIU																																											
RETORNO ☐ DATA ____/____/____	☐ CONTR. ORAL ☐ RÍTIMO																																											
ENCAMINHAMENTO ☐ ASS. ____	☐ ESTERILIZ. ☐ OUTRO																																											

ANEXO II – PARECER CEP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de março 2010.

Ilm.^a Sr.^a

Claúdia Valéria Chagas de Siqueira

Ref.: Processo nº 894/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Análise da Assistência Pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Santos**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo