



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



MARILDETE MARTINS MORAIS

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE GOIÁS**

Goiânia-Goiás

Março de 2013



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE GOIÁS

MARILDETE MARTINS MORAIS

Orientadora: Profª Drª Vanessa da Silva Carvalho Vila

Coorientadora: Profª Drª Flávia Melo Rodrigues

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde

Goiânia-Goiás

Março de 2013

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.

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca Central da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás

Morais, Marildete Martins.

M827a Avaliação da atenção pré-natal da estratégia saúde da família no município de Santa Helena de Goiás [manuscrito] / Marildete Martins Moraes. – 2013.

149 f. ; il. ; grafs. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2013.

“Orientadora: Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila”.

1. Cuidado pré-natal – Santa Helena de Goiás (Goiás). 2. Saúde materna. I. Título.

CDU: 618.2-82(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 08 DE MARÇO DE 2013 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) 

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Presidente/Orientadora)

2) 

Profa. Dra. Flávia Melo Rodrigues / UFG (Co-Orientadora)

3) 

Profa. Dra. Maria Eliane Légio Matão / PUC Goiás (Membro)

4) 

Profa. Dra. Ana Luiza Lima Sousa / UFG (Membro Externo)

5)

Profa. Dra. Lícia Maria Oliveira Pinho / PUC Goiás (Suplente)

Ao meu esposo,
Ney Domingos de Moraes
(obstetra por formação e paixão),
como contribuição à sua busca diária pela
qualidade da atenção obstétrica
no Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me permitido oportunidades de “aprender a aprender” ao longo de toda minha vida.

À Professora Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila, minha orientadora, que, com sua competência, conhecimento e paciência, conduziu-me na construção deste trabalho, aparando arestas e indicando caminhos. Agradeço seu apoio e estímulo nos momentos difíceis - presentes inestimáveis que recebi em todas as etapas deste trabalho.

À Professora Dr^a Flávia Melo Rodrigues, coorientadora, pela contribuição, incentivo e apoio na elaboração deste trabalho. Muito obrigada.

À Professora Dr^a Maria Eliane Liégio Matão, pelas valiosas contribuições.

À Professora Dr^a Ana Luiza Lima Sousa, pela amizade de tantos anos, que se traduziu em apoio, estímulo, colaboração e compartilhamento de tempo e conhecimento, desde a manifestação do desejo à concretização deste trabalho. Muito obrigada.

Aos Gestores Municipais de Santa Helena de Goiás, pela permissão e oportunidade de realização deste trabalho. Sem esse apoio tudo seria mais difícil.

Aos funcionários e colegas do Hospital Municipal e das Unidades Saúde da Família, pela colaboração e atenção durante a coleta de dados.

Aos colegas do NASF, pela amizade, apoio, compreensão, colaboração e incentivos durante esses dois anos.

Às mulheres que gentilmente aceitaram participar deste estudo, compartilhando comigo informações sobre um evento tão especial em suas vidas. Meus sinceros agradecimentos a todas, isso me fez sentir especial também.

À minha irmã Elemárcia, pelo incentivo, apoio e auxílio nas leituras infundáveis e correções deste trabalho. Obrigada, maninha, pelo colo e “ouvido carinhoso”.

E, em especial, ao meu esposo (Ney) e filhos (Ney Rafael, Bruno e Ivy), minha gratidão por terem suportado minhas limitações de tempo, paciência e humor, sem nunca deixarem de dizer palavras de incentivo (mesmo quando se sentiram abandonados). Foram vocês que me trouxeram até aqui.

***"Apenas quando somos instruídos pela realidade
é que podemos mudá-la".***

Berthold Brecht

RESUMO

MORAIS, M. M. **Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no Município de Santa Helena de Goiás.** 2012. 149f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

Estudo de corte transversal descritivo, que avaliou a atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no Município de Santa Helena de Goiás, com utilização de indicadores de estrutura, processo e resultados, tendo como referência os critérios e recomendações estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Os dados foram coletados em entrevistas estruturadas com 85 puérperas internadas no Hospital Municipal de Santa Helena, no período de janeiro a abril de 2012, e em registros de prontuários clínicos e cartões de gestantes. Para avaliação da estrutura, utilizou-se de instrumento específico, com base nos requisitos mínimos para o atendimento pré-natal. Para avaliação do processo, os resultados foram categorizados em quatro níveis de adequação, obedecendo a uma sequência somativa, em que o Nível 1 corresponde ao Índice de Kessner, modificado por Coutinho; no Nível 2 acrescentaram-se os procedimentos clínicos obstétricos; no Nível 3 foram somados os exames laboratoriais complementares; e, no Nível 4, somou-se a realização da consulta puerperal. Para avaliação dos resultados da atenção, foram utilizados como indicadores a proporção de baixo peso e de prematuridade ao nascer. Os resultados mostraram ser a estrutura das unidades satisfatória para a implementação da assistência pré-natal com qualidade. Os perfis sociodemográfico, econômico e obstétrico da amostra identificaram um grupo composto por mulheres jovens (média de 23,2 anos), pardas (42,4%), com 5 a 9 anos de estudos (42,4%), com companheiros fixos (82,4%), eles os principais provedores, com renda mensal familiar entre 1 e 3 salários mínimos; a maioria, multigestas (56,5%), com baixo risco gestacional (43,5%), apresentaram médias de início do pré-natal com 12,4 semanas de gestação e 7,4 consultas; 71,8% das gestações foram encerradas por partos vaginais. Em relação ao processo assistencial, observou-se 70,6% de adequação para o Nível 1, e nenhuma adequação para os demais níveis propostos. A inadequação apresentou-se de forma abrupta a partir do Nível 2, com 88,2%, e 98,5% nos Níveis 3 e 4. Quanto aos indicadores de resultados, encontrou-se 7,0% dos recém-nascidos com baixo peso e 8,2% prematuros, valores considerados aceitáveis pela OMS. A avaliação global indica a necessidade urgente de qualificação dos profissionais para otimização dos recursos disponíveis, desempenho adequado das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, assim como sensibilização sobre a importância de seus registros, tanto como documentação da atenção oferecida quanto como indicadores de qualidade.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Saúde Materna. Avaliação de Programa. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

MORAIS, M. M. **Prenatal care evaluation in Family Health Program in the city of Santa Helena de Goiás.** 2012. 149p. Thesis (Master of Environmental Science and Health) – Catholic University of Goiás, Goiania, 2013.

A descriptive cross-sectional study, that evaluated the prenatal care offered at the Family Health Program in the city of Santa Helena de Goiás, using structure, process and results indicators, having as reference the recommendations and criteria established by the Humanization of Prenatal and Birth Program guidelines. The data was collected with structured interviews of 85 puerperal women hospitalized at Santa Helena's Municipal Hospital, from January to April 2012, and from searches of medical records and clinical pregnancy cards. To evaluate the structure it was used an specific instrument based on the minimum requirements for prenatal care. To evaluate the process, the results found were classified in four levels of adequacy following a summative sequence, where the Level 1 is the Kessner Index modified by Coutinho; at Level 2 were added the clinical obstetric procedures; at Level 3 were added the complimentary laboratorial exams; and, at Level 4, were added the realization of the puerperal consultation. To evaluate the care results the incidence of low birth weight and preterm birth indicators were analyzed. The results indicated that the units structure was satisfactory for the development of quality prenatal care. The sample sociodemographic, economic and obstetric profiles showed a group of young women (23.2 years average), of mixed race (42.4%), with 5-9 years of studying (42.4%), living with fixed companions (82.4%), this being the main provider, with monthly income between 1 to 3 minimum wages, most are multigravidae (56.5%), with low gestational risk (43.5%), having showed averages of first visit at 12.4 weeks of gestational age and 7.4 consultations; 71.8% of pregnancies ended by vaginal delivery with 98.8% of live births, predominantly in full-term (91.8%) and normal weight (59.3%). Regarding the care process was observed adequacy of 70.6% over Level 1 and no adequacy over the other proposed levels, the inadequacy was abruptly presented starting from Level 2 with 88.2% and 98.5% at Levels 3 and 4. As for the outcome indicators, they showed a 7.0% incidence of newborns with low birth weight and 8.2% of prematurity, values considered acceptable by the WHO. The overall assessment indicates an urgent need for professionals' qualification for the optimization of available resources, adequate performances of the actions recommended by the Ministry of Health, as well as to alert for the importance of their records, both as documentation of care provided and as indicators of quality.

Keywords: Prenatal Care. Maternal Health. Program Evaluation. Assessment of the Quality of Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo de Redes de Atenção à Saúde no SUS.....	28
Figura 2 -	Diagrama da seleção da amostra	36
Figura 3 -	Fluxograma da coleta de dados	39
Figura 4 -	Mapa urbano do Município de Santa Helena de Goiás com distribuição das áreas de domínio e adscrição das USF	48
Figura 5 -	Classificação global da estrutura das Unidades Saúde da Família. Santa Helena de Goiás, 2012	49
Figura 6 -	Forma de acesso a medicamentos durante o pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012	57
Figura 7 -	Adequação da atenção pré-natal considerando os quatro níveis de qualidade, conforme registros dos prontuários clínicos das participantes. Santa Helena de Goiás, 2012	82
Figura 8 -	Nível de satisfação das mulheres quanto à atenção pré-natal recebida. Santa Helena de Goiás, 2012	83
Quadro 1 -	Níveis de complexidade da adequação do processo da atenção pré-natal, critérios de avaliação e grau de adequação	44
Quadro 2 -	Descrição dos Indicadores de Resultados segundo o PHPN ..	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição do número e proporção das mulheres, conforme local de atendimento pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012..	47
Tabela 2 -	Classificação da estrutura das unidades, considerando os recursos para a atenção pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012	49
Tabela 3 -	Características do atendimento pré-natal, Santa Helena de Goiás, 2012	52
Tabela 4 -	Percepção das mulheres quanto às consultas pré-natais. Santa Helena de Goiás, 2012	54
Tabela 5 -	Distribuição do número e proporção das mulheres conforme características sociodemográficas. Santa Helena de Goiás, 2012	60
Tabela 6 -	Distribuição do número e proporção das mulheres conforme características socioeconômicas. Santa Helena de Goiás, 2012	63
Tabela 7 -	Distribuição do número e proporção das mulheres conforme antecedentes obstétricos. Santa Helena de Goiás, 2012	64
Tabela 8 -	Distribuição do número e proporção das mulheres, conforme características da história obstétrica atual. Santa Helena de Goiás, 2012	65
Tabela 9 -	Distribuição do número e proporção das mulheres segundo riscos comportamentais associados à gestação atual. Santa Helena de Goiás, 2012	66
Tabela 10 -	Distribuição das intercorrências clínicas associadas à hospitalização no curso da gestação atual, segundo relato das mulheres. Santa Helena de Goiás, 2012	68
Tabela 11 -	Distribuição das intercorrências clínicas associadas à gestação atual segundo registro nos prontuários clínicos das USF. Santa Helena de Goiás, 2012	69

Tabela 12 - Distribuição da média e desvio padrão da idade gestacional na primeira consulta e média de consultas realizadas por trimestre. Santa Helena de Goiás, 2012	70
Tabela 13 - Utilização da atenção pré-natal segundo registros do cartões de gestantes e prontuários clínicos. Santa Helena de Goiás, 2012	71
Tabela 14 - Análise descritiva e comparativa dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012	73
Tabela 15 - Proporção de preenchimento das curvas de PM x IG e AU x IG conforme registros no cartão da gestante (n=85). Santa Helena de Goiás, 2012	74
Tabela 16 - Distribuição da frequência das orientações recebidas em atividades de educação em saúde em grupo ou em consultas individuais segundo relato das mulheres. Santa Helena de Goiás, 2012	75
Tabela 17 - Análise descritiva e comparativa dos exames complementares realizados durante a atenção pré-natal, conforme registros no cartão da gestante e prontuários clínicos. Santa Helena de Goiás, 2012	78
Tabela 18 - Distribuição do número e proporção das mulheres considerando a realização da consulta puerperal. Santa Helena de Goiás, 2012	79
Tabela 19 - Comparação da adequação da atenção segundo registros dos cartões das gestantes e prontuários clínicos. Santa Helena de Goiás, 2012	81
Tabela 20 - Distribuição do número e proporção dos recém-nascidos segundo características neonatais. Santa Helena de Goiás, 2012	84
Tabela 21 - Distribuição do número e proporção dos recém-nascidos segundo condições ao nascer. Santa Helena de Goiás, 2012..	86
Tabela 22 - Indicadores de resultados da atenção pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012.....	87

LISTA DE SIGLAS

ABO-Rh	Classificação do tipo sanguíneo A, B, AB ou O e fator Rh
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Apresentação fetal
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária a Saúde
AU	Altura Uterina
BCF	Batimentos Cardíacos do Feto
BPN	Baixo peso ao nascer
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CID 10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão
DATASUS	Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DMG	<i>Diabetes Mellitus</i> Gestacional
DUM	Data da última menstruação
EAS	Exame simples de Urina.
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMSH	Hospital Municipal de Santa Helena de Goiás
Ht/Hb	Hematócrito/Hemoglobina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAHO	Pan American Health Organization
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PIN	Peso insuficiente ao nascer
PM	Peso Materno
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SES-GO	Secretaria de Estado da Saúde – Goiás
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal e Puerpério
SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
URM	Unidade de Referência Médica
USF	Unidade Saúde da Família
VAT	Vacina antitetânica
VDRL	Veneral Disease Research Laborato
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 Políticas Públicas	23
3.2 Avaliação da qualidade da atenção pré-natal	30
4 MATERIAL E MÉTODO	35
4.1 Tipo do estudo.....	35
4.2 Local do estudo	35
4.3 Participantes do estudo.....	36
4.4 Considerações éticas	37
4.5 Coleta de dados.....	38
4.5.1 Instrumentos de coleta de dados	39
4.6 Tratamento e análise dos dados.....	41
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
5.1 A estrutura	46
5.1.1 Organização da atenção pré-natal da rede de assistência à saúde local	46
5.1.2 Descrição e avaliação da estrutura	48
5.2 O processo da atenção pré-natal	59
5.2.1 Características sociodemográficas e econômicas das participantes.....	59
5.2.2 Características obstétricas	64
5.2.3 Características do processo da atenção pré-natal	70
5.2.4 Adequação do processo da atenção pré-natal	80
5.3 Avaliação dos resultados da atenção pré-natal	83
6 CONCLUSÃO	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	109
ANEXO	148

1 INTRODUÇÃO

No ano 2000, 191 nações integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), entre elas o Brasil, ao analisar os maiores problemas do mundo, estabeleceram oito grandes objetivos para o desenvolvimento humano, denominados Objetivos do Milênio, a serem alcançados até 2015. Entre eles está a redução, em três quartos (75%), da razão de mortalidade materna, tendo como referência inicial os índices de 1990 (BRASIL, 2007; LOZANO et al., 2011; UNITED NATIONS, 2000).

Transcorridos dez anos desde que esse compromisso foi assumido, o relatório "*Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*", divulgado recentemente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apontou a ocorrência de aproximadamente 287.000 mortes maternas em todo o mundo em 2010, o que significa uma redução de 47% em relação aos índices de 1990. Os países em desenvolvimento foram responsáveis por cerca de 90% dessas mortes (WHO, 2012).

No Brasil, nesse mesmo período, observou-se a redução do número de mortes maternas de 141 para 68 a cada 100 mil nascimentos, o que representou uma queda de 51% no número de mortes (BRASIL, 2012a). No entanto, é ainda um número quase três vezes maior que o índice de 20 mortes por 100 mil nascimentos, considerado aceitável pela OMS (WHO; UNICEF, 1996).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) aponta a desestruturação familiar, a mortalidade infantil, os menores abandonados e as violências dimensionadas, como os principais prejuízos consequentes à morte materna, o que torna esse fato, um sério problema de saúde pública no Brasil, cujos indicadores mostram que ainda há muito a realizar para que os níveis aceitáveis sejam alcançados (SOUZA, 2011; UNICEF, 2008).

Define-se a morte materna como a morte de uma mulher durante a gravidez ou no período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em virtude de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém, não por causas acidentais ou incidentais (WHO, 1995).

As causas de morte materna podem ser classificadas em indiretas e diretas. As indiretas são aquelas que resultam de doenças preexistentes ou que, não

decorrentes de causas diretas, tenham surgido ou se agravado em função da gravidez, parto ou puerpério. No Brasil, em 2010, corresponderam a 30,7% das mortes maternas. Entre as causas, o grupo com maior frequência foi o das doenças do aparelho circulatório, complicadas pela gestação, parto ou puerpério, responsáveis por 7,6% do total dos óbitos maternos (BRASIL, 2012a).

As diretas resultam de complicações específicas do período gravídico-puerperal, conseqüentes às intervenções, omissões, tratamento incorreto ou sequênciã de eventos originados de qualquer uma dessas situações. Compreenderam 66,7% das mortes maternas declaradas no Brasil, sendo os transtornos hipertensivos (19,7%) e as complicações hemorrágicas (10,9%) as principais causas. Outras causas obstétricas importantes são a infecção puerperal (6,5%) e o aborto (4,6%) (BRASIL, 2012a). Elas refletem a qualidade da atenção prestada à saúde da mulher, e valores elevados estão associados à promoção insatisfatória desses cuidados, como o acompanhamento e monitoramento deficientes do período gravídico-puerperal (BRASIL, 2006a; LAURENTI; JORGE, GOTLIEB, 2004; SOUZA, 2011; TRABULSI et al., 2009).

Evidências apontam a atenção pré-natal como a principal forma de garantir uma evolução segura da gravidez, parto e puerpério, por possibilitar prevenir e detectar alterações, assim como tratá-las de modo precoce, o que reduz os danos e perdas à mãe e ao feto, desde o momento da confirmação diagnóstica até a parturição (CARVALHO, 2002; COUTINHO, 2006; NOGUEIRA, 1987; SOUZA, 2011).

Segundo Rezende e Montenegro (2008), orientar os hábitos de vida, promover atenção psicológica e educação em saúde para lidar com o parto e puerpério são os objetivos básicos da atenção pré-natal. Além disso, o pré-natal é o momento em que ocorre a monitorização da gestação, o tratamento de distúrbios habituais da gravidez, a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de alterações próprias da gestação ou nela intercorrentes.

A atenção dispensada por meio da adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento ao pré-natal, ao parto, puerpério e ao recém-nascido, tem por fim reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2004b; FEBRASGO, 2000).

Em razão de sua importância, a atenção pré-natal é considerada área prioritária na saúde da mulher e constitui-se na primeira linha de ação durante o

período gravídico-puerperal. Pode ser desenvolvida quase que exclusivamente com recursos de baixa complexidade, em nível primário, com predomínio do uso de tecnologias leves e leves-duras, com acolhimento e escuta, capacitação de pessoal e apoio laboratorial. Permite, assim, orientações, diagnósticos precoces e encaminhamentos adequados a cada momento da gestação, visando a integralidade e longitudinalidade no atendimento, com a garantia da qualidade do cuidado (BRASIL, 2006a; MERHY, 2002; OBA; TAVARES, 2000; SABINO, 2007; SIQUEIRA, 2011).

Alguns estudos confirmam a associação da frequência aos serviços de pré-natal ao melhor crescimento intrauterino e a menores taxas de morbimortalidade neonatal, de prematuridade, de baixo peso ao nascer e de morte materna (ALMEIDA; BARROS, 2004; SILVEIRA; SANTOS, 2004).

Machado (2008) ressalta que a assistência pré-natal não previne complicações do parto, mas as intervenções realizadas nesse período favorecem a diminuição de tais complicações.

No Brasil, a rede de atenção pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como porta de entrada as unidades básicas de saúde, e, na maioria dos municípios, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem assumido a responsabilidade de coordenação e ordenação desses serviços (BRASIL, 2012d).

Segundo relatórios do Ministério da Saúde (MS), ocorreu um aumento do número de consultas de pré-natal nas últimas décadas. Em 1995, eram realizadas 1,2 consultas de pré-natal por mulher no Brasil. Em 2009, o número aumentou para sete ou mais consultas, e, 60% das mães de nascidos vivos foram acompanhadas durante o período. No entanto, existem diferenças significativas entre as regiões geográficas. A melhor cobertura pré-natal, em 2009, foi da região sul (75,3%) e a pior, da região norte (36,8%) (FIOCRUZ, 2012). Quanto ao Centro-Oeste, nesse mesmo ano, 67,2% dos nascidos vivos foram de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, e no Estado de Goiás a cobertura foi de 63,8% (SES-GO, 2012).

Apesar da ampliação da cobertura de pré-natal, estudos demonstram o comprometimento da qualidade da assistência, como o aumento de notificações de sífilis congênita; a pré-eclâmpsia/eclâmpsia ainda se mantendo como a causa mais frequente de morte materna; e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

(PHPN) consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas. Reafirmam tais estudos que um número relevante de consultas não garante que a assistência seja adequada. A segurança da qualidade das consultas está no atendimento aos princípios de humanização propostos pelo PHPN em toda a rede de atenção à saúde da mulher, da atenção básica à de alta complexidade, de acordo com as necessidades específicas associadas à gestação (ALEXANDRE, 2013; ALMEIDA; BARROS, 2004; ANDREUCCI et al., 2011; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; ARAÚJO et al., 2012; BAULI, 2010; BRASIL, 2006a; BRASIL 2012d; COUTINHO, 2002; COSTA, 2011; GARDIN, 2010; KOFFMAN; BONADIO, 2005; POLIDO, 2010; RIBEIRO FILHO, 2004; ROCHA, 2011; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Para que isso ocorra, o serviço deve organizar-se de tal forma que atenda toda a população de gestantes, utilizando-se de conhecimentos técnico-científicos e os meios e recursos disponíveis. Além disso, deve proporcionar facilidade e continuidade no acompanhamento pré-natal e respostas positivas das ações sobre a saúde materna e perinatal. No entanto, a captação precoce das pacientes somente será mantida se a qualidade dos serviços ofertados corresponderem às expectativas (FEBRASGO, 2000).

Para garantir a qualidade das ações, é necessário um conjunto de recursos humanos (com profissionais capacitados) e organizacionais (área física adequada, equipamentos e instrumentais mínimos, apoio laboratorial, material para registro, processamento, análise dos dados e medicamentos), que deverão ser assegurados na atenção básica, por meio da ESF, para o atendimento das reais necessidades de saúde das gestantes, considerando os parâmetros de qualidade e integralidade da atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2000a; 2000b; 2006a).

Segundo informe técnico institucional do MS, a avaliação nacional do PHPN, realizada em 2003, apontou resultados que permitiram levantar a hipótese de que os municípios menores encontram dificuldades na operacionalização desse programa, relacionadas a recursos humanos e capacidade técnica para desencadear a organização dos dados, pactuações e recursos para o planejamento do sistema de saúde local (BRASIL, 2008).

Para facilitar o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, o MS instituiu um conjunto de iniciativas, entre elas, preconizou a avaliação da qualidade da atenção pré-natal pela utilização de indicadores de estrutura, processo e

resultados, estabeleceu requisitos mínimos para a implementação das ações e tem estimulado a avaliação em nível local, disponibilizando para isso o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal e Puerpério, denominado SISPRENATAL (BRASIL, 2006a).

No entanto, estudos que avaliaram o SISPRENATAL em âmbito nacional, assim como os que utilizaram bases municipais, mostraram incongruência entre as informações do SISPRENATAL, registros de prontuários e relatórios de outros sistemas de informação (Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC; Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA; e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH), sendo observadas incompletude e divergência de dados, o que também pode indicar precariedade dos registros, alimentação inadequada dos sistemas de informação e baixa qualidade da assistência pré-natal (ANDREUCCI et al., 2011; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; MOIMAZ et al., 2010; POLIDO, 2010; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A alimentação da base do SISPRENATAL de forma não sistemática, ao caracterizar subnotificação de procedimentos, fragiliza seu banco de dados e desqualifica sua utilização como instrumento para avaliação da assistência pré-natal, o que torna os prontuários e cartões de gestantes fontes de registros mais fiéis da atenção pré-natal (ANDREUCCI et al., 2011)

No Município de Santa Helena de Goiás, ao longo dos últimos 10 anos, durante os quais foram implantados a ESF e o PHPN, não foi realizado nenhum estudo com o fim de avaliar as ações direcionadas à saúde da mulher. A gestão local tem utilizado para cálculo dos indicadores de cobertura do pré-natal os registros do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), pois o SISPRENATAL, embora criado especificamente para monitoramento e avaliação da assistência pré-natal no SUS, ainda não foi incorporado em nível municipal como ferramenta de gestão, da mesma forma como ocorre na maioria dos municípios.

A escassez de estudos que avaliem a qualidade do pré-natal em municípios goianos e a necessidade do conhecimento da realidade local para o planejamento e direcionamento da atenção, tanto por gestores quanto pelos profissionais que a executam, alimentou o interesse no desenvolvimento desta pesquisa, que visa responder à seguinte questão: *a atenção pré-natal oferecida no Município de Santa Helena de Goiás atende aos critérios estabelecidos pelo PHPN?*

Assim, a busca por informações que realmente retratem a realidade sobre a cobertura e a qualidade da atenção pré-natal, se justifica e constitui o desafio deste estudo, por considerar que os resultados contribuirão para o diagnóstico da situação local e fornecerão subsídios aos gestores para o planejamento do trabalho das equipes da ESF, com vistas à implementação de uma atenção pré-natal de forma eficaz e de boa qualidade, compatível com a proposta do PHPN. Espera-se, ainda, construir parâmetros para avaliações futuras, abrindo espaço para novas pesquisas, em nível local e regional, que permitirão comparações com estudos realizados no cenário nacional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a adequação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Helena de Goiás, em 2012, segundo os princípios e diretrizes do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e econômico das puérperas atendidas na Estratégia Saúde da Família no município de Santa Helena de Goiás.
- Avaliar os indicadores de estrutura das Unidades Saúde da Família no município de Santa Helena de Goiás, considerando os requisitos mínimos para desenvolvimento das ações de atenção pré-natal.
- Avaliar os indicadores de processo da atenção pré-natal realizada na Estratégia Saúde da Família no município de Santa Helena de Goiás.
- Avaliar e comparar os registros nos cartões de gestantes e nos prontuários clínicos das USF, considerando as variáveis: idade gestacional ao início do pré-natal, número de consultas, procedimentos clínicos obstétricos e exames laboratoriais complementares associados ao pré-natal.
- Avaliar os indicadores de resultado da atenção pré-natal realizada na Estratégia Saúde da Família no município de Santa Helena de Goiás.

- Comparar os indicadores avaliados na Estratégia Saúde da Família em Santa Helena de Goiás com as normalizações estabelecidas no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas

O sistema de saúde brasileiro, ao longo do Século XX, passou por importantes transformações. Sofreu reflexos de políticas governamentais e de movimentos sociais, caracterizados pelos avanços e recuos nas conquistas, e consolidou-se até os anos 1980, sob a influência de um modelo privatista e hospitalocêntrico, no qual a saúde era entendida apenas como ausência de doença (POLIGNANO, 2001).

A partir de então, um novo direcionamento culminou na instituição do SUS, fruto da reforma sanitária, protagonizada por profissionais da saúde, acadêmicos e movimentos sociais que buscavam a transformação do sistema, cujas ideias deram subsídio à constituinte de 1986 e estão dispostas na Constituição Federal de 1988. A saúde passou a ser considerada um direito, assegurado pelo Estado, e promovido com base em princípios relacionados à universalidade, equidade e integralidade, com assistência organizada em serviços de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 1990; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; VIANA; DAL POZ, 1998).

Desde então, as políticas públicas do setor de saúde têm-se destacado pela capacidade propositiva de mudanças no modelo assistencial, substituindo-o por práticas que possibilitem o atendimento às diversidades dos vários municípios e regiões do país (BRASIL, 2002).

Ainda no contexto das mudanças, em 1983 surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que buscava a expansão e consolidação da rede de serviços básicos e a utilização de critérios epidemiológicos para o planejamento de intervenções, cuja pretensão era oferecer às mulheres um conjunto de ações com amplo acesso, para atendimento integral às suas necessidades em todas as fases da vida, respeitando suas características. Esperava-se, assim, obter forte impacto na mortalidade e morbidade dessa população. Foi um marco histórico a partir do qual a saúde da mulher ganhou espaço na agenda política do país. Entretanto, apesar de todos os avanços,

segundo a avaliação desse programa, sua implementação conseguiu diminuir a mortalidade materna, mas não foi possível avançar sobre outras estratégias do ponto de vista do movimento de mulheres (ALEXANDRE, 2013; BRASIL, 2005; MEDICI, 1999; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Em 1991 o MS apresentou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), instituídos com o compromisso de prestar, à população, assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva, conforme suas reais necessidades, seja na unidade de saúde ou no domicílio, identificando os fatores de risco e neles intervindo de forma apropriada. A instituição do PSF teve como objetivo promover a reorientação dos serviços de saúde pelo fortalecimento da relação de compromisso e responsabilidade entre profissionais e usuários, tendo a família como objeto principal de atenção, entendida tornando-se por base o ambiente em que vive, com suas crenças e valores identificados, o que favorece a compreensão do processo saúde e doença no contexto de um território definido (BRASIL, 1997; SOUSA, 2000).

O PSF preconizou o trabalho realizado por equipe multiprofissional básica composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe é responsável por um território com definição precisa, cuja população se limita a, no máximo, 4.000 habitantes, cadastrados de forma sistematizada, para facilitar o diagnóstico, a programação e a implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, com prioridade para a solução dos problemas mais frequentes. A equipe deve estar vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade Saúde da Família (USF), localizada dentro da área de abrangência, sendo esta a “porta de entrada” do sistema de saúde local (BRASIL, 2006b).

As equipes devem atuar na promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde da população adscrita, em contato permanente, promovendo ações educativas, acompanhamento, na unidade de saúde, à demanda espontânea e em visitas domiciliares periódicas, para monitoramento das situações de risco. As ações básicas estratégicas a serem executadas compreendem a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde do idoso, a saúde bucal, a promoção da saúde e a saúde da mulher na sua integralidade (BRASIL, 2006b).

Uma vez reconhecidos e consolidados seus objetivos, e em plena expansão em nível nacional, ultrapassando o conceito e a especificidade pontual de um *programa*, o PSF, por meio da Portaria GM nº 648/2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), passou a ser denominado oficialmente de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo reforçado seu propósito de reorganização/reordenação do modelo de atenção à saúde de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2006b).

Pela Portaria GM nº 569/2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que consistia no estabelecimento de critérios mínimos a serem cumpridos durante o seguimento pré-natal, com base em conceitos de humanização do cuidado e padronização de medidas que proporcionariam atendimento mais adequado às gestantes. A Portaria também estabeleceu os critérios e parâmetros para a assistência ao parto, ao recém-nascido, pós-parto imediato, às principais intercorrências obstétricas e neonatais, e ao puerpério, a serem garantidos pelos Estados e Municípios (BRASIL, 2000a; POLIDO, 2010).

O conceito de humanização referido é a oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2003a; 2004a). Compreende a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento pré-natal, evitando práticas intervencionistas desnecessárias; e uma postura ética e solidária por parte dos profissionais, por reconhecer que a instituição deve organizar-se de maneira acolhedora, o que implica a incorporação de rotinas e procedimentos adequados (BRASIL, 2000a).

O PHPN inovou por apresentar-se com três componentes: Componente I, incentivo ao pré-natal, instituído pela Portaria GM nº 570/2000; Componente II: organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, instituído pela Portaria GM nº 571/2000; e, Componente III: a nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, instituída pela Portaria GM nº 572/2000 (BRASIL, 2000a).

Segundo Silva et al. (2011), esses componentes versam sobre o que compreende a assistência humanizada ao pré-natal, parto e nascimento; investimentos previstos para que a estrutura dos locais de atendimento ao parto esteja adequada; desenvolvimento de sistemática de referência e contra-referência;

dentre outros pontos, detalhando o que deve ser feito para garantir uma assistência de qualidade nessa fase. Serruya, Cecatti e Lago (2004) referem ser as portarias do PHPN um marcador de águas ao anunciar o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Dessa forma, o PHPN é um instrumento importante para a organização e estruturação de redes de referência para atendimento às gestantes, uma vez que estabelece critérios para que o pré-natal seja considerado adequado, ao orientar as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais. Sua implementação assegura a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania (MACHADO, 2008).

O MS disponibilizou, ainda em 2000, a primeira edição do Manual Técnico Assistência Pré-natal (BRASIL, 2000b), com o objetivo de divulgar, ampliar e promover a capacitação técnica dos profissionais da atenção básica na prestação dos cuidados às gestantes. Em 2005 o MS publicou o Manual Técnico Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada, com republicação em 2006, com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a atualização de profissionais e a normatização das práticas de saúde no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2006a; CORRÊA, 2010).

Em linhas gerais, o PHPN adota como princípio a necessidade de garantir à gestante o acesso ao atendimento durante o pré-natal, parto e puerpério; o cuidado integral de suas necessidades por meio de práticas de cuidado que garantam o atendimento acolhedor e seguro. Preconiza que a primeira consulta deve ser realizada até o 4^o mês gestacional (120 dias); mínimo de seis consultas/gestantes, preferencialmente, uma no 1^o trimestre, duas no 2^o trimestre e três no 3^o trimestre; uma consulta no puerpério (até 42 dias após o parto); exames laboratoriais (tipagem sanguínea, hematócrito/hemoglobina, sorologia para hepatite B e toxoplasmose, VDRL, urina tipo 1, glicemia de jejum, sorologia para HIV) realizados na primeira consulta e os quatro últimos, repetidos na 30^a semana; imunização antitetânica; e atividades educativas. Estabelece ainda que deve ser realizada classificação de risco em todo atendimento, assim como garantia de continuidade do cuidado em todos os níveis de assistência, quando necessário, com registros em prontuários clínicos e cartão da gestante (BRASIL, 2000a; 2006a).

Para o registro e monitoramento dessas ações, o DATASUS disponibilizou um software específico para acompanhamento do PHPN, denominado SISPRENATAL. O sistema possui fichas de cadastramento da gestante e mapa de registro diário do atendimento, que devem ser preenchidos pelo profissional que o realiza e encaminhados para processamento, possibilitando a avaliação contínua dos indicadores produzidos. Nele, a assistência pré-natal só é considerada concluída após a entrada de dados referentes à realização dos parâmetros mínimos preconizados pelo PHPN, isto é, no mínimo seis consultas de pré-natal, todos os exames laboratoriais complementares, imunização antitetânica, classificação de risco, tipo de parto e uma consulta puerperal (BRASIL, 2011a).

Em 2004 o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna foi lançado pelo MS, e contou com a adesão dos estados e municípios, que se comprometeram a implementar medidas para a melhoria da qualidade da assistência à gestação e ao parto (CORRÊA, 2010).

Todavia, apesar dos esforços contínuos, da implantação e implementação de ações e programas, a atenção à saúde da mulher chega ao final da primeira década do Século XXI fragmentada, pouco resolutiva, e a maioria das mulheres ainda encontra dificuldades de acesso e de vínculo com serviços de saúde, alimentando elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal (BRASIL, 2012b).

Em 2010, pela Portaria GM nº 4.279/2010, foram instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em substituição ao modelo de sistemas piramidais e hierárquicos vigentes. As RAS têm como finalidade promover a integração de ações e serviços de saúde de diferentes configurações tecnológicas, para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012e).

Com a publicação da Portaria GM nº 2.488/2011, as diretrizes e normas para a organização da atenção básica da ESF e do PACS foram revisadas e regulamentadas. Ficou, então, a atenção básica (AB) ou atenção primária à saúde (APS)¹ fortalecida, e identificada a ESF como principal porta de entrada, que passou

¹ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos "atenção básica" (AB) e "Atenção Primária à Saúde" (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os princípios e as diretrizes definidos na Portaria GM nº 2.488/2011.

a ser o centro de comunicação entre os diversos pontos da rede de atenção e recebeu como responsabilidade a coordenação do caminhar dos usuários pelos outros pontos (ou serviços constituintes da rede), quando suas necessidades de saúde não puderem mais ser atendidas nesse nível de atenção, devendo manter o vínculo com esses usuários, dando continuidade à atenção, mesmo que eles estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede (Figura 1) (BRASIL, 2012e).

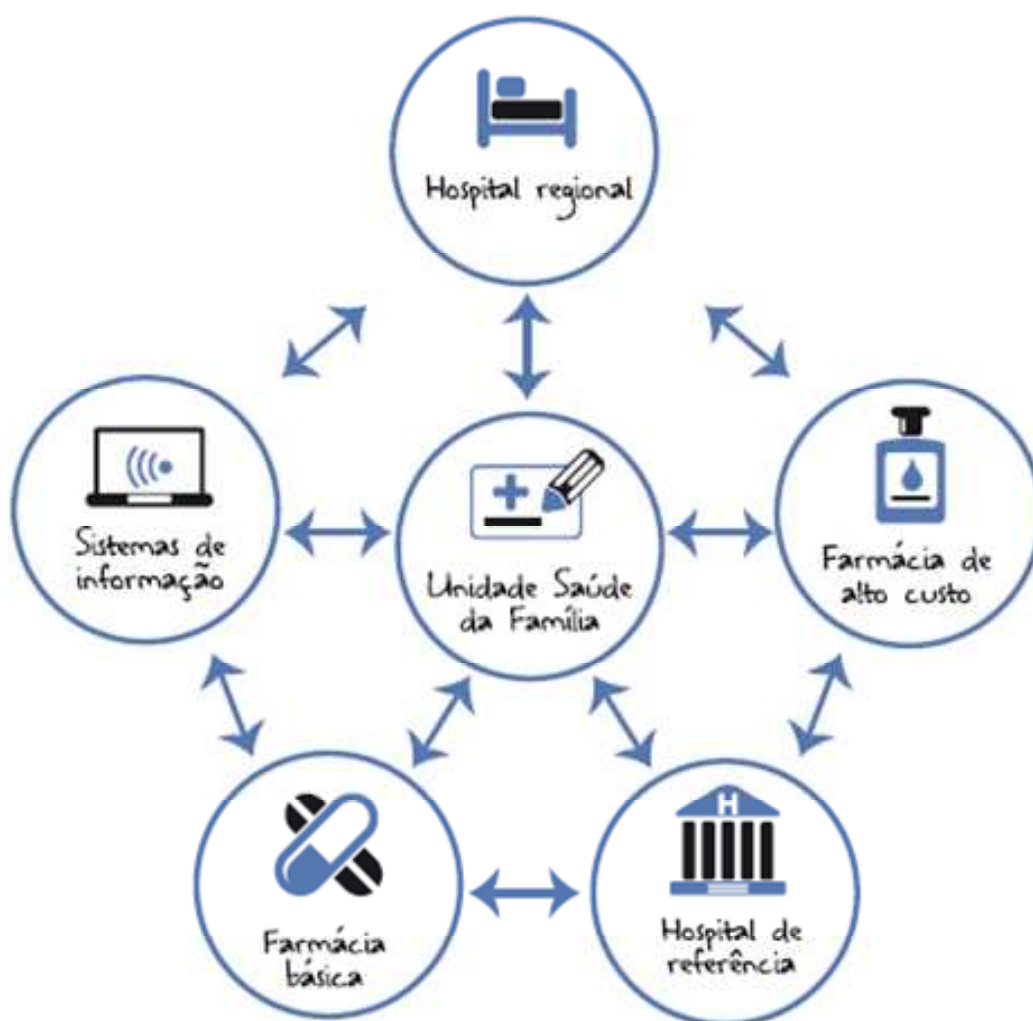


Figura 1 - Modelo de Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Fonte: Brasil, 2012b.

Ao concentrar esforços para alcançar a meta do 5º Objetivo do Milênio até 2015, e ampliando as ações do PHPN, o MS lançou em 2011 a Rede Cegonha, que se caracteriza como uma estratégia inovadora, que visa implementar uma rede de

cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012c).

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança e dignidade, por meio da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal; da vinculação da gestante à unidade de referência e transporte seguro; da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a acompanhante de livre escolha da mulher no parto; da atenção à saúde das crianças até 24 meses; e do acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2012c).

A Rede Cegonha está dividida em três fases: 1) Pré-natal: etapa na qual existe uma prioridade de atendimento à gestante nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). É o momento da realização imediata do teste rápido de gravidez e de todos os exames pré-natais, e também quando a mulher se vinculará a uma maternidade e saberá, desde os primeiros meses, onde será realizado seu parto. São promovidas visitas ao local do parto. 2) Parto e Nascimento: nessa fase, a Rede Cegonha qualifica as equipes de saúde para prestação de atendimento humanizado e especializado. Há o acolhimento com classificação de risco, ambiente confortável e seguro para a mulher e o bebê e foco na humanização e qualidade do parto. A mulher tem o direito a um acompanhante durante o parto e atendimento especial no caso de uma gravidez de risco. Além disso, a estratégia garante atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento. 3) Pós-parto: durante esse período, a Rede Cegonha acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança até 24 meses de idade; há a orientação sobre todos os cuidados necessários para a mulher e seu bebê, promoção e incentivo ao aleitamento materno e acompanhamento do calendário de vacinação. Além disso, as mães podem ter acesso a informações e podem dispor de métodos de planejamento familiar, consultas e atividades educativas (BRASIL, 2012c).

A Rede Cegonha encontra-se em implantação e deverá ser implementada, de forma gradativa, em todo o território nacional, até 2016, respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2012c).

3.2 Avaliação da qualidade da atenção pré-natal

A análise da literatura nos mostra que a avaliação dos serviços de saúde é tão antiga quanto os primeiros serviços, e realizada tanto por usuários quanto pelas organizações corporativas. A qualidade com frequência é o aspecto central a ser considerado para a avaliação em saúde, uma vez que parece pouco provável o fato de alguém atuar sobre a vida de seu semelhante sem manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

No dia a dia, humanos pensam, planejam e comparam, ou seja, avaliam (GIL, 1999). No entanto, apesar de ser uma atividade que acompanha o homem desde seu surgimento na face da terra, não é tarefa fácil emitir juízo de valor acerca de alguma coisa ou ação.

Assim, a avaliação dos cuidados de saúde também não é tarefa simples, pelo contrário, é tarefa desafiadora (SILVA; CALDEIRA, 2011). Para direcioná-la, a OMS, em 1993, definiu a qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos, que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Avedis Donabedian, médico armênio radicado nos Estados Unidos, foi o primeiro a estudar sistematicamente a questão da avaliação da qualidade da atenção médica, modelo posteriormente adaptado para avaliação de serviços de saúde. Seus primeiros trabalhos surgiram na década de 1960, mas atingiram notoriedade mundial a partir dos anos 1980 e, ainda hoje, têm-se mantido como principal referência. Segundo esse autor, qualidade em saúde é aquele tipo de assistência em que se espera proporcionar aos pacientes o máximo e mais completo bem-estar, considerando o equilíbrio previsto entre ganhos e perdas decorrentes do processo de assistência em toda a sua complexidade (DONABEDIAN, 1982; NOVAES, 2000).

Donabedian adotou, da teoria geral de sistemas, utilizada pelas ciências da administração, a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado correspondentes a *input-process-output*, adaptando-os aos serviços de saúde. A estrutura é entendida como os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na

provisão dos cuidados em saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento desses recursos. O processo são as atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. Os resultados correspondem às mudanças do estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos. O autor ainda apresenta a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade, a equidade como os sete atributos mais importantes da qualidade. Essa abordagem, em três vertentes, só é possível porque uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um processo de qualidade e, conseqüentemente, um processo de qualidade gera bons resultados (COUTINHO, 2006; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; DONABEDIAN, 1982; 1988; 1990; MALIK; SCHIESARI, 1998; PORTELA, 2000).

Para entender como ocorre o processo de atendimento nas unidades de saúde brasileiras, estudos têm sido realizados para avaliar a atenção, utilizando-se critérios e teorias de qualidade aplicadas à saúde, na expectativa de determinar com exatidão os problemas encontrados e, assim, propor soluções concretas, relacionadas com a realidade existente, com vista à melhoria dos resultados (CABRAL, 2000; SIQUEIRA, 2011).

Segundo Donabedian (1982), a qualidade dos serviços de saúde pode ser medida por diferentes critérios, sendo mais usado o método que utiliza padrões ideais previamente estabelecidos para estrutura, processos e resultados, e analisa o grau de concordância entre o encontrado e o ideal. Esse critério é denominado critério explícito e se vale de um conjunto de atributos estruturais e organizacionais, considerados mínimos obrigatórios para a assistência, e que possibilitam a produção de avaliações mais precisas e com baixo custo (CABRAL, 2000).

Com base nesses princípios, Coutinho (2006) propõe, como métodos avaliatórios para a estrutura, o inventário de recursos e o uso de padrões de comparação; para avaliação do processo, a observação direta, com utilização de técnicas de auditoria e o uso de indicadores ou critérios para mensuração e comparação, que mostrem como realmente o serviço funciona; e para avaliação dos resultados, propõe a utilização de indicadores de resultados de curto prazo (resolutividade/terminalidade dos cuidados) e indicadores de impacto ou longo prazo (níveis de informação, comportamento e satisfação dos pacientes).

Estudos em municípios brasileiros de regiões diversas têm utilizado a tríade de Donabedian, a combinação de dois dos componentes, ou somente um deles,

para estimar a qualidade da atenção pré-natal, seguindo variadas metodologias e abordando aspectos diversos do cuidado pré-natal (BAULI, 2010; COSTA, 2011; COUTINHO et al., 2003; COUTINHO, 2006; GARDIN, 2010; KOFFMAN; BONÁDIO, 2005; RIBEIRO FILHO, 2004; ROCHA, 2011; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Silveira, Santos e Costa (2001) avaliaram a estrutura e o processo da atenção pré-natal oferecidas às gestantes usuárias das unidades de atenção primária à saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, segundo os preceitos de Donabedian. As autoras concluíram que a qualidade da assistência oferecida era precária, com *déficit* na estrutura, em especial na rede física. Quanto ao processo, os dados confirmaram uma baixa cobertura (53%) e média de consultas reduzida (5,3).

Coutinho et al. (2003) avaliaram o processo com base no Índice de Kessner e critérios do PHPN para exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos realizados no pré-natal, por meio da técnica de auditoria em cartões de gestantes que realizaram o parto no SUS, em Juiz de Fora, Minas Gerais. Evidenciaram uma ótima cobertura (99,04%), média de consultas acima do preconizado pelo MS (6,4%) e início do pré-natal em média com 17,4 semanas de gestação. No entanto, detectaram inadequações qualitativas que necessitavam de aperfeiçoamento. Os autores recomendaram avaliações periódicas como instrumentos imprescindíveis para o aperfeiçoamento. Em 2006, Coutinho, em sua tese de doutoramento, avaliou a evolução da adequação da assistência pré-natal em Juiz de Fora, Minas Gerais, tendo como resultado a persistência da baixa adequação, apesar da boa cobertura e da implantação do PHPN. Confirmou a necessidade de incrementar a adesão dos gestores, profissionais de saúde e usuárias ao protocolo do atendimento, incluindo a institucionalização de um programa de monitoramento da assistência pré-natal (COUTINHO, 2006).

Ribeiro Filho (2004) avaliou os resultados da qualidade da atenção pré-natal oferecida no Programa Médico da Família em Manaus, Amazonas. Para estimativa do grau de adequação do processo de atenção foram utilizados sete indicadores de avaliação de processo sugeridos pelo MS (2002) e três usados por Silveira, Santos e Costa (2001), também baseados na tríade de Donabedian (1982). Sobre os resultados dos indicadores de efetividade do MS, três em sete, apresentaram acima de 30% de casos concordantes: 65% iniciaram o pré-natal até o 4^o mês de gestação; 31% tiveram seis ou mais consultas de pré-natal; 41% receberam, conforme

registros, a dose imunizante da vacina antitetânica. Somente algumas pacientes tiveram um adequado pré-natal de acordo com o índice de Kessner, com predomínio do nível intermediário. Algumas recomendações foram feitas para os responsáveis pela supervisão e para os membros do Programa Médico da Família.

Koffman e Bonádio (2005) avaliaram o processo de atendimento de uma unidade filantrópica de São Paulo. A média de consultas de pré-natal foi de 6,5 ($\pm dp=2,7$) e a da idade gestacional de início do pré-natal, 20,7 semanas ($\pm dp=7,7$). A adequação dos procedimentos de consultas variou de 92,6% a 97,8% e o intervalo entre as consultas foi de 53,7% a 100%. A aplicação do Índice de Kessner classificou o pré-natal como adequado para 38,4% das gestantes, inadequado para 24,7% e intermediário para 36,9%. O índice de Kessner acrescido dos resultados dos exames classificou o pré-natal em adequado para 35,7% das gestantes, inadequado para 28,3% e intermediário para 35,9%.

Bauli (2010) em estudo comparativo com o realizado por Scochi (2002), avaliou o processo de trabalho, a estrutura física, a utilização da ESF no pré-natal e a qualidade dos registros em prontuários em 22 unidades da rede básica do Município de Maringá, Paraná. Concluiu que a assistência deve ser aprimorada, buscando um maior envolvimento dos profissionais com o pré-natal, principalmente os integrantes da ESF.

Gardin (2010) objetivou avaliar a qualidade dos serviços de assistência pré-natal do Programa Saúde da Família, oferecidos às gestantes na cidade de Guairaçá, Paraná. Como critério de avaliação da qualidade da atenção pré-natal, empregou-se indicadores presentes no PHPN e nos desenvolvidos por Coutinho (2002). Em se tratando da adequação do processo de assistência pré-natal prestado em Guairaçá, o número de consultas somados à época de início do acompanhamento pré-natal, foi considerado 86% intermediário, os procedimentos clínicos obstétricos obrigatórios foram 72% inadequados e os procedimentos obstétricos e exames complementares foram considerados 96% intermediários. Diante disso, constatou-se que, apesar da quantidade de consultas pré-natais serem satisfatórias, a maioria das gestantes só procurou os serviços de saúde a partir do segundo trimestre de gestação, e procedimentos clínicos e obstétricos obrigatórios nem sempre foram realizados, com consequências tanto para o bebê quanto para a gestante.

Rocha (2011) avaliou a estrutura, o processo e o resultado da atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza, Ceará. Concluiu que, apesar dos bons resultados com relação à estrutura, os reflexos nos indicadores de processo e resultado não foram positivos, com índices baixos em relação ao esperado pela OMS e MS, ou comparados a outras regiões.

Quanto à região centro-oeste e, especificamente no Estado de Goiás, são escassos os estudos sobre a qualidade da atenção pré-natal. Na revisão bibliográfica, identificou-se o estudo de Costa (2011). A autora analisou as características da atenção pré-natal na rede pública de Goiânia e encontrou os seguintes resultados: o pré-natal foi adequado apenas para 35% das participantes do estudo, segundo o índice de Kessner, modificado por Takeda. Quanto aos exames laboratoriais recomendados, incluindo o teste da mamãe, 60,9% das entrevistadas realizaram todos os exames. Identificou-se que apenas 41,8% realizaram ultrassonografia. A vacina antitetânica em duas doses, ou o reforço, foi aplicada em 70%. Em relação às atividades educativas, constatou-se que 33,6% das mulheres participaram. Evidenciou-se que 53,6% das mulheres foram atendidas por médico e 45,4% por médico e enfermeiro. As mulheres indicaram a necessidade de melhorar o atendimento primário à saúde, apesar da rede apresentar elevada cobertura no pré-natal.

Por sua vez, a avaliação da qualidade da atenção à saúde no pré-natal, levada a efeito neste estudo, foi conduzida considerando-se as definições da teoria da avaliação da qualidade em saúde de Donabedian e os parâmetros definidos pelo MS para avaliação dos indicadores de processo, resultados e requisitos mínimos de estrutura para a implementação das ações de cuidados no pré-natal (DONABEDIAN, 1982; BRASIL, 2006a).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Para avaliar a estrutura, o processo e os resultados do atendimento pré-natal, prestado por equipes da Estratégia Saúde da Família, no município de Santa Helena de Goiás, foi desenvolvido um estudo transversal descritivo.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Santa Helena de Goiás, localizado no sudoeste goiano, a 200 km de Goiânia, cuja população estimada é 36.760 habitantes, em 2012 (IBGE, 2012).

A gestão municipal vem estruturando a rede de atenção à saúde desde 1996 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, a partir de 2001, tem utilizado a Estratégia Saúde da Família como eixo norteador e porta de entrada no SUS. Entre os serviços locais de saúde, encontram-se seis Unidades Saúde da Família (USF), com adscrição de 12 equipes, que propiciam total cobertura da atenção primária nesse modelo de atendimento. Conta ainda com uma Unidade de Referência Médica (URM), o Hospital Municipal de Santa Helena (HMSH) e um hospital particular conveniado ao Sistema Único de Saúde.

Em 2011, segundo informações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, foi registrada na base municipal dos sistemas de informações de dados vitais (SIM e SINASC), a ocorrência de 421 partos, sendo que 304 deles (72,2%) foram realizados no Hospital Municipal de Santa Helena (SANTA HELENA DE GOIÁS, 2011a; 2011b).

Diante dessa realidade, para que fosse possível avaliar a atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Helena de Goiás, optou-se por coletar dados no HMSH e nas seis Unidades Saúde da Família.

4.3 Participantes do estudo

O tamanho amostral foi determinado por conveniência. Foram incluídas todas as mulheres internadas na enfermaria de puerpério do Hospital Municipal de Santa Helena de 1^o de janeiro a 30 de abril de 2012, residentes no município de Santa Helena de Goiás, que realizaram o acompanhamento pré-natal nas USF e que portavam o cartão de gestante no momento da coleta de dados. Foram coletados dados de 85 puérperas, que representaram 88,5% do total dos partos realizados no hospital em estudo (n=96) e 70,2% do total de partos ocorridos no município nesse período (N=121) (Figura 2).

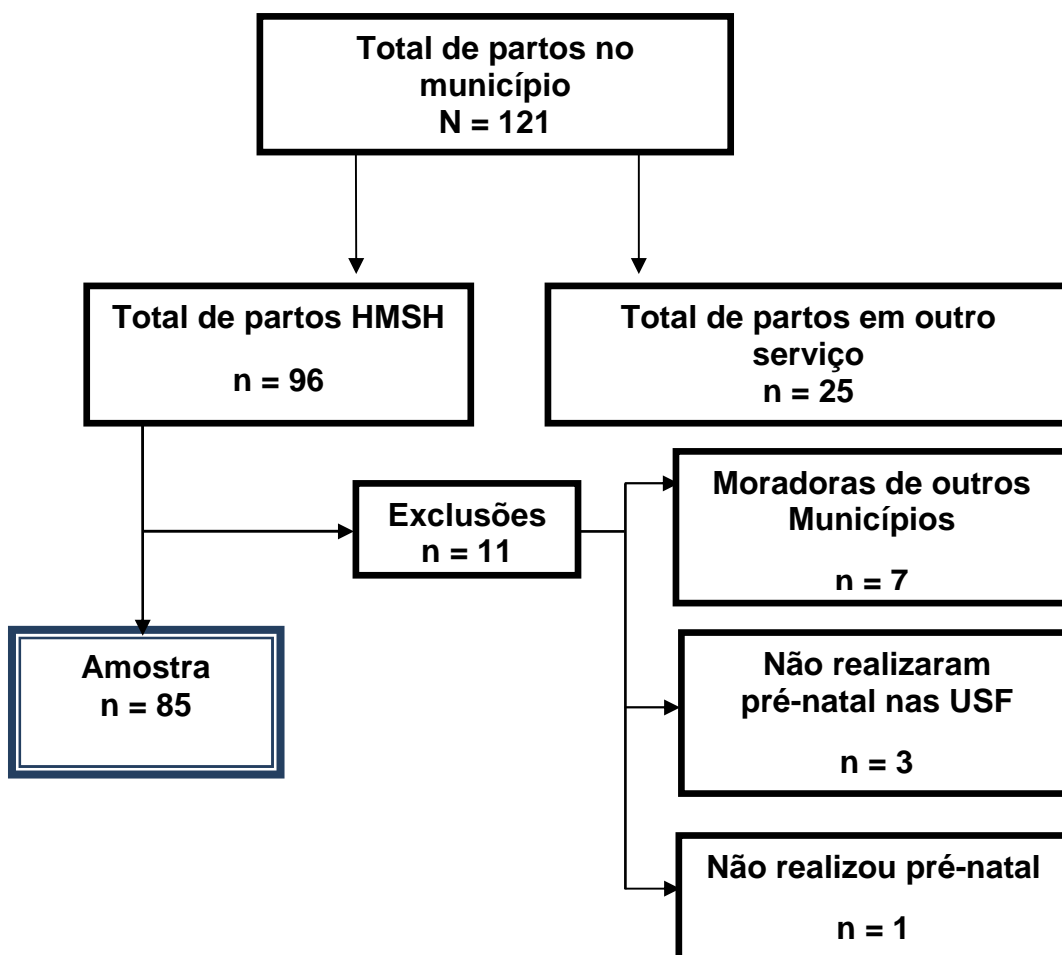


Figura 2 - Diagrama da seleção da amostra.

4.4 Considerações éticas

A realização do estudo foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob registro nº 1906/2011 (ANEXO A).

A pesquisadora, conforme preconizam os dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, informou às participantes o caráter voluntário e gratuito da participação, bem como garantiu o sigilo das informações fornecidas e a possibilidade da retirada do consentimento em qualquer momento que desejassem, sem prejuízo para a continuidade de seu acompanhamento nas unidades em que estivessem vinculadas (BRASIL, 1996).

Todas as participantes foram abordadas em seus respectivos leitos, após o parto, e informadas sobre os objetivos da pesquisa, de forma oral e escrita, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), que foi assinado em duas vias, permanecendo uma com a participante e a outra, arquivada pela pesquisadora responsável.

Os possíveis riscos relacionaram-se à possibilidade de desconforto, reações emocionais e/ou constrangimento por parte das puérperas com a realização das entrevistas. Nesse caso, as participantes poderiam ser encaminhadas para atendimento no Serviço de Psicologia do HMSH. No entanto, no período de coleta de dados, não foi relatado nenhum desconforto que levasse à necessidade desse encaminhamento.

Esclareceu-se, ainda, que os resultados serão utilizados para geração de informações científicas e poderão contribuir para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal na rede pública de saúde e na construção de parâmetros e indicadores para comparações futuras nessa área.

As informações foram registradas de modo a preservar a identificação das participantes, tendo os formulários um número de identificação para o controle da pesquisadora. Os dados ficarão arquivados com a pesquisadora por um período de cinco anos ou mais, para a possibilidade de atenderem às necessidades de aprofundamento da análise dos dados, bem como responder a questionamentos decorrentes do encaminhamento para publicação. Após esse período, o material será incinerado.

4.5 Coleta de dados

Considerando os diferentes locais, fontes e instrumentos utilizados, a coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora em dois estágios. No primeiro estágio, realizado de 1^o de janeiro a 30 de abril de 2012, foram identificadas diariamente, junto ao setor de internação do HSMH, todas as mulheres que potencialmente atendiam aos critérios de inclusão. Após o contato inicial e obtenção formal do consentimento para realização da pesquisa, foram realizadas entrevistas estruturadas, em local privativo, preservando o bem-estar da puérpera e do recém-nascido, sem interferência no andamento da rotina dos cuidados hospitalares. O tempo médio da entrevista foi de 30 minutos. Neste estágio também foram consultados dados do cartão da gestante e do prontuário clínico hospitalar, que possibilitaram a caracterização sociodemográfica e econômica, o perfil obstétrico, a caracterização da atenção pré-natal e a descrição e avaliação de indicadores de resultados propostos pelo Ministério da Saúde.

Durante o segundo estágio, realizado de 1^o de janeiro a 12 de junho de 2012, foram coletados dados dos prontuários clínicos das USF, que forneceram informações complementares relativas aos indicadores de processo da atenção pré-natal. O estágio se estendeu até 12 de junho de 2012, pela necessidade de avaliação dos registros das consultas puerperais programadas para até o 42^o dia após o parto. Também foram coletados dados referentes aos indicadores de estrutura das seis USF.

Os dados relacionados a estrutura foram coletados pela pesquisadora, durante o mês de janeiro de 2012, por meio de observações diretas nas seis Unidades Saúde da Família. Nesse período, foram contatadas as coordenadoras de cada unidade e o farmacêutico responsável pela Central de Abastecimento e Atenção Farmacêutica Municipal, no intuito de facilitar a descrição dos dados e construção dos indicadores analisados.

A Figura 3 apresenta esquematicamente os estágios da coleta de dados.

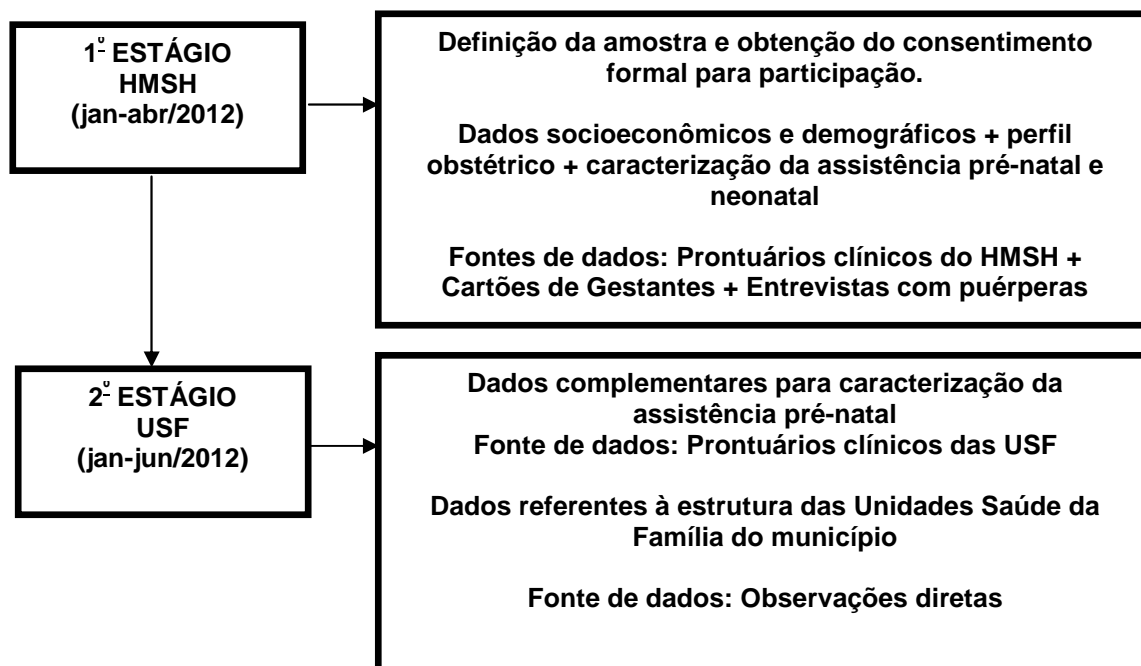


Figura 3 – Fluxograma da coleta de dados

4.5.1 Instrumentos de coleta de dados

Foram construídos dois instrumentos especificamente para coleta de dados utilizados na avaliação da estrutura (APÊNDICE B), do processo e resultados da atenção pré-natal (APÊNDICE C). Para sua elaboração destes foram utilizados os indicadores estabelecidos pelo MS no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000a) e no Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2006a). Também foram considerados os estudos de Rocha (2011) e Coutinho (2002).

O instrumento de avaliação da estrutura foi elaborado com base em instrumento validado por Rocha (2011) e permitiu a coleta de informações para análise da estrutura das seis USF do município. As variáveis pesquisadas foram a identificação da USF, planta física, recursos humanos, recursos materiais, apoio laboratorial, instrumentos de registro, medicamentos essenciais e sistema de referência e contrarreferência (APÊNDICE B).

O Instrumento de avaliação do processo e resultado foi constituído por variáveis relacionadas à caracterização sociodemográfica e econômica, ao perfil obstétrico e neonatal e à atenção pré-natal (APÊNDICE C).

As variáveis sociodemográficas foram: idade, cor da pele autodeclarada (IBGE: amarelos, brancos, pretos, pardos e indígenas), escolaridade (em anos), situação conjugal (com e sem companheiro), localização geográfica (zona urbana ou rural), com quem mora (com ou sem o companheiro). As variáveis socioeconômicas foram: a ocupação, definida segundo Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) (BRASIL, 2012f), situação de trabalho (ativa remunerada, ativa não remunerada e licença maternidade), renda mensal familiar (em salários mínimos vigentes) e responsável pela renda (a mulher, o companheiro, a mulher e o companheiro, outros).

Para a caracterização do perfil obstétrico e neonatal consideraram-se os antecedentes obstétricos (número de gestações, número e tipo de partos anteriores, número de filhos tidos, abortamentos e natimortos) e as características da gestação atual (tipo de gestação, idade gestacional no parto, classificação de risco, tipo de parto, sexo e peso do recém-nascido e suas condições ao nascimento). Também foram coletadas informações relacionadas ao acesso aos medicamentos essenciais, às intercorrências clínicas (necessidade de hospitalização durante a gestação, infecção urinária, diabetes, hipertensão) e aos riscos comportamentais (uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e dependência química).

Para caracterização da atenção, foram coletadas informações relacionadas ao acesso e humanização da atenção pré-natal, tais como: o tempo médio de espera para consultas, a duração das consultas, a participação em atividades educativas, as orientações recebidas durante o pré-natal, o atendimento ao direito a acompanhante e o nível de satisfação em relação à atenção recebida.

Para descrição do processo da atenção pré-natal, foram coletados dados referentes aos indicadores de qualidade encontrados nos registros dos cartões de gestantes e nos prontuários clínicos das USF. O cartão da gestante deve ser de portabilidade obrigatória da mulher e fonte de informação e referência imediata para a continuidade da atenção em outros serviços. Os registros dos cartões e dos prontuários foram avaliados individualmente e de forma comparativa, para verificar a qualidade, compatibilidade e nível de adequação das informações.

As variáveis de adequação foram definidas com base nos critérios estabelecidos por Coutinho (2002) e adaptados às recomendações do Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2006a), sendo elas: número de registros referentes à execução de procedimentos clínico-obstétricos (idade gestacional na primeira consulta e nas consultas subsequentes, número total de consultas de pré-natal, pressão arterial, peso materno, altura uterina, batimentos cardíacos fetais, apresentação fetal e vacinação antitetânica), e exames laboratoriais e complementares (ABO-Rh, Ht/Hb, urina EAS, glicemia de jejum, VDRL, sorologias para HIV, hepatite B e toxoplasmose, realização de ultrassonografia). Verificou-se ainda o preenchimento dos gráficos de avaliação nutricional (Peso Materno x Idade Gestacional; Altura Uterina x Idade Gestacional).

Como importante indicador de processo, também foram avaliados os registros da consulta puerperal. Segundo orientação do MS, tal procedimento determina a conclusão da atenção pré-natal (BRASIL, 2006a; BRASIL 2011a).

4.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram digitados e armazenados em bases de dados do Programa Excel, versão do Office 2010 da Microsoft. O tratamento estatístico foi realizado nos *softwares* Bioestat 5.0[®] e SPSS 20.0 (IBM – Chicago).

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

Para a análise da relação entre as variáveis categóricas, foram utilizados os testes Quiquadrado, na ocorrência de duas categorias, e o teste G para três ou mais categorias. O nível de significância para os testes foi de 5% ($p < 0,05$).

Para a análise da estrutura, utilizou-se um modelo adaptado de Rocha(2011), construído com base nos requisitos mínimos para o desenvolvimento da atenção pré-natal, apresentados pelo MS no Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2006a). Cada variável recebeu uma pontuação de acordo com a seguinte chave: zero ponto para insatisfatório ou inexistente, cinco pontos quando for parcialmente atendido o

recomendado pelo MS, e dez pontos quando o quesito foi totalmente atendido (ROCHA, 2011). Dessa forma, a pontuação para os quesitos, após adequação à realidade local, foi distribuída entre: recursos humanos (máximo 70 pontos); planta física (máximo 70 pontos); recursos materiais (máximo 150 pontos); apoio laboratorial (máximo 130 pontos); instrumentos de registro (máximo 50 pontos); medicamentos essenciais (máximo 120 pontos); e sistema de referência e contrarreferência (máximo 20 pontos), podendo uma Unidade chegar a um máximo de 610 pontos.

A pontuação global alcançada foi calculada em percentual sobre a pontuação máxima estabelecida (610 pontos), o que permitiu a classificação das Unidades em: "ótimas" (90% a 100% do total de pontos); "satisfatórias" (75% a 89,9% do total de pontos); "precárias" (50% a 74,9% do total de pontos) e "insuficientes" (49,9% ou menos do total de pontos) (ROCHA, 2011).

Para avaliação global da adequação do processo da atenção pré-natal foram estabelecidos quatro níveis de complexidade, compostos por critérios somativos e dependentes, e a não execução de um leva à inadequação do nível correspondente e dos subsequentes. Para essa análise, foram consideradas apenas as informações do prontuário clínico.

Para avaliação do nível 1, foi utilizado o Índice de Kessner, modificado por PHPN/Coutinho (2002), que considera a combinação entre o número de consultas e o início do pré-natal. Dessa forma, nesse nível o pré-natal foi classificado em adequado (início da atenção até 14 semanas de gestação e seis ou mais consultas); inadequado (início após 28 semanas ou ocorrência de duas ou menos consultas) e intermediário (demais situações).

Para avaliação do nível 2, foram acrescentadas variáveis relacionadas aos procedimentos clínico-obstétricos. Nesse nível, o pré-natal foi considerado adequado quando observado o início da atenção até 14 semanas de gestação, a realização de seis ou mais consultas e o atendimento do número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos (AU, IG, PA, peso materno: cinco ou mais registros; BCF: quatro ou mais registros; e apresentação fetal - dois ou mais registros). O pré-natal foi considerado inadequado quando o início da atenção ocorreu após 28 semanas ou ocorrência de duas ou menos consultas ou os procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, peso materno e BCF com dois ou menos registros; apresentação fetal: nenhum registro. As demais situações foram classificadas como intermediárias.

No nível 3 foram acrescentadas variáveis relacionadas à realização dos exames laboratoriais complementares. O pré-natal foi considerado adequado quando observado o início da atenção até 14 semanas de gestação e realização de seis ou mais consultas; e atendimento do número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos (AU, IG, PA, peso materno: cinco ou mais registros; BCF: quatro ou mais registros; e apresentação fetal - dois ou mais registros) e exames complementares básicos (Tipagem ABO-Rh, Ht/Hb, Sorologia para Hepatite B e Sorologia para Toxoplasmose: um registro; Glicemia, EAS e VDRL, Testagem para HIV: dois registros). A inadequação foi identificada quando o início da atenção ocorreu no terceiro trimestre, após 28 semanas ou duas ou menos consultas ou os seguintes registros dos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, peso materno e BCF com dois ou menos registros; apresentação fetal com nenhum registro; ou nenhuma solicitação dos exames preconizados. As demais situações foram classificadas como intermediárias.

No nível 4 somou-se a realização da consulta puerperal a todas as variáveis estabelecidas no nível 3. O pré-natal foi considerado adequado quando observados o atendimento a todos os critérios do nível 3 e a realização da consulta puerperal até 42 dias após o parto; e atenção inadequada, quando o início ocorreu no 3º trimestre, após 28 semanas ou duas ou menos consultas ou os seguintes registros dos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, Peso materno e BCF com dois ou menos registros; apresentação fetal: nenhum registro, ou nenhuma solicitação dos exames preconizados; ou nenhum registro de consulta puerperal. Não existiu classificação intermediária para esse nível.

A síntese dos critérios de avaliação dos níveis pode ser visualizada no Quadro 1.

NÍVEIS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PADRÕES DE REFERÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE ADEQUAÇÃO
Nível 1	Índice de Kessner modificado por PHPN/COUTINHO (2002)	a) Adequação – Início no 1º trimestre (\leq 14 semanas) e 06 ou mais consultas b) Inadequação - Início no 3º trimestre ($>$ 28 semanas) ou 02 ou menos consultas c) Intermediário – as demais situações.
Nível 2	Nível 1 + procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios (PHPN/COUTINHO, 2002)	a) Adequação - Início no 1º trimestre (\leq 14 semanas) e 06 ou mais consultas de pré-natal e número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos (AU, IG, PA, Peso materno: 05 ou mais registros; BCF: 04 ou mais registros; e Apresentação fetal - 02 ou mais registros). b) Inadequação – Início no 3º trimestre ($>$ 28 semanas) ou 02 ou menos consultas ou os procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, Peso materno e BCF: 02 ou menos registros; Apresentação fetal: nenhum registro. c) Intermediário - demais situações.
Nível 3	Nível 2 + exames complementares básicos (PHPN/COUTINHO, 2002; BRASIL, 2006a)	a) Adequação – Início no 1º trimestre (\leq 14 semanas) e 06 ou mais consultas de pré-natal e número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios e exames complementares básicos: Tipagem ABO-Rh, Ht/Hb, Sorologia para Hepatite B e Sorologia para Toxoplasmose: 01 registro; Glicemia, EAS e VDRL, Testagem para HIV: 02 registros. b) Inadequação – Início no 3º trimestre ($>$ 28 semanas) ou 02 ou menos consultas ou os seguintes registros dos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, Peso materno e BCF: 02 ou menos registros; Apresentação fetal: nenhum registro, ou nenhum exame solicitado. c) Intermediário : demais situações.
Nível 4	Nível 3 + consulta puerperal (PHPN/Coutinho, 2002; BRASIL, 2006a).	a) Adequação – Início no 1º trimestre (\leq 14 semanas) e 06 ou mais consultas de pré-natal. Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, Peso materno - 05 ou mais registros; BCF- 04 ou mais registros; e Apresentação fetal - 02 ou mais registros, e exames laboratoriais: Tipagem ABO-Rh, Ht/Hb, Sorologia para Hepatite B e Sorologia para Toxoplasmose: 01 registro; Glicemia, EAS e VDRL, Testagem para HIV: 02 registros; e registro da consulta puerperal até 42 dias após o parto. b) Inadequação – Início no 3º trimestre ($>$ 28 semanas) ou 02 ou menos consultas ou os seguintes registros dos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, Peso e BCF: 02 ou menos registros; Apresentação fetal: nenhum registro, ou nenhum exame solicitado e sem registro da consulta puerperal. c) Intermediário : demais situações.

Quadro 1 - Níveis de complexidade da adequação do processo da atenção pré-natal, critérios de avaliação e grau de adequação.

Fonte: Adaptado de Coutinho (2002) e Brasil (2006a).

Para avaliação dos resultados da atenção pré-natal, foram calculados os indicadores proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso e proporção de recém-nascidos vivos prematuros, propostos pelo MS para esse fim, apresentados no Quadro 2; foram consideradas adequadas proporções até 10% para os dois indicadores, por ser este o valor aceitável internacionalmente para países em desenvolvimento (BRASIL, 2009; FEBRASGO, 2000; FEBRASGO, 2011).

INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO
Proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso	$\frac{\text{Número de recém-nascidos com peso ao nascer menor que 2.500g em determinado local e período (mães residentes)}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período (mães residentes)}} \times 100$
Proporção de recém-nascidos vivos prematuros	$\frac{\text{Número de recém-nascidos vivos prematuros em determinado local e período (mães residentes)}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período (mães residentes)}} \times 100$

Quadro 2 - Descrição dos Indicadores de Resultados segundo PHPN (BRASIL, 2006a).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão descritos e avaliados aspectos relativos à estrutura, ao processo e aos resultados da atenção pré-natal implementada em Santa Helena de Goiás. Embora esses indicadores tenham conceitos específicos, compreende-se que fazem parte de uma rede complexa de recursos, ações e procedimentos entrelaçados, que compõem o protocolo brasileiro de atenção pré-natal, sendo necessárias, em determinados momentos, a descrição dos aspectos e apresentação dos dados de forma conjunta.

5.1 A estrutura

5.1.1 Organização da atenção pré-natal

As mulheres do município de Santa Helena de Goiás têm acesso à atenção pré-natal oferecida nas seis USF, por meio de demanda espontânea ou por busca ativa realizada pelos ACS, com a garantia de atendimento em outros níveis de complexidade, se detectado algum risco à gestante ou ao conceito, sendo utilizado para isso o sistema de referência e contrarreferência da RAS local.

O primeiro atendimento à gestante, disponibilizado diariamente em todas as unidades, é feito pelo enfermeiro que, durante a consulta de enfermagem, realiza o cadastro no SISPRENATAL, solicita os exames de rotina, coleta material para a triagem neonatal (Teste da Mamãe) e agenda a próxima consulta com o médico, para avaliação dos resultados e condutas específicas. As consultas subsequentes obedecem ao fluxo recomendado pelo PHPN, com atendimento intercalado ou compartilhado entre o médico e o enfermeiro, ou, se necessário, com outro profissional (nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e educador físico) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Também são oferecidos atendimentos em grupos de educação em saúde específicos para gestantes, durante os quais são discutidos temas direcionados ao atendimento às recomendações do PHPN e às dúvidas e necessidades do grupo.

A atenção pré-natal de médio e alto risco é realizada por médicos obstetras na Unidade de Referência Médica, sendo mantido o acompanhamento de forma intercalada com a equipe da ESF, objetivando a vinculação, a corresponsabilidade e a qualidade da atenção, por meio da troca de informações sobre os cuidados prestados entre os profissionais que os realizam.

Para realização do parto, a principal referência é o HMSH, instituição hospitalar pública de pequeno porte, com uma oferta de 38 leitos, dos quais oito são destinados ao atendimento obstétrico.

Durante este estudo, identificou-se que 73% das mulheres participantes foram atendidas durante o pré-natal nas USF 1, 5 e 6 (Tabela 1), localizadas em regiões periféricas da zona urbana (Figura 4). Esse dado reafirma a função estruturante da ESF e seu papel na garantia da equidade no acesso aos cuidados e na promoção da saúde.

Tabela 1 - Distribuição do número e proporção das mulheres, conforme local de atendimento pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012

Unidades de Saúde	n = 85	%
Unidade Saúde da Família 1	22	25,9
Unidade Saúde da Família 2	4	4,7
Unidade Saúde da Família 3	7	8,2
Unidade Saúde da Família 4	12	14,1
Unidade Saúde da Família 5	19	22,4
Unidade Saúde da Família 6	21	24,7

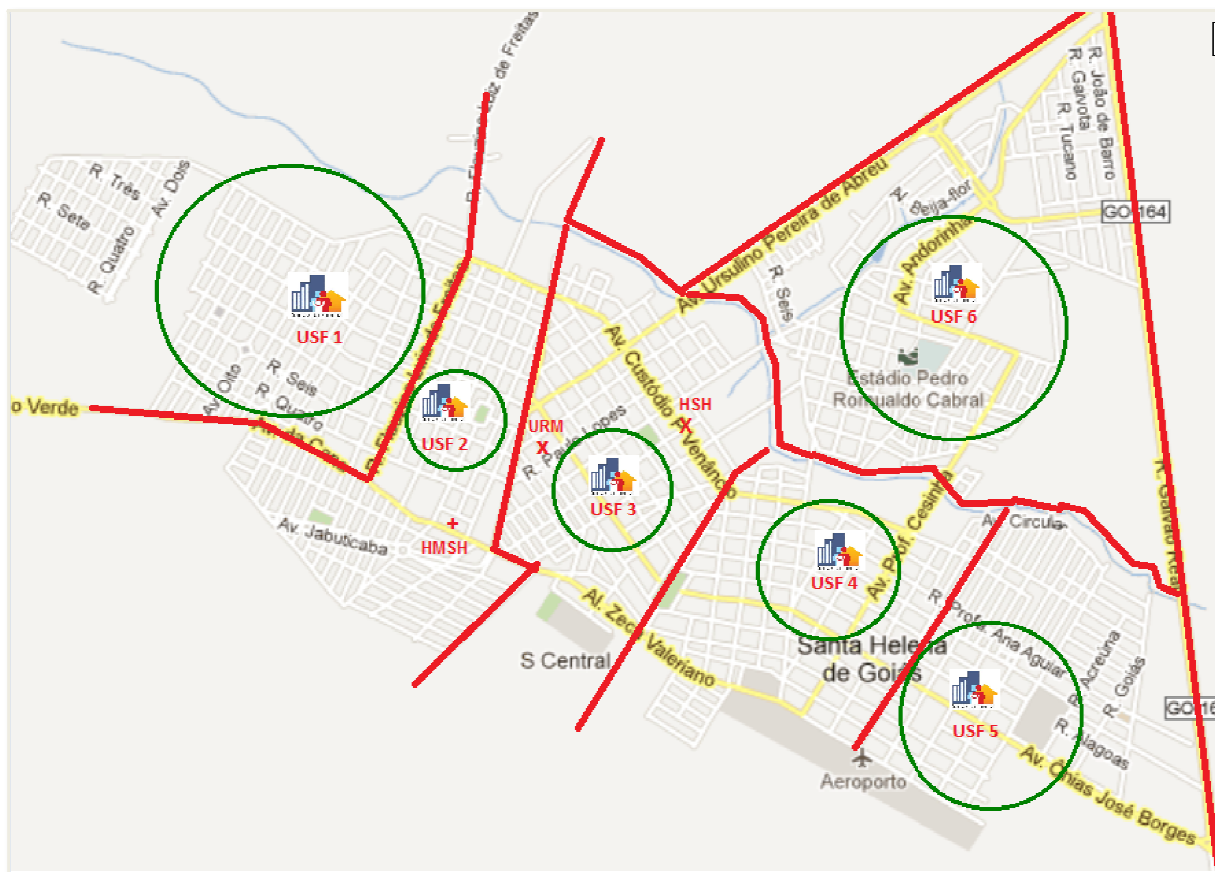


Figura 4 - Mapa urbano do Município de Santa Helena de Goiás, com distribuição das áreas de domínio e adscrição das USF.

Fonte: Mapa de área urbana em <https://maps.google.com.br/>. Acesso em: 03/09/2012.

Nota: Divisão de áreas de adscrição conforme mapeamento da Secretaria Municipal de Saúde.

5.1.2 Descrição e avaliação da estrutura

Por meio da avaliação da estrutura, verificou-se que 66,7% dessas unidades possuem uma estrutura global satisfatória, para a prestação de atenção pré-natal com boa qualidade (Figura 5).

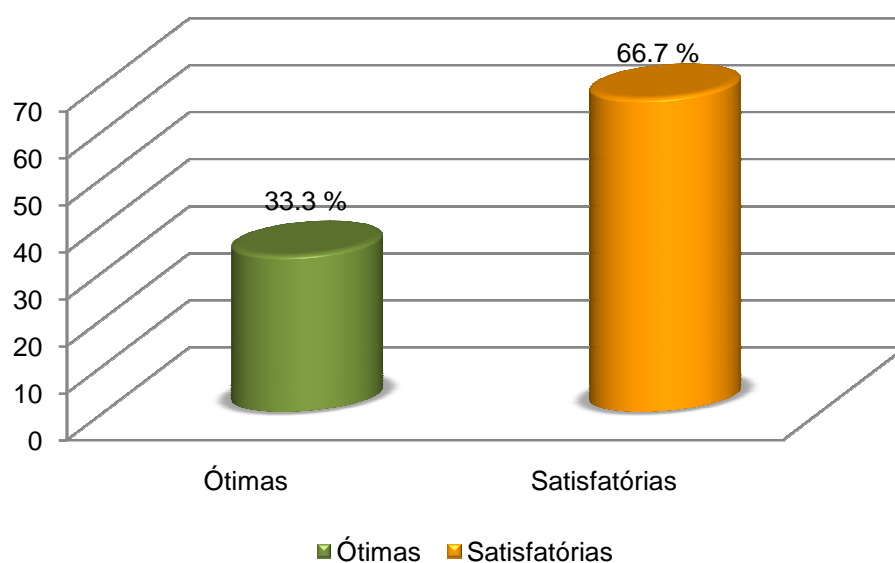


Figura 5 - Classificação global da estrutura das Unidades Saúde da Família. Santa Helena de Goiás, 2012

Esses resultados são melhores que os de Silveira e Santos (2004), que encontrou 54% das unidades que realizavam pré-natal, em Pelotas - RS, com estruturas precárias. No entanto, são similares aos de Siqueira (2004), que classificou como satisfatórias 85% das Unidades do Programa Saúde da Família de Sobral - CE; e ainda aos resultados de Rocha (2011), em Fortaleza - CE, com 90% das unidades consideradas ótimas/satisfatórias.

Ao considerar individualmente os quesitos, observou-se que o sistema de referência e contrarreferência encontra-se precário em todas as unidades investigadas, enquanto os recursos materiais disponíveis e o apoio laboratorial foram considerados ótimos para o atendimento ao pré-natal (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação da estrutura das unidades, considerando os recursos para a atenção pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012

Estrutura	Classificação							
	Ótima		Satisfatória		Precária		Insatisfatória	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Recursos Humanos	3	50,0	3	50,0	-	-	-	-
Planta física	2	33,3	3	50,0	1	16,7	-	-
Recursos materiais	6	100,0	-	-	-	-	-	-
Apoio laboratorial	6	100,0	-	-	-	-	-	-
Instrumentos de registro	-	-	6	100,0	-	-	-	-
Medicamentos essenciais	-	-	6	100,0	-	-	-	-
Sistema de referência e contrarreferência	-	-	-	-	6	100,0	-	-

Em relação à planta física, duas unidades estavam instaladas em prédios construídos especificamente para esse fim. As demais utilizavam prédios residenciais locados pela administração municipal e adaptados às exigências mínimas da vigilância sanitária.

Como principal fator de inadequação da planta física, observou-se, em três unidades (USF 1, 4 e 6), que as salas de espera eram pequenas, comportando um número insuficiente de bancos em relação à demanda. Em algumas unidades, os bancos disponíveis estavam sem condições de uso por gestantes, pelo desconforto e fragilidade. Na USF 6 foi identificada inadequação relacionada ao condicionamento do ar ambiente; e sua planta física, considerada precária, alcançando 64,3% da pontuação esperada para o quesito. Quanto à sala para as atividades educativas, somente as unidades 3 e 5 as possuíam, as demais utilizavam a sala de espera ou recursos comunitários próximos (escolas e igrejas).

Dados do MS apresentam um expressivo crescimento quantitativo dos estabelecimentos de saúde após implantação do PSF. No entanto, o incentivo de implantação, repassado pelo MS aos municípios, não permite criar e operar uma infraestrutura adequada. A maioria destas unidades não possui, ainda, uma expressão arquitetônica adequada de seus processos de trabalho (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, pressupõe-se que qualquer espaço seja adequado, bastando apenas contratar os profissionais e colocá-los à disposição da comunidade, o que tem mantido um número significativo de unidades com estrutura física inadequada, não raro, improvisada (MINAS GERAIS, 2008; MADEIRA, 2009; OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

Os ambientes destinados à prestação dos serviços de saúde, em especial as unidades básicas, retratam os vários modelos assistenciais que predominaram ao longo da história do sistema de saúde brasileiro (MINAS GERAIS, 2008).

A concepção estruturante da ESF pressupõe um ambiente compatível com as atividades a serem ofertadas, destacando que uma de suas principais linhas de ação é a promoção da saúde e prevenção de agravos, cuja metodologia de escolha para ação são atividades em grupo, ações preventivas e de promoção da saúde. Tais ações são características do modelo de atenção à saúde proposto pela ESF, no entanto, a busca de atendimento para cura ainda predomina, e se dá, mais especificamente, por consulta médica, visível na arquitetura desses ambientes,

marcada pela presença de consultórios, em detrimento de espaços para prevenção e promoção da saúde (MINAS GERAIS, 2008; MOURA et al., 2010).

Os recursos materiais foram classificados como ótimos em 100% das unidades, atendendo todos os requisitos prescritos pela Portaria nº 569/2000. Todavia, foram observadas algumas deficiências operacionais relacionadas à insuficiência de camisolas para atendimento às gestantes (nas USF 1 e 4); problemas de manutenção do autoclave (na USF 2); e falta do disco ou tabela de avaliação do índice de massa corporal (na USF 5).

Quanto aos recursos humanos, a área de abrangência de cada unidade pesquisada compreende o território adscrito para duas equipes da ESF. Assim, o quadro de recursos humanos encontrado atende ao preconizado pelas Portarias nº 648/2006 e nº 2.488/2011, uma vez que cada USF tem em seu quadro dois médicos generalistas; duas enfermeiras; dois técnicos de enfermagem; um cirurgião dentista; um auxiliar de saúde bucal; entre 9 a 12 ACS, conforme concentração populacional e classificação de risco da área assistida pela equipe. Para completar o quadro de recursos humanos, cada unidade ainda possui dois auxiliares administrativos e dois auxiliares de serviços gerais.

As coordenadoras das unidades informaram deficiências temporárias relativas ao quantitativo das seguintes categorias profissionais: um técnico de enfermagem e um apoio administrativo (nas USF 2 e 4) e um auxiliar de serviços gerais (na USF 4). Como justificativa, apresentou-se o fato de o mês de janeiro ser época de renovação de contratos temporários de credenciamento e período preferencial de férias entre os funcionários efetivos, o que dificulta a cobertura.

Em relação ao atendimento multidisciplinar, identificou-se que apenas duas (2,4%) mulheres participantes do estudo foram atendidas somente pelo médico. As demais (89,4%) referiram atendimentos por médicos e enfermeiros e 8,2% relataram atendimentos também por nutricionistas (Tabela 3).

Todas as USF pesquisadas possuem Equipes de Saúde Bucal integradas às equipes da ESF, no entanto, o total de mulheres que referiram atendimento odontológico durante o pré-natal foi de 12,9% (Tabela 3), com distribuição semelhante entre as unidades, excetuando a USF 4, onde nenhuma mulher recebeu atendimento odontológico durante a gestação.

Em referência ao acompanhamento domiciliar, 10,6% (n=9) das mulheres, atendidas nas USF 1 e 6, relataram não ter recebido visitas com esse fim, a maioria

delas por serem moradoras de zona rural. As demais, 20,0% (n=17), distribuídas uniformemente entre as USF, relataram que, além do ACS, outros profissionais da ESF (médicos, enfermeiras, assistente social, nutricionista) as visitaram durante o pré-natal (Tabela 3).

Tabela 3 - Características do atendimento pré-natal, Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	n = 85	%
Profissionais que realizaram os atendimentos		
Somente o Médico	2	2,4
Médico e Enfermeiro	76	89,4
Médico, Enfermeiro e Nutricionista	7	8,2
Atendimento odontológico durante o pré-natal		
Não	74	87,1
Sim	11	12,9
Visita domiciliar		
Não	9	10,6
Sim	76	89,4
Agente Comunitário de Saúde	59	69,4
Agente Comunitário de Saúde e outros profissionais	17	20,0

Quando avaliadas por USF, não foram observadas diferenças significativas quanto à distribuição dessas variáveis (Apêndice D, Tabela 3.1).

O atendimento multidisciplinar é fato condizente com as orientações do MS, que preconiza a implementação de ações da atenção pré-natal de forma integrada e complementar, realizada por profissionais que compõem equipes multidisciplinares, objetivando a integralidade do cuidado, conforme as diretrizes da ESF e do PHPN (BRASIL, 2006a; 2012d).

Ao avaliar a atenção odontológica durante o pré-natal, em Vitória - ES, Santos Neto (2012) encontrou resultados bastante similares aos deste estudo. Entre as puérperas por ele avaliadas, 11,7% receberam atenção odontológica pré-natal. No entanto, Venâncio (2006) encontrou valores de cobertura bem superiores: 28% das gestantes, usuárias do SUS de Dourados - MS, assistidas pelo dentista durante a atenção pré-natal.

O PHPN não inclui nas atividades obrigatórias do atendimento pré-natal a avaliação odontológica da gestante. O Manual Técnico de Assistência Pré-natal faz referência ao atendimento odontológico como umas das ações complementares do

cuidado à gestante, que, ainda não incorporada na realidade rotineira, tem ocupado um plano de menor importância na atenção pré-natal (LEAL, 2006).

Entretanto, as doenças bucais, especialmente a doença periodontal, têm sido associadas a diversas condições patológicas perinatais, inclusive o parto prematuro, a rotura prematura de membranas e a ocorrência de baixo peso ao nascer. Assim que a gestante inicia o pré-natal, é importante seu encaminhamento para o cirurgião dentista, buscando integrar à rotina do pré-natal o atendimento/acompanhamento odontológico (BRASIL, 2010).

Leal (2006), ao atentar sobre o tema, apresenta as gestantes como grupo populacional prioritário para a atenção odontológica, uma vez que podem apresentar problemas bucais próprios do período gestacional, relacionados a alterações hormonais, como a gengivite gravídica; existem necessidades acumuladas que podem comprometer a saúde materna e fetal (doença periodontal e transmissão vertical de bactérias periodontais e da cárie); são multiplicadoras de atitudes na rede familiar, influenciando os hábitos alimentares e de higiene da família; e são um grupo de fácil acesso por frequentar sistematicamente os serviços de saúde.

Para uma assistência pré-natal efetiva deve-se procurar garantir, entre outras ações, a visita domiciliar às gestantes e puérperas principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de monitorar a mulher e a criança, orientar cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários (BRASIL, 2012d).

A visita domiciliar, apesar de estar voltada à gestante, deverá ter um caráter integral e abrangente à família e ao seu contexto social. Assim, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser observada e discutida com os demais membros da equipe. Essa forma de atendimento reforça o vínculo estabelecido entre a gestante e os profissionais da ESF, e deve ser realizada preferencialmente pelo ACS, sendo preconizada uma visita ao mês (BRASIL, 2003b).

Quanto à percepção das mulheres em relação à continuidade da atenção, 56,5% relataram que, ao longo do pré-natal, não foram atendidas pelos mesmos profissionais. Ao analisar a variável agrupando as mulheres por local de atendimento, observou-se diferença significativa entre as USF ($p=0,028$), visto que nas USF 1, 3, 4 e 5 predominaram mulheres que referiram acompanhamento ao longo do pré-natal por profissionais diferentes, enquanto nas USF 2 e 6,

respectivamente, 75,0% e 67,1% delas foram atendidas pelos mesmos profissionais (Tabela 4; Apêndice D, Tabela 4.1). Entre as causas apontadas, estão sua frequente mudança de local de domicílio e conseqüente troca de unidade de referência, fato ao qual se somam questões administrativas ligadas à alta rotatividade de médicos e enfermeiros das equipes.

Quanto ao atendimento na USF, mais da metade das mulheres (56,5%) referiu aguardar em sala de espera por mais de uma hora, e o tempo de consulta não ultrapassou 15 minutos (87,1%). No entanto, mesmo ao considerar a exigüidade do tempo despendido na consulta, a maioria delas (91,8%) relatou ter todas as dúvidas sempre esclarecidas (Tabela 4).

Sobre a presença de acompanhante durante a consulta, 37,6% delas relataram boa aceitação dos profissionais no atendimento a esse direito durante a consulta pré-natal (Tabela 4).

Tabela 4 – Percepção das mulheres quanto às consultas pré-natais. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	n = 85	%
Foi atendida pelos mesmos profissionais		
Não	48	56,5
Sim	37	43,5
Tempo médio de espera para consulta		
Até 30min	22	25,9
De 30min a 1 hora	15	17,6
Mais de 1 hora	48	56,5
Tempo médio da consulta		
Menos 15min	74	87,1
Mais de 15min	11	12,9
Atendimento às dúvidas		
Sempre	78	91,8
Algumas vezes/nunca	7	8,2
Permissão para presença de acompanhante durante a consulta		
Não solicitada	53	62,4
Sim	32	37,6

A mobilidade e o fluxo migratório nos espaços urbanos têm sido vistos como um desafio para a continuidade do cuidado na ESF, uma vez que a desvinculação da família ocorre automaticamente com a mudança de endereço, e a responsabilidade da atenção passa a outros profissionais, reiniciando o processo de conhecimento e vinculação profissional/paciente. Aspecto reconhecido como fator

limitador e, muitas vezes, complicador para o cuidado de forma integral. Mandú, Antikeira e Lanza (2009) afirmam que a não continuidade das ações e a falta de vínculo das mulheres com os serviços e suas equipes concorrem para a redução da qualidade da atenção à saúde reprodutiva.

Quanto à alta rotatividade entre os profissionais, os principais motivos identificados foram gerenciais, relativos ao modelo contratual temporário. Gil (1999) relaciona rotatividade às dificuldades de formação de vínculos e de laços de compromissos e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população, destacando que o vínculo amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço.

Sobre o tempo de espera por atendimento, foi superior ao encontrado por Ribeiro et al. (2004), que identificou um tempo de espera inferior a uma hora para 53,2% das mulheres atendidas em unidades de saúde das cinco regiões do país. Quanto ao tempo médio despendido nas consultas, foi similar aos resultados de Rios e Vieira (2007), e Cunha e Vieira-da-Silva (2010), cuja média encontrada foi de 20 a 30 minutos para as primeiras consultas e entre 15 e 20 minutos para as subsequentes. Ainda considerando os parâmetros para programação das ações básicas de saúde, construídos com base em parâmetros internacionalmente reconhecidos e baseados em dados da OMS e OPAS, para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento, esse é o tempo sugerido para que a consulta seja adequadamente realizada (BRASIL, 2001).

No entanto, para atendimento a todas de especificidades da gestante e seu familiar, na realização de uma consulta pré-natal de qualidade, que os receba e acolha, dando-lhes a oportunidade de expor dúvidas, ansiedades, medos; que realize anamnese, exame clínico obstétrico; que oriente de maneira clara e compreensível; e, ainda, registre as informações em prontuário, cartão da gestante e todos os impressos padronizados do SISPRENATAL, acredita-se ser imprescindível um tempo maior para essa consulta.

Apesar de ser um direito, pouco se tem falado ou feito para estimular a participação do acompanhante nas consultas de pré-natal, seja ele o companheiro, familiar ou pessoa que faça parte de sua rede de apoio. Com isso perde-se a oportunidade de compartilhamento de informações ou discussão conjunta sobre questões específicas da gestação e preparo para o parto, ou mesmo de saúde em

geral, uma vez que o proposto pela ESF é atender o indivíduo de forma integral e em seu contexto familiar e social.

Diversos estudos afirmam a importância da presença do acompanhante durante o parto e puerpério no sentido de prover segurança, conforto, auxílio e suporte psicológico à mulher em um momento de fragilidade física e emocional, que traz uma conotação humanizadora ao cuidado (D'ORSI et al., 2005; DIAS; DESLANDES, 2006; NAKANO et al., 2007; REIS; PATRICIO, 2005). Todavia, são raros os estudos que abordam ou avaliam o papel e a importância do acompanhante durante as consultas do pré-natal, período em que também deve ocorrer a preparação da mulher e desse indivíduo para o momento do parto (CORRÊA, 2010; DUARTE, 2007).

Segundo Corrêa (2010), a participação do companheiro nas consultas pré-natais deve ser incentivada. A autora relata que 62,5%% das gestantes de seu estudo compareceram acompanhadas a pelo menos uma consulta de pré-natal e, entre elas, 59,0% tiveram o pai da criança como acompanhante.

Tais fatos despertam para a necessidade de os direitos da gestante serem melhor trabalhados no contexto da ESF, com início pela sensibilização dos profissionais, para que abordem o tema durante as consultas individuais e nos momentos de atividades em grupo, no sentido de estimular e envolver as mulheres, seus companheiros e familiares no processo gestacional, para que participem de forma mais ampla.

O apoio laboratorial foi considerado ótimo em todas as unidades: o Teste da Mamãe (primeira amostra coletada na primeira consulta e segunda amostra a partir da 28ª semana de gestação), realizado em convênio com a Associação dos Pais e Amigos do Excepcional (APAE - Goiânia); os demais exames laboratoriais, (exceto a urocultura), realizados no Laboratório Municipal, com agendamento feito na recepção da própria USF, por meio do SISREG via Central de Marcação de Consultas (Sistema de Regulação - DATASUS).

Quanto à urocultura, exame não realizado na rede local, fica às expensas da gestante e, em razão do custo, raramente é efetivado. Por sua importância no diagnóstico da bacteriúria assintomática, em 2012, com a implantação da Rede Cegonha, esse exame passou a ser obrigatório, portanto, incluso na rotina, e deve ser oferecido no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez (BRASIL, 2012d). Segundo o MS, estados e municípios necessitam dispor de redes de serviços

organizadas, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, para garantir a realização dos exames (BRASIL, 2006a).

Sobre a disponibilidade dos instrumentos para registro da atenção pré-natal, todas as unidades apresentaram um desempenho satisfatório, com pontos negativos referentes a não utilização da ficha perinatal. Essa ficha tem modelo preconizado pelo MS, com base no cartão da gestante, cujos campos pré definidos para registro das informações padroniza e facilita a coleta e registro de dados. Os demais instrumentos (cartão da gestante, ficha de cadastramento da gestante no SISPRENATAL, mapa de registro diário do SISPRENATAL e caderno para controle de registros de gestantes) seguem os modelos recomendados pelo Ministério da Saúde. O fato de estarem disponíveis não assegura, todavia, seu uso adequado e preenchimento correto.

Quanto à disponibilização dos medicamentos essenciais prescritos durante o pré-natal, identificou-se que a classificação foi satisfatória para todas as unidades do município. Entre os pontos negativos observados, destacou-se a falta ocasional de anti-hipertensivo (metildopa) e do supositório de glicerina. Este, não faz parte da relação municipal de medicamentos (REMUME).

Ao serem questionadas sobre o acesso aos medicamentos prescritos durante a gestação, 55 mulheres (69,4%) relataram tê-los recebido na própria USF ou na Central de Abastecimento e Atenção Farmacêutica Municipal. As 24 (30,4%) mulheres que compraram com recursos próprios apresentaram, como motivo, a falta temporária do medicamento na rede ou por não estar relacionado na REMUME (Figura 6).

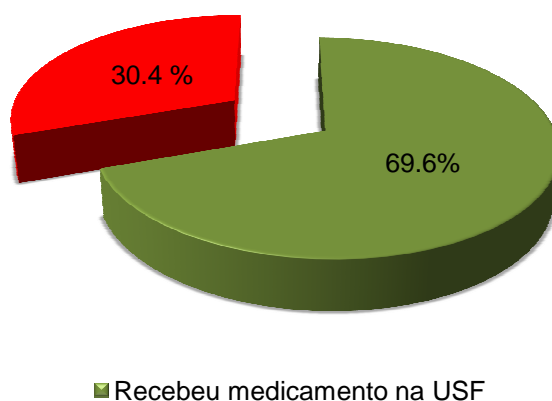


Figura 6 - Forma de acesso a medicamentos durante o pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012

O acesso a medicamentos, também garantido à gestante pelo PHPN, é um indicador da qualidade e resolutividade de um sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito. A prescrição de medicamentos não padronizados na REMUME onera as famílias e, na maioria das vezes, a falta de recurso faz com que o tratamento adequado não seja efetuado. Esse, segundo Paniz et al. (2008), é motivo frequente de retorno de pacientes aos serviços de saúde.

A avaliação do sistema de referência e contrarreferência da atenção pré-natal deixou evidente sua precariedade. Constataram-se facilidades de encaminhamento das gestantes para atendimentos de urgência e emergência obstétrica e internações para o parto, referência feita de forma direta ao HMSH, por meio de ficha padronizada. Para atendimento ambulatorial de gestantes de alto risco, o agendamento ocorre por intermédio do SISREG, com acesso ao sistema na própria USF, e realiza-se o atendimento no prazo médio de uma semana. No entanto, a precariedade se caracteriza pela inexistência da contrarreferência formal, sendo as informações sobre o atendimento das intercorrências e/ou da atenção ao parto e puerpério obtidas pelo relato da mulher, quando ela retorna à unidade. A continuidade do cuidado fica, pois, prejudicada.

Tal sistema, embora ainda não consolidado no SUS, faz parte da logística das RAS, e é a estratégia para a integralidade da atenção à saúde. As dificuldades na sua efetivação favorecem a manutenção de uma atenção fragmentada e desumanizada, que limita o acompanhamento dessas pacientes pelas unidades de saúde e favorece o abandono (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Segundo Tanaka (1995), a desarticulação entre os serviços leva à descontinuidade da assistência pré-natal, parto e puerpério. Para Mendes (2007), a ausência de referência e contrarreferência é um dos problemas dos sistemas de saúde nas Américas.

As dificuldades relatadas pelas coordenadoras de unidades corroboram os resultados apresentados por diversos autores (MELO et al. 2011; OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008; ROCHA, 2011; SILVEIRA; SANTOS, 2004). Segundo Rocha (2011), os piores escores encontrados na avaliação da estrutura da assistência pré-natal de Fortaleza - CE corresponderam também ao sistema de

referência e contrarreferência, e destacou que em 66,7% das unidades inexistia a contrarreferência.

5.2 O processo da atenção pré-natal

5.2.1 Características sociodemográficas e econômicas das participantes

Das 85 puérperas que participaram do estudo, 49,4% delas referiram a cor de sua pele como parda, 58,8% estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, com média de idade de $23,2 \pm 6,1$ anos (mínima de 12 e máxima de 38 anos). Destaca-se que 35,3% delas eram menores de 20 anos. A maioria (82,4%) tinha companheiro fixo, 92,9% residiam na zona urbana e 77,6% moravam com o companheiro. Quanto ao nível de escolaridade, 42,4% das puérperas tinham de cinco a nove anos de estudo (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição do número e proporção das mulheres conforme características sociodemográficas. Santa Helena de Goiás, 2012.

Variáveis		
Idade média	23,2	<i>dp</i> * ± 6,1
	n = 85	%
Faixa etária		
12 a 19 anos	30	35,3
20 a 34 anos	50	58,8
35 e +	5	5,9
Cor da pele		
Branca	28	32,9
Negra	15	17,6
Parda	42	49,4
Local de residência		
Zona Urbana	79	92,9
Zona Rural	6	7,1
Situação conjugal		
Com companheiro	70	82,4
Sem companheiro	15	17,6
Com quem mora		
Com companheiro	66	77,6
Sem companheiro	19	22,4
Escolaridade		
< 1 ano	2	2,4
1 a 4 anos	12	14,1
5 a 9 anos	36	42,4
10 a 12 anos	33	38,8
12 anos e +	2	2,4

**dp* = desvio padrão

A análise comparativa entre as USF demonstrou a homogeneidade das características sociodemográficas das mulheres assistida pela ESF, não sendo encontradas diferenças significativas em suas distribuições (Apêndice D, Tabela 5.1).

Os resultados refletem as características macrorregionais apresentadas na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) 2006, para a região centro-oeste (BRASIL, 2009), e corroboram o estudo de Costa (2011), realizado em uma maternidade pública de Goiânia - GO, onde predominaram mulheres jovens, na faixa etária de 21 a 30 anos (58,2%), pardas (60,9%), com parceiro estável (77,3%) e média de 4 a 7 anos de estudo (49,1%).

Ao comparar com outros estudos, encontrou-se similaridade com os resultados de Primo, Amorim e Castro (2007), em Serra - ES, em que a faixa etária predominante foi de 20 a 34 anos (63,5%), e 30,6% das mulheres tinham menos de 20 anos, 71,4% delas viviam com companheiro e 69,0% eram pardas. Corrêa, Bonádio e Tsunechiro (2011) também observaram, em uma maternidade filantrópica de São Paulo - SP, que 27,6% das mulheres entrevistadas eram adolescentes, com média de estudo entre 8 e 9 anos ($\pm 2,8$), 79% delas viviam com parceiro fixo e 41% eram não brancas.

Destaca-se que o perfil predominante caracteriza um grupo de mulheres na faixa etária considerada de menor risco reprodutivo (BRASIL, 2000a). No entanto, o percentual de adolescentes (35,3%) chama a atenção.

Segundo Carvalho e Araújo (2007), a rápida queda da fecundidade em outros grupos etários, observada nas últimas décadas, tem contribuído para ampliar a participação das adolescentes no universo das mulheres grávidas. Segundo estudos recentes, vem ocorrendo um rejuvenescimento do padrão reprodutivo das brasileiras, relatado na PNDS de 2006, que apresentou uma média nacional de idade de 24,6 anos entre as mulheres grávidas (BERQUÓ; GARCIA; LAGO, 2009; CORRÊA, 2010; KOFFMAN; BONADIO, 2005; PEREIRA et al., 2006; SIQUEIRA, 2011).

A gravidez na adolescência tem sido considerada fator de risco tanto para a mãe quanto para o filho, e também, do ponto de vista médico, como fator agravante ou desencadeador de transtornos psicológicos e sociais. Vários estudos fazem referência a maior incidência de complicações durante a gestação nessa fase, tais como abortamento espontâneo, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal intraparto e parto por cesárea (YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009).

Segundo Rios e Vieira (2007), mães mais jovens têm um risco perinatal mais elevado, visto que gravidez e pouca experiência podem representar uma grande pressão psicológica, principalmente entre as primigestas, o que exige uma assistência voltada não somente para o aspecto físico, mas também para o emocional e para a educação em saúde.

Do ponto de vista social, a gravidez nessa fase da vida pode ocasionar repercussões sociais negativas, com reflexo na evolução pessoal e profissional, além de transtornos no núcleo familiar (MICHELAZZO et al., 2004).

Diante dessa realidade, Yazlle, Franco e Michelazzo (2009) alertam no sentido de que a atenção básica deve estar preparada para o atendimento da população de adolescentes; deve buscar entrosamento com os profissionais da área da educação, serviço social e psicologia, e apoio de entidades governamentais e não governamentais presentes na comunidade e que possam contribuir para um programa de prevenção da gravidez na adolescência e sua repetição.

Em referência à presença de parceiro fixo, os estudos são unânimes quanto ao fator protetor que a situação produz, pois os aspectos psicológicos relativos à segurança, à estabilidade econômica estão relacionados à adequação do pré-natal (COIMBRA et al., 2003; LIMA; SAMPAIO, 2004).

A escolaridade foi apontada em alguns estudos como o mais relevante fator associado ao peso ao nascer e também à mortalidade neonatal. Pesquisadores consideraram esta variável como um forte fator protetor de ocorrência de complicações maternas e fetais. Mães com quatro anos de estudo, ou mais, dão maior importância ao pré-natal (CARMO, 2006; COSTA; GOTLIEB, 1998).

Quanto à ocupação habitual, predominaram mulheres que desempenhavam trabalhos exclusivamente no lar (76,5%). Na data do parto, 85,9% delas encontravam-se ativas, nessa função, e 11,8% gozavam de licença maternidade (Tabela 6).

Em relação à renda familiar mensal, 62,4% referiram ser a renda de um e três salários mínimos, com média de R\$ 1.057,52 \pm 500,30, sendo o companheiro o principal provedor (60%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição do número e proporção das mulheres conforme características socioeconômicas. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	n = 85	%
Ocupação habitual		
Do lar	65	76,5
Estudante	6	7,0
Costureira	4	4,7
Trabalhadora doméstica	4	4,7
Vendedora autônoma	2	2,4
Outras	4	4,7
Situação de trabalho		
Ativa não remunerada	71	83,5
Ativa remunerada	4	4,7
Licença maternidade	10	11,8
Responsável pela renda		
A mulher	6	7,0
O companheiro	51	60,0
A mulher e o companheiro	10	11,8
Outros	18	21,2
Renda mensal familiar		
0 I--- 1 SM*	25	29,4
1 I--- 3 SM	53	62,4
3 I--- 5 SM	7	8,2

* SM: salário mínimo vigente = R\$ 622,00.

Quanto às características socioeconômicas, não foram encontradas diferenças significativas entre as USF (Apêndice D, Tabela 6.1).

Silva (2010) detectou dados semelhantes em sua pesquisa, uma vez que 71,3% das participantes de seu estudo (em Palmas - TO) informaram não executar atividades remuneradas; tinham como atividades laborais os cuidados com o lar, e, entre aquelas inseridas no mercado de trabalho, predominaram profissões pouco especializadas.

Por não serem as principais provedoras da família, os valores relatados foram estimados pelas mulheres, podendo não expressar valores exatos, mas, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios - PNAD 2011 (IBGE, 2012b), na região centro-oeste 38,7% dos domicílios apresentaram renda domiciliar entre 1 e 3 salários mínimos em 2011.

5.2.2 Características obstétricas

Em relação aos antecedentes obstétricos, identificou-se que 56,5% das participantes eram multigestas, com prevalência de nulíparas (50,6%), uma vez que se incluem nessa categoria as multigestas, cujas gestações anteriores finalizaram em abortamentos; 17,6% das participantes referiram abortamentos. Quanto aos partos anteriores, 35,7% relataram ocorrência de cesarianas. Nenhuma mulher apresentou história progressiva de natimorto (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição do número e proporção das mulheres, conforme antecedentes obstétricos. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	n = 85	%
Número de gestações		
Primigestas	37	43,5
Multigestas	48	56,5
Paridade		
Nenhum	43	50,6
1 a 3	40	47,0
4 ou mais	2	2,4
Tipos de partos anteriores*		
Cesárea	15	35,7
Vaginal	25	59,6
Cesárea e vaginal	2	4,7
Abortamentos		
Não	70	82,4
Sim	15	17,6

*Excluídas as primigestas e nulíparas (n=42).

Observa-se homogeneidade na distribuição dessas variáveis entre as USF (Apêndice D, Tabela 7.1)

Os antecedentes obstétricos estão em conformidade com os de Corrêa (2010), que, em sua pesquisa em São Paulo – SP, identificou que 55,4% das puérperas eram multigestas e 52,5% nulíparas. Resultados divergentes foram encontrados por Costa (2011), em Goiânia - GO, onde 99% das participantes de seu estudo eram multíparas.

Quanto à frequência de cesarianas anteriores, os resultados foram similares aos encontrados por Siqueira (2011) em Santos - SP (31,2%) e melhores que os encontrados por Silva (2010) em Palmas - TO (49,5%).

Segundo Barini et al. (2000), de 12% e 15% das gestações clinicamente reconhecidas terminam em abortamentos espontâneos. Assim, os resultados estão acima da incidência esperada, porém, inferiores aos encontrados em Palmas - TO, onde 19,9% das participantes relataram um ou mais abortos (SILVA, 2010), e aos de Santos - SP, com 22,7% (SIQUEIRA, 2011).

Quanto à história obstétrica atual, identificou-se que 98,8% das gestações foram de feto único; 43,5%, classificadas como baixo risco; e 10,6%, como de alto risco. No entanto, a análise dessa variável não pôde ser realizada adequadamente pela falta de registros em 36,6% dos prontuários (Tabela 8), sem diferenças estatísticas significativas entre as USF (Apêndice D, Tabela 8.1).

Ao considerar o desfecho, 71,8% das mulheres deram à luz por parto vaginal, sendo que 91,8% delas encontravam-se entre 37 e 41 semanas de gestação no momento do parto, ficando a média de idade gestacional em 39,1 ±1,78 semanas, com variação entre 31 e 41 semanas (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição do número e proporção das mulheres, conforme características da história obstétrica atual. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	n = 85	%
Tipo de gestação atual		
Única	84	98,8
Gemelar	1	1,2
Classificação de risco gestacional		
Sem registro	31	36,5
Baixo risco	37	43,5
Médio risco	8	9,4
Alto risco	9	10,6
Tipo de parto		
Vaginal	61	71,8
Cesárea	24	28,2
Idade gestacional na data do parto*		
22 a 36 semanas	7	8,2
37 a 41 semanas	79	91,8

* n = 86 devido à ocorrência de 1 parto gemelar.

Esses dados são semelhantes aos verificados no Município da Serra - ES por Primo, Amorim e Castro (2007), cujos resultados apontam 99,8% de gestações com feto único, classificados como de baixo risco gestacional, 79,7% das mulheres deram à luz por parto vaginal e 94,5% deles foram a termo com idade gestacional média de 39,1 semanas.

Em relação à proporção de cesarianas (28,2%), o resultado está próximo ao valor encontrado por Pádua et al. (2010) em hospitais financiados somente pelo SUS (29,7%). Todavia, ainda é um nível inaceitável pela OMS, que, a fim de garantir bons resultados maternos e neonatais, considera limite aceitável para essa taxa até 15% do total de partos realizados (OMS, 1996).

A proporção de partos pré-termo (8,2%) foi superior aos 5,5% encontrados por Andrade, Szwarcwald e Castilho (2008), ao analisarem, em 2005, a base de dados do SINASC de municípios com população menor que 50.000 habitantes.

O Brasil está entre os países cujas taxas de cesárea são as mais elevadas. Estudos mostram que fatores não obstétricos influenciam a manutenção dessas taxas (HADDAD; CECATTI, 2011).

Quanto aos riscos comportamentais, sem diferenças significativas entre as USF, 17,6% das participantes relataram a ingestão de bebidas alcoólicas; 16,5%, o uso de cigarros; e 2,4% delas afirmaram ter consumido outras drogas (Tabela 9; Apêndice D, Tabela 9.1).

Tabela 9 – Distribuição do número e proporção das mulheres, segundo riscos comportamentais associados à gestação atual. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	n = 85	%
Consumo de fumo durante a gestação		
Não	71	83,5
Sim	14	16,5
Consumo de álcool durante a gestação		
Não	70	82,4
Sim	15	17,6
Consumo de outras drogas		
Não	83	97,6
Sim (<i>Crack</i>)	2	2,4

Esses percentuais estão acima dos encontrados por Freire, Padilha e Saunders (2009), que, ao investigarem puérperas atendidas em uma unidade pública do Rio de Janeiro, registraram relatos de uso de cigarro e álcool por 5,5% e 7,4% delas, respectivamente, durante a gestação. Os mesmos autores consideram esses dados frágeis e alertam sobre a possibilidade de serem os valores mais elevados, necessitando de estudos específicos para maior precisão, uma vez que o constrangimento e o sentimento de culpa das gestantes podem levar a relato de consumo menor ou à sua negação, para evitar possível repreensão e desaprovação

pelo profissional de saúde.

Estudos mostram que a ingestão de álcool pelas gestantes aumenta o risco de aborto espontâneo, é fator teratogênico importante, compromete o crescimento fetal, e pode levar à síndrome de alcoolização fetal, que, além de prejuízo do crescimento, inclui defeitos cognitivos, fissuras palpebrais curtas e hipoplasia maxilar (RUDOLPH; GARCIA-PRATES, 1990 apud CARMO, 2006).

O tabagismo é uma das principais causas de crescimento intrauterino restrito, com redução do peso fetal proporcional ao número de cigarros consumidos por dia (CARMO, 2006).

As participantes deste estudo que relataram o uso de outras drogas (n=2), referiram o uso de *crack* durante todo o período gestacional.

Quando consumida durante a gestação, essa droga chega à corrente sanguínea aumentando o risco de complicações tanto para a mãe quanto para o feto. Para a gestante, aumenta o risco de descolamento prematuro da placenta, aborto espontâneo e redução da oxigenação uterina. Para o bebê, o *crack* pode reduzir a velocidade de crescimento fetal, o peso e o perímetro cefálico ao nascimento. Há ainda riscos de malformação congênita, maior risco de morte súbita da infância, alterações do comportamento e atraso do desenvolvimento (BRASIL, 2012d; CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2012).

Para Yamaguchi et al. (2008), o uso de drogas, de maneira geral é um sério problema de saúde pública, mas, especificamente na gestação, devem ser desenvolvidos trabalhos multidisciplinares para o estabelecimento de estratégias de abordagem.

Entre as participantes que referiram hospitalização durante a gestação (n=18; 21,2%), a principal causa mencionada foi o trabalho de parto prematuro (n=10; 55,6% das internações) (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição das intercorrências clínicas associadas à hospitalização no curso da gestação atual, segundo relato das mulheres. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	N	%
Hospitalização durante a gestação		
Não	67	77,7
Sim	18	21,2
Total	85	100,0
Causas da hospitalização		
Trabalho de parto prematuro	10	55,6
Infecção do trato urinário	4	22,2
Outras causas	4	22,2
Total	18	100,0

É importante ressaltar a existência de fator limitador para a análise desses dados, uma vez que foram apenas referidos pelas participantes, não sendo encontrados registros nos prontuários clínicos das USF. O modelo de arquivo do HMSH impossibilitou a confirmação de internações anteriores ao parto. No entanto, todas as causas informadas por elas, para o tratamento em regime de internação hospitalar durante a gestação, foram patologias evitáveis em nível de prevenção ambulatorial na atenção pré-natal, e, segundo estudos disponíveis, são causas frequentes de intercorrências entre gestantes (BRASIL, 2006a).

A incidência para infecção do trato urinário apresenta-se entre 1% e 1,5% das gestantes, porém, a bacteriúria assintomática ocorre em até 10% das gravidezes, e pode evoluir para cistite em 30% e para pielonefrite em 50% das gestantes. É reconhecida sua associação a complicações da gestação, notadamente o trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas amnióticas, paralisia cerebral, restrição de crescimento intrauterino, com consequentes baixo peso ao nascer e óbito perinatal (SASAKI, 2011). Destaca-se, assim, a importância de seu rastreamento e tratamento durante o pré-natal, devendo ser solicitado o exame de urina já na primeira consulta.

Quanto ao trabalho de parto prematuro, estudos brasileiros apresentaram variações entre 7,0% e 22%, conforme as características populacionais e nível de atenção ofertada pelos serviços, sendo a incidência maior nos locais onde o nível socioeconômico e cultural é menos favorecido (FERREIRA; NUNES, 2011; RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004). Existe estreita relação do parto prematuro com infecções urinárias e bacterianas, principalmente a vaginose bacteriana (BRASIL, 2012d).

Conforme registros nos prontuários clínicos das USF, 5,9% (n=5) das mulheres tiveram diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), não sendo observada na coleta de dados a classificação quanto a serem ou não portadoras de hipertensão arterial crônica prévia ou gestacional (Tabela 11).

Quanto ao rastreamento do *diabetes mellitus* gestacional (DMG), observou-se que 22 prontuários apresentaram registros de glicemia de jejum \geq a 85mg/dl, no entanto, não foram confirmados casos de diabetes gestacional. Destaca-se que 11,8% (n=10) dos prontuários não apresentaram registros de realização de glicemia de jejum (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição das intercorrências clínicas associadas à gestação atual, segundo registro nos prontuários clínicos das USF. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	n = 85	%
Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)		
Sem registro	1	1,2
Não	79	92,9
Sim	5	5,9
Glicemia de Jejum \geq 85mg/dl (rastreamento para DMG)		
Sem registro	10	11,8
Não	53	62,4
Sim	22	25,9

Esse resultado é compatível com os valores esperados na literatura, e também com os apresentados por SIQUEIRA (2011), que identificou, entre as puérperas participantes de seu estudo, moradoras de áreas cobertas pela ESF em Santos - SP, 6,6% com diagnóstico de DHEG.

As complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal, e ocorre em cerca de 5% a 10% de todas as gestações. É definida por níveis pressóricos maiores ou iguais a 140/90mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas. Devido a sua importância como fator complicador, e podendo ser prevenida, é fundamental seu diagnóstico e tratamento durante o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2006a, 2012d; RIOS, 2011; VALADARES NETO et al., 2000).

Atualmente no Brasil, a incidência de diabetes na gestação alcança 7,5%, sendo que, destes, 88% apresentam DMG, que é o diagnóstico durante a gravidez. É uma comorbidade cujo manejo correto e controle são de grande importância para

o sucesso dos resultados gestacionais e perinatais. Suas principais complicações são macrossomia fetal e malformações congênitas; e o reconhecimento precoce permite orientações e intervenções preventivas (CASTRO; SANTOS, 2011).

A falta de registros deixa questionamentos quanto a sua realização e sobre a importância dada pelos profissionais a esse exame, uma vez que o PHPN indica sua realização em dois momentos do cuidado pré-natal (primeira consulta e 28^a semana de gestação).

5.2.3 Características do processo da atenção pré-natal

A análise das características do processo da assistência pré-natal indicou que na primeira consulta de pré-natal as mulheres estavam, em média, com 12,4 \pm 6,2 semanas de gestação; e compareceram a 7,4 (\pm 3,0) consultas (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da média e desvio padrão da idade gestacional na primeira consulta e média de consultas realizadas por trimestre. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	Média (dp)*	Varição Mínima - Máxima
Idade gestacional na 1 ^a consulta	12,4 (\pm 6,2)	5 - 32
Consultas realizadas	7,4 (\pm 3,0)	1 - 15
1 ^o Trimestre ¹	1,1 (\pm 1,0)	0 - 4
2 ^o Trimestre ²	2,3 (\pm 1,3)	0 - 7
3 ^o Trimestre ³	3,8 (\pm 2,0)	0 - 10

*dp = desvio padrão

Esses resultados são compatíveis com o preconizado pelo PHPN, e similares aos resultados de Coutinho (2006), início do pré-natal: 15,7; média de consultas: 7,2; e de Corrêa (2010), início do pré-natal: 14,2; média de consultas: 8,3.

A análise comparativa entre os dados dos prontuários clínicos e os cartões de gestantes mostrou que, entre estes dois documentos, não houve diferença estatisticamente significativa nos registros do início da atenção pré-natal ($p=0,4168$) e do número de consultas ($p=0,4171$), o que nos permite proceder à análise dessas

¹ Primeiro trimestre: \leq 14 semanas de gestação a partir da data da última menstruação;

² Segundo trimestre: 15 a 27 semanas de gestação;

³ Terceiro trimestre: 28 a 42 semanas de gestação.

variáveis utilizando apenas os resultados dos prontuários. Assim, identificou-se que 77,6% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e 78,8% realizaram seis ou mais consultas (Tabela 13).

Evidencia-se, portanto, que as USF propiciaram uma cobertura satisfatória facilitando o acesso, a captação precoce e a oferta de consultas de pré-natal dentro do preconizado pelo PHPN.

Tabela 13 – Utilização da atenção pré-natal, segundo registros do cartões de gestantes e prontuários clínicos (n=85). Santa Helena de Goiás, 2012

Início e número de consultas	Local de registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	n	%	n	%	
Início da atenção pré-natal					
1º Trimestre (\leq 14 semanas)	60	70,6	66	77,6	0,4168
2º Trimestre (15 a 27 semanas)	23	27,0	16	18,8	
3º Trimestre ($>$ 28 semanas)	2	2,4	3	3,5	
Número de consultas/gestante					
6 ou mais consultas	64	75,3	67	78,8	0,4171
3 a 5 consultas	14	16,5	15	17,6	
2 ou menos consultas	7	8,2	3	3,5	

*p = nível de significância do Teste G (aderência).

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde realize correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante o exame clínico-obstétrico e seus registros sejam feitos de forma fidedigna e legível, tanto no prontuário clínico da unidade quanto no cartão da gestante, possibilitando a continuidade do cuidado prestado à gestante pelos profissionais da ESF, assim como de outros serviços, quando necessário. Basta para isso, a ação e o registro pelos profissionais envolvidos (BRASIL, 2006a).

Em relação aos registros dos procedimentos, não foram encontradas diferenças significativas entre os cartões e os prontuários para as variáveis idade gestacional ($p=0,0815$), pressão arterial ($p=0,1040$), peso materno ($p=0,0896$) (Tabela 14).

À semelhança dos resultados de Coutinho (2006), Gonçalves, Cesar, Mendoza-Sassi (2009), Silva (2010) e Domingues et al. (2012), a implementação dos procedimentos de maneira global foi adequada para a maioria das participantes, apresentando maiores frequências os registros da aferição da pressão arterial (83,6%; 83,5%), do peso materno (82,4%; 81,1%) e da idade gestacional (80,0%;

70,5%) (Tabela 14).

Foram observadas diferenças significativas entre os cartões e os prontuários quanto aos registros das variáveis altura uterina ($p < 0,0001$), apresentação fetal ($p = 0,0379$), batimentos cardíaco-fetais ($p = 0,0117$) e vacinação antitetânica ($p = 0,0002$) (Tabela 14).

Ressalta-se que, nas USF estudadas, a aferição da pressão arterial e medidas de peso e altura dos pacientes precedem às consultas médicas e de enfermagem; sendo realizadas pelos técnicos de enfermagem, também responsáveis por esses registros nos prontuários. É um requisito obrigatório para acesso à consulta médica e de enfermagem. O objetivo de verificar a pressão arterial a cada consulta de pré-natal é detectar precocemente a DHEG.

Os registros da AU e da VAT foram considerados predominantemente adequados no cartão da gestante, corroborando, em relação à adequação, mas com valores inferiores, com os resultados de Coutinho (2006) (AU = 81,3%; VAT = 59,0%), e Silva (2010) (AU = 64%; VAT = 95%).

Quanto à apresentação fetal, o procedimento não foi registrado para a maioria das mulheres, fato que ocorre com maior frequência nos cartões de gestantes. A ausência de tais registros (80,0% dos cartões e 62,3% dos prontuários) fez desse o procedimento com menor frequência de registros durante as consultas de pré-natal (Tabela 14). Fato também observado em 58,4% dos prontuários avaliados por Coutinho (2006) e em 94,0% dos cartões no estudo de Silva (2010).

A ausência destes registros é preocupante, uma vez que podem estar sendo perdidas oportunidades de diagnóstico e detecção precoce de complicações, e corrobora os questionamentos de Coutinho (2006), quanto a existência de sub-registros ou ocorrência de despreparo técnico para execução das manobras técnicas para o diagnóstico, pouca valorização do procedimento e/ou comodidade advinda da substituição por diagnósticos feitos pela ultrassonografia.

Por ser o cartão um documento de posse e porte da gestante, e factível seu extravio, é imprescindível que os registros sejam feitos também nos prontuários, para possibilitar comparações e avaliações de forma segura, assim como produzir documentação legal do cuidado prestado.

Tabela 14 – Análise descritiva e comparativa dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012

Procedimentos clínicos obstétricos	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	n	%	n	%	
Altura Uterina (AU)					
Sem registros (Inadequado)	1	1,2	7	8,2	< 0,0001
1 a 2 registros (Inadequado)	13	15,3	31	36,5	
3 a 4 registros (Intermediário)	22	25,9	19	22,3	
5 ou mais registros (Adequado)	49	57,6	28	33,0	
Idade Gestacional (IG)					
Sem registros (Inadequado)	1	1,2	1	1,2	0,0815
1 a 2 registros (Inadequado)	6	7,1	5	5,9	
3 a 4 registros (Intermediário)	10	11,8	19	22,3	
5 ou mais registros (Adequado)	68	80,0	60	70,5	
Pressão Arterial (PA)					
1 a 2 registros (Inadequado)	8	9,4	5	5,9	0,1040
3 a 4 registros (Intermediário)	6	7,0	9	10,6	
5 ou mais registros (Adequado)	71	83,6	71	83,5	
Peso Materno (PM)					
1 a 2 registros (Inadequado)	7	8,2	4	4,7	0,0896
3 a 4 registros (Intermediário)	8	9,4	12	14,2	
5 ou mais registros (Adequado)	70	82,4	69	81,1	
Batimentos cardíaco-fetais (BCF)					
Sem registros (Inadequado)	1	1,2	7	8,2	0,0117
1 a 2 registros (Inadequado)	9	10,6	15	17,6	
3 registros (Intermediário)	9	10,6	10	11,8	
4 ou mais registros (Adequado)	66	77,6	53	62,4	
Apresentação fetal (AF)					
Sem registros (Inadequado)	68	80,0	53	62,3	0,0379
1 registro (Intermediário)	13	15,3	24	28,3	
2 ou mais registros (Adequado)	4	4,7	8	9,5	
Vacina antitetânica (VAT)					
Sem registro (Inadequado)	29	34,1	52	60,0	0,0002
Com registro de 1ª dose (Intermediário)	5	5,9	0	0	
Com registro de dose imunizante e/ou imunização prévia (Adequado)	51	60,0	33	38,8	

*p = nível de significância do Teste G: Independência.

Apesar da avaliação nutricional não ter sido utilizada como variável no modelo de análise de adequação empregado, identificou-se que, na maioria dos cartões, não foram registrados os gráficos altura uterina x idade gestacional (AU x IG) (72,9%) e peso materno x idade gestacional (PM x IG) (82,4%), em uso para o acompanhamento nutricional da gestante e do crescimento fetal (Tabela 15).

Tabela 15 - Proporção de preenchimento das curvas de PM x IG e AU x IG, conforme registros no cartão da gestante (n=85). Santa Helena de Goiás, 2012

Avaliação nutricional	Registros no Cartão da Gestante	
	n	%
Peso Materno x Idade Gestacional (PM x IG)		
Sem registros	70	82,3
Preenchimento incompleto	13	15,3
Preenchimento completo	2	2,4
Altura Uterina x Idade Gestacional (AU x IG)		
Sem registros	62	72,9
Preenchimento incompleto	22	25,9
Preenchimento completo	1	1,2

Alguns estudos mostraram resultados semelhantes. Coutinho (2006), encontrou 88,1% de cartões sem preenchimento completo das curvas AU x IG e 90,8% dos gráficos PM x IG na mesma situação. Farias et al. (2009), em Jijoca - CE, ao avaliarem a assistência pré-natal realizada na Estratégia Saúde da Família, observaram que, em 91,5% das fichas de pré-natal, não havia dados relativos a essas curvas.

Os valores são preocupantes, uma vez que, para seu preenchimento, são necessários procedimentos simples, fáceis de serem executados, acessíveis a todos e fazem parte do exame clínico obstétrico de rotina. No entanto, tem-se apresentado como uma ferramenta pouco utilizada pelos profissionais, o que leva a concluir que o procedimento não está sendo reconhecido como um fator de importância no acompanhamento da gestação ou os profissionais desconhecem o modo de registro.

Segundo o MS, já na primeira consulta de pré-natal, deve-se realizar a avaliação nutricional da gestante e, com base nesses valores, estimar o ganho de peso esperado até o final da gestação, observando e propondo adequações a cada trimestre ou semana gestacional, sendo necessário repassar essas informações à gestante. Os dados deverão ser registrados no gráfico PM x IG, disponibilizado na ficha perinatal e no cartão da gestante (BRASIL, 2006a).

A curva de AU x IG trata-se de um gráfico em que, a cada consulta, correlaciona-se a idade gestacional calculada com a altura uterina na ocasião. Desse modo é possível acompanhar o desenvolvimento fetal, ao comparar a curva obtida com os limites de normalidade disponibilizados no gráfico (percentis 10 a 90). A realização, registro e análise são considerados procedimentos de baixo custo, a serem utilizados na rede primária, e de grande importância na identificação de erros

de data da última menstruação (DUM), no diagnóstico da restrição do crescimento intrauterino (permitindo prever riscos e baixo peso ao nascer), assim como na presença de gestações múltiplas ou nas desordens do líquido amniótico (VILLAR; BELIZAN, 1986; ZAGO, 2008).

Ao destacar a importância desse monitoramento durante o pré-natal, vale ainda lembrar que o ganho de peso na gestação expressa tanto o crescimento fetal quanto a expansão dos tecidos maternos. O ganho excessivo está associado a maior incidência de complicações obstétricas (distúrbios hipertensivos, pré-eclâmpsia/eclâmpsia), assim como a ausência de ganho ou a perda de peso podem estar associados a um crescimento fetal insuficiente (FARIAS et al., 2009).

Uma parcela de 29,4% (n=25) das mulheres afirmou ter participado de alguma atividade educativa em grupo, mas 100% delas mencionaram ter recebido orientações durante as consultas, ressaltando o profissional de enfermagem como principal orientador. A importância do acompanhamento pré-natal (n=72; 84,7%) e o desenvolvimento fetal (n=70; 82,4%) foram as orientações mais referidas, já o planejamento familiar (n=23; 27,1%), assim como o preparo para o parto (n=18; 21,2%) foram os temas menos abordados (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição da frequência das orientações recebidas em atividades de educação em saúde em grupo ou em consultas individuais, segundo relato das mulheres (n=85). Santa Helena de Goiás, 2012

Orientações recebidas	Sim	
	N	%
Importância do acompanhamento pré-natal	72	84,7
Desenvolvimento fetal	70	82,4
Sintomas comuns e queixas mais frequentes	64	75,3
Práticas de atividades físicas e alimentação saudável	62	72,9
Sinais de alerta	58	68,2
Importância da amamentação	58	68,2
Modificações corporais e emocionais	50	58,8
Atividade sexual	37	43,5
Cuidados com o RN e vacinação	33	38,8
Importância da consulta puerperal	26	30,6
Direitos das gestantes	28	32,9
Planejamento familiar	23	27,1
Preparo para o parto	18	21,2

Durante a gestação, a mulher normalmente está aberta a informações, e sua

presença de forma mais frequente nas unidades de saúde permite o processo educativo, fundamental, não só para a aquisição de conhecimentos sobre a gestação em curso e o parto, mas também para o seu fortalecimento ante as mudanças advindas do processo de gestar, sendo este visto no contexto mais amplo de seu significado (BRASIL, 2006a).

Para atendimento dessa necessidade, o MS preconiza a realização de atividades educativas com gestantes, destacando que não se devem limitar às orientações oferecidas no consultório durante as consultas individuais, mas que também ocorram em grupos educativos ou rodas de conversas, durante as quais cabe aos profissionais, além de esclarecer dúvidas relativas à gestação em curso, abrir espaços para discussões e reflexões acerca de outros aspectos relativos à saúde da mulher e da família, dotando-as de conhecimentos que contribuam para a autonomia do cuidado e resgate de cidadania, tornando-as partícipes e corresponsáveis no processo (BRASIL, 2006a).

Observou-se, no relato das mulheres, que o foco das orientações está centrado nos aspectos biológicos da gestação e no desenvolvimento fetal, deixando em menor relevância temas prioritários, que deveriam ser tratados com a mesma importância, tais como o preparo para um parto seguro para a mãe e o conceito, os direitos da gestante, sejam eles sociais, trabalhistas ou reprodutivos, e, dada a predominância de primigestas e o grande número de adolescentes, os cuidados com o recém-nascido.

Tais dados, apesar de estarem apoiados em lembranças que não possuem precisão absoluta, são indicativos do resultado e proporcionam reflexões e questionamentos quanto à qualidade e implementação dessas ações, tendo em vista que a maioria das mulheres (70,6%) não participou de atividades em grupo, mas relatou ter recebido orientações e todas as dúvidas esclarecidas sempre, tendo a consulta individual (com tempo médio de 15min.) como espaço para essa ação, além dos procedimentos clínicos de rotina.

O fato de o profissional de enfermagem aparecer como o principal orientador pode estar relacionado ao desempenho desses profissionais no seu dia a dia, quando normalmente se utilizam de uma linguagem mais clara e acessível (menor uso de termos técnicos), como instrumento básico para o cuidado no atendimento à necessidade humana de comunicação, o que possibilita talvez, uma interação satisfatória com as gestantes, além de ser pouco frequente a disposição dos

médicos para atividades educativas na realidade onde se desenvolveu este estudo.

Os registros dos exames laboratoriais foram considerados adequados quando atenderam ao número preconizado para cada exame pelo PHPN/Brasil, 2006, apresentados no Quadro 1. Assim, ao avaliar os cartões de gestantes, observou-se que os exames de tipagem sanguínea (ABO-Rh), hematócrito/hemoglobina, sorologia para hepatite B, sorologia para toxoplasmose e ultrassonografia obstétrica apresentaram maior frequência de registros adequados. A glicemia de jejum, urina (EAS), sorologia para sífilis (VDRL) e sorologia para HIV apresentaram predominância de registros intermediários (Tabela 17).

Em relação aos prontuários clínicos, também ocorreu predominância dos registros intermediários para VDRL e sorologia para HIV; as demais variáveis apresentaram predomínio de registros adequados (Tabela 17).

É importante observar que os exames que necessitam de uma nova testagem após a 28ª semana de gestação (Teste da Mamãe – 2ª amostra: glicemia de jejum, EAS, VDRL e sorologia para HIV), na maioria dos prontuários constavam anotações de solicitações e coletas, porém sem registros dos resultados.

Quanto à ultrassonografia (USG), embora já seja procedimento corriqueiro na assistência pré-natal, esse exame não faz parte da rotina mínima de exames complementares preconizadas pelo MS, o que justifica sua não inclusão nas variáveis dos critérios de adequação utilizados neste estudo.

De acordo com o MS, a não realização da USG durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal. No entanto, sua realização proporciona melhor determinação da IG, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não identificáveis, e, permite confirmações de suspeitas diagnósticas e intervenções oportunas, que resultam na redução da morbimortalidade perinatal (BRASIL, 2006a).

Com o objetivo de conhecer a realidade quanto ao acesso a esse exame, mesmo não sendo ele realizado na rede pública municipal, por indisponibilidade de equipamento, foram analisados os registros constantes nos prontuários e cartões, identificando, respectivamente, que 52,2% e 42,3% das mulheres realizaram duas ou mais USG durante o pré-natal, o que configura predominância de registros adequados para esse exame, sem diferenças significantes entre os dois documentos.

Ao comparar cartões e prontuários, em relação aos registros de exames complementares, observa-se um maior percentual de registros inadequados nos prontuários, no entanto, só foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os registros de tipagem sanguínea ($p < 0,0001$) (Tabela 17).

Tabela 17 - Análise descritiva e comparativa dos exames complementares realizados durante a atenção pré-natal, conforme registros no cartão da gestante e prontuários clínicos. Santa Helena de Goiás, 2012

Exames Complementares	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	N	%	n	%	
ABO-Rh					
Sem registros (Inadequados)	15	17,6	39	45,9%	< 0,0001
1 ou mais registros (Adequados)	70	82,4	46	54,2%	
Hematócrito/Hemoglobina					
Sem registros (Inadequados)	15	17,6	18	21,2	0,5605
1 ou mais registros (Adequados)	70	82,4	67	78,8	
Sorologia para Hepatite B					
Sem registros (Inadequados)	18	21,2	18	21,2	1.0000
1 ou mais registros (Adequados)	67	78,8	67	78,8	
Sorologia para toxoplasmose					
Sem registros (Inadequados)	16	18,8	19	22,3	0,5693
1 ou mais registros (Adequados)	69	81,2	66	77,7	
Glicemia de jejum					
Sem registros (Inadequados)	17	20,0	26	30,6	0.2290
1 registro (Intermediários)	35	41,2	27	31,8	
2 ou mais registros (Adequados)	33	38,8	32	37,6	
EAS					
Sem registros (Inadequados)	18	21,2	19	22,3	0,0537
1 registro (Intermediários)	34	40,0	20	23,5	
2 ou mais registros (Adequados)	33	38,8	46	54,2	
VDRL					
Sem registros (Inadequados)	24	28,2	14	16,5	0,1806
1 registro (Intermediários)	41	48,3	48	56,5	
2 ou mais registros (Adequados)	20	23,5	23	27,0	
Sorologia para HIV					
Sem registros (Inadequados)	24	28,2	14	16,5	0,1806
1 registro (Intermediários)	41	48,3	48	56,5	
2 ou mais registros (Adequados)	20	23,5	23	27,0	
USG Obstétrica					
Sem registros (Inadequados)	9	10,6	14	16,5	0,2588
1 registro (Intermediários)	30	35,2	35	41,2	
2 ou mais registros (Adequados)	46	54,2	36	42,3	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Observou-se que 68,2% das mulheres retornaram às USF, após o parto, para a consulta puerperal: para 10,3% delas, foram realizadas as ações da primeira

semana de saúde integral; as demais, retornaram para a consulta puerperal tardia, a maioria, com vistas ao planejamento familiar (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição do número e proporção das mulheres considerando a realização da consulta puerperal. Santa Helena de Goiás, 2012

Procedimento	Registros no Prontuário	
	n = 85	%
Consulta puerperal		
Sem registros	27	31,8
Com 1 ou mais registros	58	68,2
Consulta puerperal precoce (7 ^o ao 10 ^o dias após o parto)	4	10,3
Consulta puerperal tardia (11 ^o a 42 ^o dia após o parto)	52	89,7

Esse resultado é superior ao encontrado em outros estudos brasileiros, realizados entre 2000 e 2011, que apresentaram variações de 5,6% a 37,5% na região nordeste (RIBEIRO FILHO, 2004; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004), e 50,0% e 65,8% nas regiões sul e sudeste (DIAS-DA-COSTA et al., 2000; PARADA, 2008; SIQUEIRA, 2011).

Siqueira (2011) destaca que mulheres de áreas cobertas pela ESF apresentam maior frequência de retorno puerperal às unidades de saúde.

Retornar à USF após o parto é uma das medidas de qualidade da atenção pré-natal e estratégia que visa prevenir intercorrências indesejadas ao binômio mãe-filho, e também uma forma de intensificar o vínculo com os serviços, fortalecendo a unidade como referência para a saúde e não para a doença (SUCCI et al., 2008).

Segundo orientações do MS, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde ou o contato por meio da visita domiciliar realizada por profissionais da ESF, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelo ACS na visita domiciliar. Nesse período devem ser realizadas as ações da "primeira semana de saúde integral", que incluem a avaliação clínico-ginecológica da mulher, como presença e características de lóquios e involução uterina; condições das mamas e aleitamento materno; condições psicoemocionais, em especial sinais de alerta para a depressão pós-parto (estado de humor, preocupações, fadiga, vínculos); condições sociais (pessoas de apoio, atendimento de necessidades básicas); uso de medicação e cumprimento de orientações recebidas quando da alta hospitalar (BRASIL, 2006a; 2012d).

Em relação ao recém-nascido, deve-se observar existência de situações de

risco, condições físicas, observar e avaliar mamada, e orientar cuidados gerais. Após esse período, um segundo encontro é esperado até 42 dias após o parto, momento em que se deve escutar a mulher, verificar como se sente, suas possíveis queixas e esclarecer dúvidas. Avaliar o aleitamento, orientar o retorno às atividades sexuais e o planejamento familiar (BRASIL, 2006a).

Segundo Serruya, Lago e Cecatti (2004), a consulta puerperal é, em primeira análise, a instância do período gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido e, portanto, um momento de atenção à saúde da mulher, não da mãe.

A realização desse procedimento é condição indispensável no conjunto da assistência preconizada pelo PHPN, sendo considerado o marco final do processo, e seu registro no SISPRENATAL, relacionado à realização e registro dos demais procedimentos, está vinculado ao repasse dos recursos do componente I do PHPN (BRASIL, 2011b).

5.2.4 Adequação do processo da atenção pré-natal

Na análise da avaliação global do processo, não foram identificadas diferenças significativas entre os registros dos cartões de gestantes e dos prontuários clínicos. Essa compatibilidade qualificou os dois instrumentos como fontes seguras de informações sobre o cuidado pré-natal, podendo qualquer um desses documentos ser utilizado de forma confiável, tanto em estudos de avaliação do processo da atenção como na prática diária da USF ou, no caso do cartão, como referência para continuidade do cuidado em outros serviços de saúde (Tabela 19).

Tabela 19 - Comparação da adequação da atenção segundo registros dos cartões das gestantes e prontuários clínicos. Santa Helena de Goiás, 2012

Níveis de complexidade	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	n	%	n	%	
Nível 1 (início e número de consultas)					
Atenção Adequada	53	62,6	60	70,6	0,4469
Atenção Intermediária	25	29,4	21	24,7	
Atenção Inadequada	7	8,2	4	4,7	
Nível 2 (nível 1+ procedimentos)					
Atenção Adequada	1	1,2	0	0,0	0,4817
Atenção Intermediária	11	12,9	10	11,8	
Atenção Inadequada	73	85,9	75	88,2	
Nível 3 (nível 2 + exames complementares)					
Atenção Adequada	1	1,2	0	0,0	0,1372
Atenção Intermediária	8	9,4	3	3,5	
Atenção Inadequada	76	89,4	82	96,5	
Nível 4 (nível 3 + consulta puerperal)					
Atenção Adequada	-	-	0	0,0	-
Atenção Intermediária	-	-	3	3,5	
Atenção Inadequada	-	-	82	96,5	

*p = nível de significância do Teste G: Independência.

Considerando os quatro níveis de adequação propostos para a avaliação, optou-se por descrever a classificação com base no prontuário clínico, visto que a consulta puerperal é registrada somente nesse documento.

Assim, verificou-se que, no Nível 1 - Índice de Kessner, modificado por Coutinho (acesso e início da atenção pré-natal até 14 semanas de gestação e realização de no mínimo 6 consultas), foi identificado 70,6% de adequação no cuidado pré-natal.

No entanto, quando acrescidos os critérios qualitativos dos demais níveis, referentes às ações esperadas para uma atenção pré-natal com boa qualidade, ou seja: Nível 2 - procedimentos obstétricos; Nível 3 - exames complementares; e Nível 4 - realização da consulta puerperal, constatou-se um alto índice de inadequação da atenção (respectivamente 88,2%; 96,5%; 96,5%).

No Nível 4, embora a maioria das mulheres (68,2%) tenha realizado a consulta puerperal, observou-se que o fato de os níveis serem crescentes e somativos levou à manutenção de 96,5% de inadequação nesse nível (Figura 7).

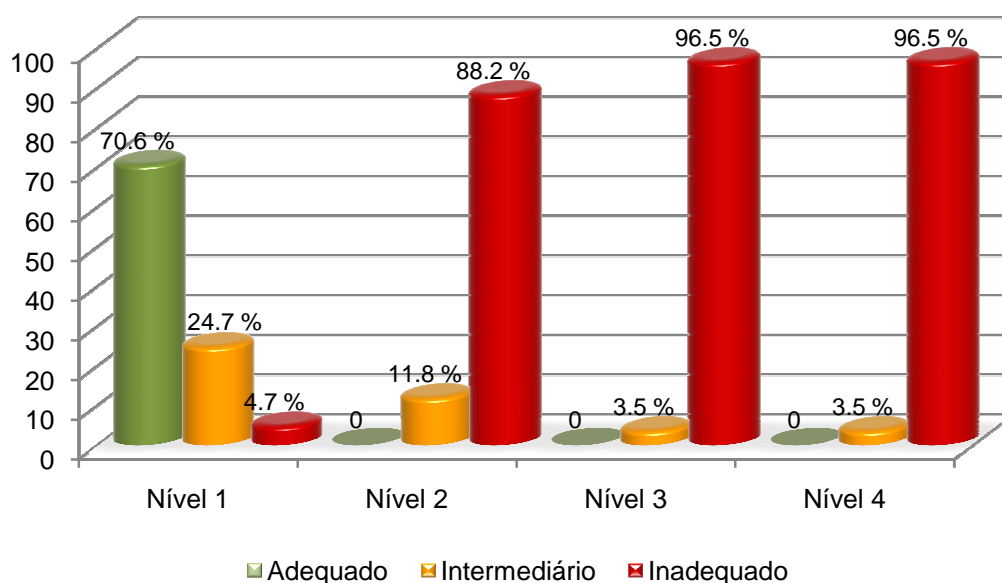


Figura 7 - Adequação da atenção pré-natal considerando os quatro níveis de qualidade, conforme registros dos prontuários clínicos das mulheres participantes (n=85), Santa Helena de Goiás – 2012

Esse resultado é similar aos encontrados em estudos que avaliam o processo de assistência segundo critérios semelhantes, tais como os de Coutinho (2006), em Juiz de Fora - MG, que na avaliação das séries temporais de 2002 e 2004, encontrou respectivamente 78,9% e 71% de inadequação do processo da assistência pré-natal. Fonsêca, Pádua e Valadares Neto (2011), em Teresina - PI, encontraram 44% de inadequação no Nível 1, fechando seus resultados (Nível 3) com 95% nessa situação.

Quanto à avaliação da atenção pré-natal na perspectiva da mulher que a recebeu, 37,6% delas a consideraram ótima/muito boa e 41,2% boa. Em contrapartida, 20% a consideraram regular/ruim e 1,2% péssima, indicando o tempo em sala de espera para a consulta como principal ponto negativo (Figura 8).

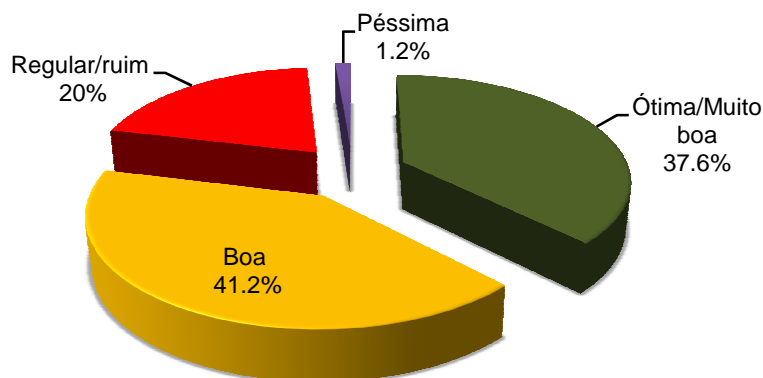


Figura 8 - Nível de satisfação das mulheres quanto à atenção pré-natal recebida. Santa Helena de Goiás, 2012

Para Donabedian (1990), a avaliação do ponto de vista dos usuários é feita, sobretudo, por meio da aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares. Neste estudo, as mulheres mencionaram que os pontos positivos para o bom nível de satisfação associaram-se à atenção (significando gentileza) e cuidados prestados pelos profissionais durante o atendimento, somados às orientações para uma gravidez saudável, o que não implica, obrigatoriamente, que tenham avaliado a qualidade técnica da atenção.

5.3 Avaliação dos resultados da atenção pré-natal

Para avaliação dos indicadores de resultados da atenção pré-natal, o PHPN sinaliza o monitoramento da proporção do baixo peso (BPN) e de prematuridade entre os nascidos vivos, considerando a importância e repercussão das duas ocorrências na saúde neonatal. Tais parâmetros são os fatores de risco para o desenvolvimento infantil mais comuns no Brasil e considerados como indicadores do estado de saúde das populações (BRASIL, 2006a)

O peso e a idade gestacional ao nascer contribuem de forma importante nas taxas de mortalidade e morbidade infantis, principalmente a mortalidade neonatal. Possuem causas diversas e, na maioria das vezes, apresentam fatores

correlacionados, dentre eles: condições sociais, econômicas e ambientais, nas quais a mulher se encontra durante o período de gestação (WEISS; FUJINAGA, 2007; PAULA et al., 2010).

Para este estudo foram adotados os seguintes critérios da OMS, utilizados pelo MS para classificação do peso e idade gestacional ao nascer: baixo peso, os recém-nascidos com menos de 2.500g (PBN); peso insuficiente, com 2.500g a 2.999g (PIN); peso adequado, com 3000g e 3999g; e excesso de peso, aqueles com 4.000g ou mais. Para idade gestacional, considerou-se: pré-termo, os recém-nascidos com menos de 37 semanas de gestação; de termo, aqueles que nasceram entre 37 a 42 semanas completas; pós-termo, os nascidos após 42 semanas, contadas a partir da data da última menstruação (BRASIL, 2006a).

Seguindo tais parâmetros, identificou-se que 98,8% dos conceptos nasceram vivos, 59,3% com peso adequado (3.000g a 3.999g), 29,0% apresentaram peso insuficiente (2.500g a 2.999g) e 7,0% (n=6) baixo peso. A média de peso foi de 3.205g \pm 517,0, com variação entre 1.665g e 4.675g (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição do número e proporção dos recém-nascidos segundo características neonatais. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	n = 86*	%
Sexo do recém-nascido		
Masculino	46	53,5
Feminino	40	46,5
Peso do recém-nascido		
< 2500g (baixo peso)	6	7,0
2500g a 2999g (peso insuficiente)	25	29,0
3000g a 3999g (peso adequado)	51	59,3
> 4000g (excesso de peso)	4	4,7

* n = 86 devido à ocorrência de 1 parto gemelar.

Quando os dados foram agrupados e avaliados de acordo com o local de realização do pré-natal, embora a USF 1 tenha apresentado média de peso inferior às demais USF (2,994g \pm 569,9), não foram encontradas diferenças estatísticas significativas para essa variável. Porém, quanto à distribuição do peso, encontrou-se diferença significativa (p=0,033), tendo a USF 1 apresentado uma concentração de 33,3% (n=8) do total de recém-nascidos com peso insuficiente (seguida da USF 4 com 25%) e 50,0% do total dos recém-nascidos com baixo peso, os outros 50% tinham como referência a USF 5 (Apêndice D, Tabelas 20.1 e 20.2).

O percentual de BPN encontrado é superior ao apresentado no estudo de Minamisawa et al. (2004), que avaliou o BPN entre os nascidos vivos no Estado de Goiás, tendo como fonte a base de dados do SINASC do ano 2000, encontrando uma prevalência de 5,96%. No entanto, é inferior aos encontrados em estudos mais recentes, como o de Carmo (2006) (8,9%), Barbas (2009) (8,7%) e Schneider et al. (2009) (8,9%), assim como a média de BPN no Estado de Goiás (8,1%), na Região Centro-Oeste (8,0%) e no Brasil (8,4%) em 2010 (BRASIL, 2012a).

De acordo com a PAHO, a saúde, o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido estão intimamente relacionados ao peso ao nascer, o qual é diretamente dependente do estado nutricional materno (PAHO, 1991). E, segundo recomendações da OMS, para redução dos riscos, a proporção de nascidos vivos com peso adequado deve ser de pelo menos 85%, e o peso médio ao nascer deve estar entre 3.400g e 3.500g (MONTEIRO; BENÍCIO; ORTIZ, 2000).

Essa meta, no entanto, não tem sido alcançada devido a incidência representativa dos recém-nascidos com peso insuficiente ao nascer (PIN), que, tal como o BPN, representa um importante fator de risco para múltiplos problemas de saúde para a criança, como doenças infecciosas (principalmente diarreia), infecções respiratórias agudas e atraso no crescimento e desenvolvimento, além de uma taxa excessiva de mortalidade infantil (SCHNEIDER et al., 2009). Segundo Barbas (2009), o PIN também compartilha basicamente os mesmos determinantes que o BPN, e medidas efetivas de prevenção ao peso deficiente beneficiariam um contingente de nascidos vivos bem maior que o creditado apenas quando se consideram os nascidos vivos com BPN.

Quanto à idade gestacional, a maioria dos nascimentos ocorreu dentro do esperado, a termo (91,8%), não sendo encontrada diferença significativa para essa variável, quando observada a distribuição entre as USF. No entanto, 8,2% (n=7) dos recém-nascidos tinham menos de 37 semanas, e tiveram como unidade de referência da assistência pré-natal a USF 1 (n=5) e a USF 5 (n=2). O fato merece estudo mais detalhado, para identificação das causas e situações relacionadas (Tabela 21; Apêndice D, Tabela 21.1).

Tabela 21 - Distribuição do número e proporção dos recém-nascidos segundo condições ao nascer. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	n = 86*	%
Idade gestacional na data do parto		
22 a 36 semanas (Pré-termo)	7	8,2
37 a 41 semanas (Termo)	79	91,8
Condições ao nascimento		
Nascido vivo	85	98,8
Natimorto	1	1,2

* n = 86 devido à ocorrência de 1 parto gemelar.

Esses resultados são aceitáveis quando comparados às expectativas globais da OMS, que estima uma incidência de prematuridade acima de 10% do total dos nascimentos, e apresenta uma prevalência, no Brasil, de 9,2% (WHO, 2010). No entanto, são extremamente preocupantes, por ser essa a principal causa de mortalidade neonatal no Brasil e por apresentar aumento progressivo a cada ano (SILVEIRA et al., 2008).

Estudos recentes apontam ser a prematuridade decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, com 50% das causas desconhecidas, mas que sofre influências ambientais (tabagismo; uso de álcool; drogas ilícitas; nutrição - ganho de peso, composição da dieta; trabalho; atividade física, atividade sexual), sociodemográficas (idade materna; estado marital e coabitação; condição socioeconômica; condições adversas de moradia e vizinhança), psicossociais (stress agudo ou crônico; eventos de vida; respostas emocionais e estados afetivos: ansiedade, depressão; falta de suporte social) e infecciosas, que, possivelmente, são as únicas causas cujo nexos causal foi estabelecido nos últimos anos (IAMS et al. 2008; GOLDENBERG et al., 2008; SILVEIRA et al., 2008).

Ao considerar a adequação da atenção recebida, quanto ao número de consultas realizadas e idade gestacional no início do pré-natal, verificou-se que 33,3% (n=2) dos recém-nascidos com baixo peso e 71,4% (n=3) dos pré-termos foram de mães que apresentaram inadequação quanto ao Índice de Kessner, modificado por Coutinho, e 100% deles apresentaram atenção pré-natal inadequada para os demais níveis.

Na avaliação global dos resultados, observou-se a proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso (7,0%) e a proporção de prematuros (8,2%). Ambas consideradas adequadas segundo os referenciais adotados (Tabela 22).

Tabela 22 - Indicadores de resultados da atenção pré-natal, Santa Helena de Goiás, 2012

Indicadores de Resultados	N	%
Proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso	6	7,0
Proporção de recém-nascidos vivos prematuros	7	8,2

6 CONCLUSÃO

Avaliar a atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família de Santa Helena de Goiás e verificar sua adequação aos princípios do PHPN foi a proposta maior deste estudo. Desse modo, ao considerar seus objetivos, a análise global permite concluir que:

- O perfil sociodemográfico, econômico e obstétrico da amostra indica homogeneidade entre a população assistida nas USF, caracterizando-se, a clientela da atenção pré-natal, como um grupo de mulheres jovens, com 5 a 9 anos de estudos; moram com seus companheiros e são mantidas por eles, e contam com uma renda mensal familiar entre 1 e 3 salários mínimos. Predominantemente multigestas; apresentaram baixo risco gestacional; e a maioria finalizou a gestação atual por parto vaginal, e os recém-nascidos, vivos, de termo e peso adequado.
- Quanto à estrutura global, 66,7% das unidades da ESF de Santa Helena de Goiás dispõem de estrutura satisfatória; as demais, consideradas ótimas para a oferta da atenção pré-natal com qualidade, atendendo aos requisitos do PHPN. Entretanto, o sistema de referência e contrarreferência foi considerado precário, ao passo que os recursos materiais disponíveis e o apoio laboratorial classificaram-se como ótimos.
- Em relação ao processo da atenção, observou-se adequação de 70,6% em relação ao Nível 1 (Índice de Kessner modificado por Coutinho) e nenhuma adequação para os demais níveis propostos. A inadequação da atenção apresentou-se de forma abrupta a partir do Nível 2 (88,2%), chegando ao Nível 4 com 96,5% de inadequação. Foram também observadas médias de 7,4 consultas por gestante e 12,4 semanas de idade gestacional na primeira consulta; indicando a capacidade de captação precoce e facilitação do acesso à atenção pré-natal da ESF.

- Não foram identificadas diferenças estatísticas significativas para a classificação da adequação da atenção entre as fontes de registro, sejam elas cartões de gestantes ou prontuários clínicos.
- Quanto aos indicadores de resultado proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso (7,0%) e proporção de prematuros (8,2%), foram considerados adequadas segundo os referenciais adotados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PHPN preconiza uma atenção adequada e com qualidade, dentro de uma abordagem de acolhimento à mulher no período gravídico-puerperal. Segundo suas diretrizes, o processo de atenção compreende a execução de procedimentos clínicos obstétricos e a realização de exames em períodos e quantidades estabelecidos, para a garantia de um bom resultado ao final da gestação.

Os resultados deste estudo permitiram refletir sobre a qualidade da atenção pré-natal dos serviços estudados, os desafios que o PHPN ainda enfrenta e a relevância da Estratégia Saúde da Família em relação à saúde da mulher no município de Santa Helena de Goiás.

Os dados apontaram as áreas que merecem maior atenção no cuidado pré-natal. A cobertura e captação precoce das gestantes representaram a capacidade da ESF em atender aos princípios da universalidade e equidade. No entanto, o nível de inadequação do processo da atenção identificado nos registros encontrados alerta para a necessidade de adoção de medidas urgentes que visem melhorar a capacidade técnica dos profissionais, para que façam melhor uso da estrutura existente. Foi evidenciado, neste estudo, que a qualidade do cuidado não depende só do quantitativo de consultas, mas também do conteúdo e do acolhimento humanizado oferecido às mulheres para que os princípios da integralidade e longitudinalidade sejam alcançados.

Diante da realidade, com destaque aqui para a homogeneidade encontrada na estrutura e no processo da assistência, bem como das características da população assistida, é necessário que os gestores e profissionais envolvidos sejam sensibilizados e qualificados para o atendimento da mulher no período gravídico/puerperal dentro dos padrões de integralidade, humanização e qualidade propostos pelo PHPN, em níveis de promoção, prevenção e atenção à saúde, com políticas públicas planejadas e implementadas de modo uniforme, com vistas a alcançar todos aqueles que atuam e dão suporte a ESF. Para isso, são sugestões aos gestores:

- Promover capacitação técnica das equipes multiprofissionais, por meio de ações de educação permanente, visando o desempenho e adesão aos

protocolos, estímulo a registros corretos dos dados referentes ao atendimento, assim como identificação do prontuário e do cartão da gestante, como documentos que, além de fornecerem subsídios para uma boa atenção, são fontes de pesquisa e respaldo legal em situações éticas e jurídicas.

- Estabelecer protocolo de supervisão e monitoramento das atividades do atendimento clínico obstétrico e educação em saúde implementadas pelas equipes da ESF.
- Reforçar o uso do SISPRENATAL como sistema de informação específico e instrumento de avaliação, com o objetivo de reduzir os sub-registros na rotina das USF.
- Implantar mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais, com análise de indicadores quantitativos e qualitativos que permitam monitorar o impacto das ações sobre a atenção pré-natal e utilização dos resultados como base orientadora na redefinição de estratégias.
- Realizar e apoiar a realização de pesquisas avaliativas sobre a atenção pré-natal no âmbito do ESF.
- Estruturar o sistema de referência e contrarreferência, com implantação de protocolos e utilização sistemática dos instrumentos de registro, visando a continuidade da atenção nos demais pontos das RAS.
- Implantar sistema de prontuário único informatizado.
- Implantar a Rede Cegonha.
- Estimular a formação de grupos de gestantes e ações de educação e promoção da saúde, com participação de todos os profissionais da ESF, visando uma maior adesão de profissionais e gestantes.

- Fortalecer o fluxo e contrafluxo dos exames do Teste da Mamãe, reduzindo o tempo de retorno dos resultados.

Dessa forma, espera-se ter contribuído para o início de uma discussão com participação de gestores e profissionais, para que, juntos, proponham soluções para melhoria da atenção pré-natal, com vistas à redução dos pontos fracos, contribuindo, assim, para a redução da morbimortalidade materna e fetal, tornando a gestação um momento especial para a mulher, família e profissionais que assistem.

Espera-se também que outros estudos deem seguimento a este, na busca por respostas aos questionamentos levantados e a outros que virão, uma vez que ainda são escassos os estudos nessa área no Estado de Goiás.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, L. B. S. P. Políticas Públicas de Saúde da Mulher. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (Org). **Enfermagem e Saúde da Mulher**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2013.

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Rev. Bras. de Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 22-35, 2004.

ANDRADE, C. L. T.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2564-2572, 2008.

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

ANDREUCCI, C. B. et al. Sispre natal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.5, p. 854-864, 2011.

ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.

BARBAS, D. S. et al. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 161-170, 2009.

BARINI, R. et al. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 217-223, 2000.

BAULI, J. D. **Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do Município de Maringá, PR**. 2010. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. (Coord.). **PNDS 2006**: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, 2009. 300 p.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96. Brasília: Centro de documentação, informação e comunicação, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Assistência Pré-natal**: normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Desafios e conquistas do PSF. **Rev. Bras. de Saúde da Família**, ed. especial, p. 7-24, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Síntese das diretrizes para a política de atenção integral à saúde da mulher**: 2004 a 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB**: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. 1. edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008.

_____. RIPSA. **Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer - G.16 - 2009**. 2009. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=G.16&lang=pt&version=ed4>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco** - Manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do SisPreNatal**. Versão 2.16. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: ftp://ftp2.datasus.gov.br/public/sistemas/dsweb/sisprenatal/Manual_SISPRENATAL.zip. Acesso em: 12 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Apostila completa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portal Saúde. 2012c. **Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1. Acesso em: 12 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

_____. Ministério do Trabalho e do emprego. 2012f. **CBO - Classificação Brasileira de Ocupações.** Disponível em <http://www.mtecho.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em: 12 mar. 2013.

CABRAL, R. W. L. **Avaliação de serviços de saúde:** análise da assistência pré-natal para adolescentes em uma instituição de referência da cidade do Recife. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - FIOCRUZ - NESC/CPAM/FIOCRUZ, Recife, 2000.

CARMO, B. G. **Perfil sociodemográfico e epidemiológico de gestantes e recém-nascidos e fatores determinantes do peso ao nascer:** um estudo de usuários do SUS em Viçosa - MG. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2006.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia.** 2. ed. São Paulo: EPU, 2002.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n.3, p. 309-317, 2007.

CASTRO, J. A; SANTOS, A. F. R. Diabetes e gestação. In: AMARAL, W. N.; RIOS, W. L. F. **Manual prático de Obstetrícia.** Goiânia: Contato Comunicação, 2011.

COIMBRA, L. C et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.37, n.4, p. 456-462, 2003.

CORRÊA, C. R. H. **Escolha e adequação do pré-natal em uma maternidade filantrópica na cidade de São Paulo**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2010.

CORREA, C. R. H.; BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A.. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2011.

COSTA, C. E.; GOTLIEB S. L. D. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n. 4, p. 328-334, 1998.

COSTA, C. S. C. **Características do atendimento pré-natal na rede de atenção básica de saúde de Goiânia, Goiás**. 2011. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.

COUTINHO, T. **Adequação da Assistência Pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG: análise do processo**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). - Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro / Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2002.

_____. **Evolução da Adequação da Assistência Pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG: análise do processo**. 2006. 249 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. **Crack**. Uma abordagem multidisciplinar. 2012. Disponível em: http://www.uems.br/eventos/enfrentamento/arquivos/20_2012-01-31_14-06-50.pdf. Acesso em: 11 de mar. 2013.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 645-654, 2005.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 329-336, 2000.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n.3, p. 425-437, 2012.

DONABEDIAN, A. La definición de la calidad: Una exploración conceptual. In: **La calidad de la atención médica**: definición e método de evaluación. México, La Prensa Medica Mexicana, 1982.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. "The Seven Pillars of Quality". In: **Arch. Pathol. Lab. Med.**, 114:1115-118,1990.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, Apr. 2007.

FARIAS, A. A. et al. Análise da qualidade dos registros durante assistência pré-natal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 137-142, 2009.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Assistência Pré-natal**. Manual de orientação. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2000.

_____. **Gestação de Alto Risco: Manual de Orientação**. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2011.

FERREIRA, R. G.; NUNES, A. R. Trabalho de parto pré-termo. In: AMARAL, W. N.; RIOS, W. L. F. **Manual prático de Obstetrícia**. Goiânia: Contato Comunicação, 2011.

FONSÊCA, L, A. C.; PÁDUA, L. B.; VALADARES NETO, J. D. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 2, p. 40-45, 2011.

FRATINI, J. R. G. SAUPE, R; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

FREIRE, K; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 17, p. 335-341, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Ind030204** - Proporção (%) de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, por ano, segundo região e escolaridade da mãe. Rio de Janeiro: CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030204-20120130.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2013.

GARDIN, V. M. F. **Avaliação da atenção ao pré-natal às gestantes no PSF: o caso de Guairaçá - PR**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

GIL, C. R. R. Avaliação em saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 5, n. 19, 1999. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N19/especial.htm>. Acesso em: 12 Mar. 2013.

GOLDENBERG, R. L. et al. Epidemiology and causes of preterm birth. **Lancet**, London, v. 371, n. 9606, p. 75-84, 2008.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 11, p. 2507-2516, 2009.

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 5, p. 252-262, 2011.

IAMS, J. D. et al. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. **Lancet**, London, v. 371, n. 9607, p. 164-175, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_2012/metodologia_2012.pdf. Acesso em: 12 mar. 2013.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de indicadores 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012b.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, p. S23-32, 2005.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H, P.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.

LEAL, N. P. **Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

LIMA, G. S. P.; SAMPAIO, H. A. C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 253-261, 2004.

LOZANO, R. et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. **Lancet**, London, v. 378, n. 9797, p. 1139-65, 2011.

MACHADO, L. C. B. **Avaliação do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN): estrutura, processo e resultado no Município de Içara**. 2008.

67 f. Monografia (Especialização *Lato Sensu* em Regulação em Saúde) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008.

MADEIRA, K. H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família**: um estudo de caso. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Volume 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MANDÚ, E. N. T.; ANTIQUEIRA, V. M. A.; LANZA, R. A. C. Mortalidade materna: implicações para o Programa Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 278-284, 2009.

MEDICI, A. C. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council, 1999.

MELO, R. et al. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 750-757, 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/a12v12n4.html. Acesso em: 12 março. 2013.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. 2007. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acesso em: 12 mar. 2013.

MERHY, E. E.; ONOCK, O. R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002.

MICHELAZZO, D. et al. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 633-639, 2004.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Construindo ou reformando unidades básicas de saúde e as unidades básicas de saúde-rural**. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo et al. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/manuais/atencao-basica/construindooureformandoasunidades18032005.pdf>. Acesso em: 19 de outubro. 2012.

MINAMISAWA, R. et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 06, n. 03, p. 336-349, 2004. Acesso em: 17 de Nov. 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_3/04_Original.html. Acesso em: 12 março. 2012.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 385-390, 2010.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D.; ORTIZ, L. P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 26-40, 2000.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, n. 10, p. S69-s81, 2010.

NAKANO, A. M. S. et al. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 131-137, 2007.

NOGUEIRA, C. W. M. **Atenção pré-natal na cidade de Campinas**. 1987. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1987.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 11-17, 2000.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 237-246, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, 2010.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Maternal Nutrition and Pregnancy Outcomes**: anthropometric assessment. Washington DC: PAHO; 1991. (Scientific Publication n.529).

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação de assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 8, n. 1, Recife, p. 113-124, 2008.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde, Londrina**, v.8, n.1, p.13-19,2006.

PEREIRA, P. H. G. et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. **Comum Ciênc Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 101-110, 2006. Disponível em: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2006Vol17_2art3fatoresassociados.pdf. Acesso em: 12 março 2013.

POLIDO, C. B. A. **O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da assistência à gestante de São Carlos, SP**. 2010. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2001. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>. Acesso em: 12 março 2013.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. (Org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puerperas de uma maternidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 161-167, 2007.

RADES, E; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Determinantes Diretos do Parto Prematuro Eletivo e os Resultados Neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 655-662, 2004.

REIS, A. E.; PATRICIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 221-230, 2005.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRO FILHO, B. **Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM**. 2004. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Manaus, 2004.

RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 534-545, 2004.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

RIOS, W. L. F. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). In: AMARAL, W. N.; RIOS, W. L. F. **Manual prático de Obstetrícia**. Goiânia: Contato Comunicação, 2011.

ROCHA, R. S. **Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza - CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado**. 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

SABINO, A. M. N. F. **A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto - SP**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

SANTA HELENA DE GOIÁS. Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária. Dados Vitais. **SIM** - Base de dados municipal 2010. Santa Helena de Goiás: Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária, 2011a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária. **SINASC** - Base de dados municipal 2010. Santa Helena de Goiás: Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária, 2011b.

SANTOS NETO, E. T. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SASAKI, R. S. A. Infecção urinária na gestação. In: AMARAL, W. N.; RIOS, W. L. F. **Manual prático de Obstetrícia**. Goiânia: Contato Comunicação, 2011.

SCHNEIDER, B. C. et al. **Prevalência de baixo peso e peso insuficiente ao nascer em crianças do programa de puericultura de 4 unidades básicas de Saúde de Pelotas/RS**. 2009. Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CS/CS_00896.pdf. Acesso em: 12 mar. 2013.

SCOCHI, M. J. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. **Acta Scientiarum**. Maringá, v.24, n.3, p.803-809, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - GOIÁS (SES-GO). **Situação de Saúde - Goiás**. Ranking da Cobertura de Pré-Natal, 2009. 2012. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/indicadores_geo/nascido_vivo/ranking.htm. Acesso em: 12 mar. 2013.

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

SILVA, M. B. **A adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família em Palmas - TO**, 2009. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 95-108, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100007>. Acessado em: 12 março 2013.

SILVA, L. C. F. P. et al. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 14, n. 93, 2011.

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

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1160-1168, 2004.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-964, 2008.

SIQUEIRA, C. V. C. **Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Santos**. 2011. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SIQUEIRA, D. D. **Assistência da qualidade do pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE**. 2004. Monografia (Monografia de Especialização) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, 2004.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 53, p. 25-30, 2000.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 273-279, 2011.

SUCCI, R. C. M. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 986-992, 2008.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.

TRABULSI, A. L. S. et al. Mortalidade materna em São Luis, Maranhão, Brasil: 1999-2005. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, v. 10, n. 2, p. 62-68, 2009.

UNITED NATIONS. Resolution adopted by the General Assembly 55/2. **United Nations Millennium Declaration**. 2000. Disponível em: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>. Acesso em: 12 mar. 2013.

UNITED NATIONS CHILDRENS FUND (UNICEF). **Tracking progress in maternal, neonatal and childrens survival**. The 2008 Report. New York: UNICEF, 2008.

VALADARES NETO, J. D. et al. Tratamento da Eclâmpsia: Estudo Comparativo entre o Sulfato de Magnésio e a Fenitoína. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 543-549, 2000.

VENÂNCIO, E. Q. **Avaliação dos conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes, usuárias do SUS, no município de Dourados-MS**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VILLAR, J.; BELIZAN, J. M. The Evaluation of the Methods Used in the Diagnosis of Intrauterine Growth Retardation. **Obstet. Gynecol. Survey.**, v. 41, p. 187-199, 1986.

WEISS, M. C.; FUJINAGA, C. I. Prevalência de nascimento baixo peso e prematuro na cidade de Irati - PR: implicações para a fonoaudiologia. **Revista Salus**, Guarapuava. v. 1, n. 2, p. 123-127, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (WHO; UNICEF), **Revised 1990 estimates of Maternal Mortality**. A new approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO/UNICEF, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneve: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. Revisão. São Paulo: CBCD, 1995.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, p. 44-47, 2008.

YAZLLE, M. H. D.; FRANCO, R. C.; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 10, p. 477-479, 2009.

ZAGO, F. E. **Análise do cartão da gestante de pacientes no puerpério imediato atendidas na Maternidade Carmela Dutra.** 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/TO0391.pdf>. Acessado em: 12 março 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar, como voluntária do estudo intitulado “**Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família do Município de Santa Helena de Goiás**”, que será realizado pela enfermeira Marildete Martins Morais sob a orientação da Prof^a Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila.

O objetivo do estudo será avaliar a qualidade do atendimento que você recebeu durante as consultas de pré-natal na Estratégia Saúde da Família do município de Santa Helena de Goiás. Para isso, caso você concorde em participar, precisarei aplicar um questionário com informações sobre sua condição socioeconômica (idade, número de filhos, renda mensal), suas condições de moradia, a história da sua gestação e parto e informações sobre as consultas e os exames realizados durante o pré-natal. Também precisarei checar informações contidas no seu cartão de gestante. Este questionário deverá ser preenchido em aproximadamente 20 minutos.

Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, suas informações serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar como tem sido o acompanhamento de mulheres que vivenciam a atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família do município de Santa Helena de Goiás, possibilitando que aos profissionais da saúde repensem sua postura, adequando melhorias necessárias para qualificar o atendimento às mulheres. Acredito que você não sentirá nenhum desconforto, não terá riscos ou prejuízos ao participar do estudo. Entretanto, caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, receberá, sem nenhum ônus, atendimento pelo Serviço de Psicologia do Hospital Municipal de Santa Helena.

Você é livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo em seu atendimento. Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Além disso, poderá retirar o seu consentimento mesmo após o início do estudo, sem sofrer nenhum prejuízo do seu seguimento nesta instituição de saúde.

As informações registradas ficarão arquivadas e sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. Garantimos que todas as informações serão confidenciais. Seu nome será mantido em sigilo, e identificado apenas por números, para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre o desenvolvimento da pesquisa, caso aceite participar, assine ao final dele, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra dos responsáveis pela realização da entrevista.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Marildete Martins Morais [fone: (64) 8115-3000] e com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás [fone: (62) 3946-1512].

Eu, _____, li e entendi todas as informações que me foram fornecidas sobre a minha participação neste estudo e me foi dada a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu, voluntariamente, concordo em participar dele. Eu recebi uma cópia deste termo de consentimento livre esclarecido, concordo e assino. Autorizo também a liberação de dados dessa pesquisa desde que não identifique a minha pessoa.

Assinatura do participante _____

Santa Helena de Goiás, ____ de _____ de 2011.

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeada.

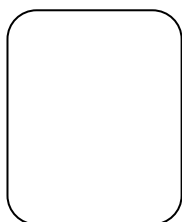
Assinatura do investigador _____

Pesquisadora Responsável: Marildete Martins Morais
 End.: Rua Custódio P. Vêncio, 1020 – Centro – Santa Helena de Goiás, GO.
 Telefone: (064) 8115-3000 – (64) 3641-8764
 e-mail: marildete.morais@gmail.com

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG nº _____
 abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família do Município de Santa Helena de Goiás**”. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora, enfermeira Marildete Martins Moraes, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, atenção e tratamento. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino. Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem a minha pessoa.

Assinatura do sujeito participante _____



Santa Helena de Goiás, ___/___/____.

Assinatura Dactiloscópica

Assinatura do Responsável legal _____

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeada.

Assinatura do Investigador _____

Santa Helena de Goiás, ___/___/____.

Assinatura da Testemunha* _____

Santa Helena de Goiás, ___/___/____.

OBSERVAÇÃO: Testemunha do Consentimento Livre e Esclarecido por escrito se a participante não pode ler ou escrever, uma testemunha independente deve assinar por ela.

APÊNDICE B – Formulário A

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE GOIÁS

Avaliação da Estrutura

USF: _____ Data da Avaliação: ____/____/____

Recursos Humanos	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou inexistente	(5) Parcialmente atendido	(10) Totalmente atendido
Há atendimento de pré-natal diariamente em 2 turnos	(0)	(5)	(10)
Há médico realizando atendimento pré-natal na USF	(0)	(5)	(10)
Há enfermeiro realizando atendimento pré-natal na USF	(0)	(5)	(10)
Há técnico de enfermagem realizando atendimento na USF	(0)	(5)	(10)
Há ACS ativos em todas as microáreas realizando cadastramento e acompanhamento das gestantes	(0)	(5)	(10)
Há funcionário de apoio administrativo	(0)	(5)	(10)
Há Auxiliar de Serviços Gerais em todos os turnos de atendimento	(0)	(5)	(10)
Total de Recursos Humanos	Max = 60		

Planta Física	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou inexistente	(5) Parcialmente atendido	(10) Totalmente atendido
Há sala de espera com bancos para sentar	(0)	(5)	(10)
Existe consultório individual	(0)	(5)	(10)
A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas	(0)	(5)	(10)
Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos	(0)	(5)	(10)
Há luz suficiente para atividades que requeiram maior iluminação	(0)	(5)	(10)
Há sistemas para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.)	(0)	(5)	(10)
Há sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde	(0)	(5)	(10)
Total de Planta Física	Max = 70		

Recursos Materiais	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou inexistente	(5) Parcialmente atendido	(10) Totalmente atendido
Mesa e cadeira	(0)	(5)	(10)
Mesa de exame ginecológico c/ escada de dois degraus	(0)	(5)	(10)
Foco de luz	(0)	(5)	(10)
Balança para adultos (peso/altura)	(0)	(5)	(10)
Esfigmomanômetro	(0)	(5)	(10)
Estetoscópio clínico	(0)	(5)	(10)
Estetoscópio de Pinard e/ou Sonar Doppler	(0)	(5)	(10)
Fita métrica flexível e inelástica	(0)	(5)	(10)
Espéculos vaginais + pinça de Cheron	(0)	(5)	(10)
Material para coleta de exame colpocitológico	(0)	(5)	(10)
Gestograma ou disco obstétrico	(0)	(5)	(10)
Disco de IMC ou tabela de IMC	(0)	(5)	(10)
Roupa de cama e camisola limpa	(0)	(5)	(10)
Lixeira para material usado	(0)	(5)	(10)
Manutenção e esterilização dos equipamentos e instrumental utilizado	(0)	(5)	(10)
Total de Recursos Materiais	Max = 150		

Apoio Laboratorial (Na USF é garantida a realização dos seguintes exames de rotina)	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou inexistente	(5) Parcialmente atendido	(10) Totalmente atendido
Hematócrito	(0)	(5)	(10)
Hemoglobina	(0)	(5)	(10)
Grupo sanguíneo e fator Rh	(0)	(5)	(10)
Sorologia para sífilis (VDRL)	(0)	(5)	(10)
Glicemia de jejum	(0)	(5)	(10)
EAS	(0)	(5)	(10)
TTG	(0)	(5)	(10)
Coombs indireto	(0)	(5)	(10)
Teste anti HIV	(0)	(5)	(10)
Sorologia para Hepatite (HBsAg)	(0)	(5)	(10)

Sorologia para Toxoplasmose	(0)	(5)	(10)
Colpocitologia	(0)	(5)	(10)
Urocultura	(0)	(5)	(10)
Total de Apoio Laboratorial	Max = 130		

Instrumentos de Registro	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou inexistente	(5) Parcialmente atendido	(10) Totalmente atendido
Cartão da Gestante	(0)	(5)	(10)
Ficha Perinatal	(0)	(5)	(10)
Ficha de cadastramento da gestante no SISPRENATAL	(0)	(5)	(10)
Mapa de Registro Diário – SISPRENATAL	(0)	(5)	(10)
Caderno para controle de registros de gestantes	(0)	(5)	(10)
Total de Instrumentos de Registro	Max = 50		

Medicamentos Essenciais	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou inexistente	(5) Parcialmente atendido	(10) Totalmente atendido
Ácido Fólico	(0)	(5)	(10)
Analgésicos	(0)	(5)	(10)
Antiácidos	(0)	(5)	(10)
Antibióticos	(0)	(5)	(10)
Antieméticos	(0)	(5)	(10)
Anti-hipertensivos (Metildopa; Hidralazina)	(0)	(5)	(10)
Antitérmicos	(0)	(5)	(10)
Crems vaginais	(0)	(5)	(10)
Hioscina	(0)	(5)	(10)
Insulina	(0)	(5)	(10)
Sulfato Ferroso	(0)	(5)	(10)
Supositórios de Glicerina	(0)	(5)	(10)
Total de Medicamentos Essenciais	Max = 120		

Sistema de Referência e Contra-Referência	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou inexistente	(5) Parcialmente atendido	(10) Totalmente atendido
Sistema de Referência funcional	(0)	(5)	(10)
Sistema de Contra-Referência funcional	(0)	(5)	(10)
Total de Sistema de Referência e Contra-Referência	Max = 20		

Fonte: Adaptado de Rocha, 2011.

Relatório da avaliação da estrutura:

Estrutura Avaliada	Máx. de Pontos	Pontos Obtidos	Prop. (%)	Critérios de Avaliação			
				Insuficiente ($\leq 49,9\%$)	Pecárias (50 a 74,9%)	Satisfatórias (75 a 89,9%)	Ótimas (90 a 100%)
Recursos Humanos	60						
Planta Física	70						
Recursos Materiais	150						
Apoio Laboratorial	130						
Instrumentos de Registro	50						
Medicamentos Essenciais	120						
Sistema de Referência e Contra-Referência	20						
Total	600						

Qualificação da Estrutura da USF: _____ = _____

APÊNDICE C – Formulário B**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE GOIÁS**

Nº _____ Data: ____/____/____

Nome _____

End.: _____ Bairro: _____

USF de referência: _____

Nº do Prontuário HMSH: _____ Nº do Prontuário USF: _____

Nº SISPRENATAL: _____ ACS: _____

ENTREVISTA**I. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS:****1) Idade:** _____ Data de Nascimento: ____/____/____**2) Cor da pele:**

(1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena

3) Situação conjugal:

(1) Com companheiro (2) Sem companheiro

4) Escolaridade:

(1) < 1 ano (2) 1-5 anos (3) 5-9 anos (4) 10-12 anos (5) ≥ 12 anos

5) Profissão/Ocupação:

(1) Do lar (2) Atividade fora do lar _____ (3) Estudante

6) Situação de trabalho:

(0) Não se aplica (1) Ativa (2) Inativa aposentada

(3) Inativa Licença Médica (4) Licença maternidade

7) Renda mensal familiar: _____ em reais

(1) 0 - 1 SM (2) 1 - 3 SM (3) 3 - 5 SM (4) > 5 SM

8) Receberá o benefício da licença-maternidade? (1) Sim (2) Não.**9) Quem é o responsável pela renda familiar?**

(1) Você (2) Companheiro (3) Você e o companheiro (4) Outros: _____

10) Moradia própria? (1) Não (2) Sim**11) Com quem mora:**

(1) Cônjuge (2) Cônjuge e filhos (3) Filhos (4) Sozinha (5) Com os pais (6) Com os pais e cônjuge

(7) Com os pais, cônjuge e filhos (8) Outros

12) Reside em: (1) Zona Urbana (2) Zona Rural

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

a) Antecedentes

13) Número de gestações:

(1) Primigesta (2) Multigesta(G___P___Ab___)

14) Número e tipo de partos anteriores:

(0) Não se aplica (1) Vaginal _____ (2) Cesáreo _____ (3) Fórceps _____

15) Número de filhos tidos:

(0) Não se aplica (1) Nascidos vivos: _____ (2) Natimorto _____ (3) Morte neonatal _____

b) Gestação Atual

16) Tipo de prenhez: (1) Única (2) Gemelar

17) Classificação de risco:

(0) Sem registro de classificação de risco (1) Baixo risco (2) Médio Risco (3) Alto risco

18a) DUM: ____/____/____ 18b) DPP ____/____/____

19a) Data do Parto ____/____/____ 19b) IG no dia do parto: _____

20) Tipo de parto: (1) Vaginal (2) Cesáreo (3) Fórceps

21) Sexo do RN: (1) Masculino (2) Feminino

22) Peso do RN: _____

23) Utilizou algum medicamento durante a gestação? (1) Não (2) Sim

Quais: _____

24) Como teve acesso a estes medicamentos?

(0) Não se aplica (1) Na USF (2) Comprou (3) Outros _____

25) Fez uso de alguma substância durante a gestação, como:

Fumo: (1) Não (2) Sim. Há quanto tempo fuma? _____

Álcool: (1) Não (2) Sim. Há quanto tempo é etilista? _____

Outras drogas: (1) Não (2) Sim. Quais? _____

c) Complicações associadas à gestação atual

26) Teve necessidade de hospitalização? (1) Não (2) Sim. Por que? _____

27) Ocorreu morte fetal? (1) Não (2) Sim. Causa _____

28) Ocorreu morte neonatal precoce? (1) Não (2) Sim. Causa _____

III. CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

a) Caracterização das consultas

29) Local em que realizou o pré-natal:

(1) USF Dr. Almério Lemos Bastos

(2) USF Dr. Carlos Augusto Menezes de Souza

(3) USF Dr. Rui Carlos Ottoni de Camargo

(4) USF Dr. Sílvio Ferreira Diniz

(5) USF Dona Nicolina

(6) USF Dr. Jhon Derik Partata

30) Idade Gestacional na primeira consulta de pré-natal: _____ semanas

31) Número total de consultas realizadas: Total: _____

1º Trimestre _____ 2º Trimestre _____ 3º Trimestre _____

32) Recebeu atendimento durante o pré-natal por quais profissionais?

(1) Enfermeiro (2) Médico (3) Enfermeiro e Médico (4) Enfermeiro, Médico e outros

33) Recebeu atendimento odontológico (na ESF) durante o pré-natal?

(1) Não (2) Sim

34) Recebeu visita domiciliar por algum profissional da ESF durante a gestação?

(0) Não recebeu visita (1) ACS (2) Enfermeiro (3) Médico (4) Mais de um profissional

b) Percepção da puérpera sobre a atenção pré-natal recebida

35) Sabe o nome dos Profissionais que a acompanharam durante o pré-natal?

(1) Não (2) Sim

36) Você foi atendida pelos mesmos profissionais (médico e enfermeiro) durante o pré-natal?

(1) Não (2) Sim

37) Quanto tempo em média esperava para ser atendida no pré-natal?

(1) Menos de 15 min. (2) De 15 a 30 min. (3) De 30 min. a 1 hora (4) Mais de 1 hora

38) Quanto tempo em média durava as suas consultas de pré-natal?

(1) Menos de 5 min. (2) De 5 a 10 min. (3) De 10 a 15 min. (4) Mais de 15 min.

39) Em suas consultas você conseguia tirar suas dúvidas?

(1) Sempre (2) Algumas vezes (3) Nunca Motivo: _____

40) Participou alguma vez de atividades educativas em grupo de gestantes?

(1) Não (2) Sim

41) Você recebeu alguma das seguintes orientações durante o pré-natal?

41.1 - Importância do pré-natal e cuidados de higiene

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.2 - Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.3 - Prática de atividades físicas e Alimentação saudável

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.4 - Desenvolvimento fetal

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.5 - Modificações corporais e emocionais

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.6 - Direitos da Gestante

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.7 - Atividade sexual

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.8 - Planejamento Familiar

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.9 - Sinais de alerta e o que fazer

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.10 - Preparo para o parto

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.11 - Importância da amamentação

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.12 - Cuidados com o recém-nascido e vacinação

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

41.13 - Importância da consulta puerperal

(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim

42) Era permitida a presença de acompanhante durante a consulta?

(0) Não se aplica = "nunca fui acompanhada" (1) Nunca (2) Às vezes (3) Sempre

43) Como você classificaria a atenção pré-natal que recebeu?

(1) Ótima (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima

Por quê? _____

.....

Busca em registro de prontuário clínico na USF:**44) Foi realizada consulta puerperal até 42 dias pós-parto?**

(1) Não (2) Sim (Data: ___/___/____)

45) Foi realizada busca ativa para consulta puerperal?

(1) Não (2) Sim

c) Procedimentos e classificação da adequação dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante o pré-natal

Exames complementares básicos e procedimentos	Registros no Cartão de Gestante		Registros no prontuário - USF	
Início da atenção Pré-natal	(0) Sem registro (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Número de consultas durante o pré-natal	(0) Sem registro (1) 2 ou menos (2) 3 a 5 consultas (3) 6 ou + consultas	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 2 ou menos (2) 3 a 5 consultas (3) 6 ou + consultas	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Altura Uterina (AU)	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Idade Gestacional (IG)	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Pressão Arterial (PA)	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Peso materno (PM)	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 registros (3) 4 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 registros (3) 4 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Apresentação Fetal	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário

Vacina antitetânica	(0) Sem registro (1) Com registro de 1ª dose (2) Com registro de 2ª dose (3) Com registro de 3ª dose (4) Com registro de dose de reforço (5) Com registro de Gestante imune	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) Com registro de 1ª dose (2) Com registro de 2ª dose (3) Com registro de 3ª dose (4) Com registro de dose de reforço (5) Com registro de Gestante imune	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Curva: Altura Uterina x Idade Gestacional (AU x IG)	(0) Sem registro (1) Preenchimento incompleto (2) Preenchimento Completo	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) Preenchimento incompleto (2) Preenchimento completo	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Curva: Peso Materno x Idade Gestacional (PM x IG)	(0) Sem registro (1) Preenchimento incompleto (2) Preenchimento Completo	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) Preenchimento incompleto (2) Preenchimento completo	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Tipagem ABO - Rh	(0) Sem registro (1) Com 1 ou + registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) Com 1 ou + registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Hematócrito/ Hemoglobina	(0) Sem registro (1) Com 1 ou + registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) Com 1 ou + registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Sorologia para Hepatite B (HBsAg)	(0) Sem registro (1) Com registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) Com registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Sorologia para Toxoplasmose IgM	(0) Sem registro (1) Com registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) Com registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário

Glicemia de jejum	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
EAS	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
VDRL	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Sorologia para HIV	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
USG Obstétrica	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Consulta Puerperal	(0) Sem registro (1) 1 registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário	(0) Sem registro (1) 1 registro	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário

Obs.:

APÊNDICE D – Tabelas de avaliação de indicadores do processo e resultado por Unidade Saúde da Família

Tabela 3.1 - Características do atendimento pré-natal, Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		p*
	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	
Profissionais que realizaram os atendimentos													
Somente o Médico	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0,977
Médico e Enfermeiro	19	86,4	4	100,0	6	85,7	11	91,7	17	89,5	19	90,5	
Médico, Enfermeiro e Nutricionista	2	9,1	0	0,0	1	14,3	1	8,3	1	5,3	2	9,5	
Atendimento odontológico durante o pré-natal													
Não	20	90,9	3	75,0	5	71,4	12	100,0	15	78,9	19	90,5	0,365
Sim	2	9,1	1	25,0	2	28,6	0	0,0	4	21,1	2	9,5	
Visita domiciliar													
Não	4	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	3	14,3	0,332
Sim	18	81,8	4	100,0	7	100,0	12	100,0	17	89,4	18	85,7	
ACS	11	50,0	4	100,0	5	71,4	11	91,7	15	78,9	15	61,9	
ACS e outros Profissionais	7	31,8	0	0,0	2	28,6	1	8,3	2	10,5	3	23,8	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 4.1 - Percepção das mulheres quanto às consultas pré-natais. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		p
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Foi atendida pelos mesmos profissionais													
Não	12	54,5	1	25,0	4	57,1	12	100,0	10	52,6	9	42,9	0,028
Sim	10	45,5	3	75,0	3	42,9	0	0,0	9	47,4	12	67,1	
Tempo médio de espera para consulta													
Até 30min	9	40,9	0	0,0	2	28,6	2	16,7	7	36,8	2	9,6	0,122
De 30min a 1 hora	4	18,2	1	25,0	0	0,0	5	41,7	2	10,5	3	14,3	
Mais de 1 hora	9	40,9	3	75,00	5	71,4	5	41,7	10	52,6	16	76,2	
Tempo médio da consulta													
Menos 15min	20	90,9	4	100,0	7	100,0	11	91,7	15	78,9	17	81,0	0,167
Mais de 15min	2	9,1	0	0,0	0	0,0	1	8,3	4	21,1	4	19,0	
Atendimento às dúvidas													
Sempre	20	90,9	4	100,0	5	71,4	12	100,0	19	100,0	18	85,7	0,397
Algumas vezes/nunca	2	9,1	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	3	14,3	
Permissão para presença de acompanhante durante a consulta													
Não solicitada	11	50,0	3	75,0	5	71,4	8	66,6	11	57,9	15	71,4	0,912
Sim	11	50,0	1	25,0	2	28,6	4	33,3	8	42,1	6	28,6	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 4.2 - Forma de acesso a medicamentos durante o pré-natal. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Não usou medicamentos	4	18,2	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	
Recebeu na USF ou Central Farmacêutica	12	54,5	2	50,0	6	85,7	8	66,7	10	52,6	17	81,0	0,122
Comprou	6	27,3	1	25,0	1	14,3	4	33,3	9	47,4	3	14,3	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 5.1 - Distribuição das mulheres por USF, segundo características sociodemográficas.Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		P
	Média e desvio padrão	IC	Média e desvio padrão	IC	Média e desvio padrão	IC	Média e desvio padrão	IC	Média e desvio padrão	IC	Média e desvio padrão	IC	
Idade	21,86 ±5,64	19,36 – 24,37	22,75 ±6,18	12,91 - 32,59	26,14 ±5,17	21,35 - 30,93	22,17 ±6,27	18,18 - 26,16	25,84 ±6,39	22,76 - 28,93	22,10 ±6,22	19,26 - 24,93	0,176
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%	P
Faixa etária													
12 a 19 anos	10	45,5	2	50,0	1	14,3	6	50,0	3	15,8	8	38,1	0,301
20 a 34 anos	12	54,5	2	50,0	6	85,7	5	41,7	13	68,4	12	57,1	
35 e +	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	3	15,8	1	4,8	
Cor da pele													
Branca	8	36,4	2	50,0	1	14,3	6	50,0	5	26,3	6	28,6	
Negra	4	18,2	0	0,0	2	28,6	2	16,7	1	5,3	6	28,6	0,511
Parda	10	45,5	2	50,0	4	57,1	4	33,3	13	68,4	9	42,9	
Local de residência													
Z. Urbana	19	86,4	4	100,0	7	100,0	11	91,7	18	94,7	20	95,2	
Z. Rural	3	13,6	0	0,0	0	0,0	1	8,3	1	5,3	1	4,8	0,765
Situação conjugal													
Com companheiro	15	68,2	3	75,0	6	85,7	12	100,0	16	84,2	18	85,7	
Sem companheiro	7	31,8	1	25,0	1	14,3	0	0,0	3	15,8	3	14,3	0,304
Com quem mora													
Com companheiro	12	54,5	3	75,0	6	85,7	11	91,7	16	84,2	18	85,7	
Sem companheiro	10	45,4	1	25,0	1	14,3	1	8,3	3	15,8	3	14,3	0,085
Escolaridade													
< 1 ano	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	
1 a 4 anos	4	18,2	0	0,0	0	0,0	3	25,0	2	10,5	3	14,3	
5 a 9 anos	12	54,5	3	75,0	4	57,1	3	25,0	5	26,3	9	42,9	0,518
10 a 12 anos	5	22,7	2	25,5	3	42,9	6	50,0	10	52,5	8	38,1	
12 anos e +	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 6.1 - Distribuição das mulheres conforme características socioeconômicas. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ocupação habitual													
Do lar	20	90,9	2	50,0	4	57,1	10	83,3	12	63,2	17	81,0	0,387
Estudante	1	4,5	0	0,0	1	14,3	1	8,3	2	10,5	1	4,8	
Costureira	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	2	10,5	1	4,8	
Trabalhadora doméstica	1	4,5	1	25,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8	
Vendedora autônoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	
Outras	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	8,3	1	5,3	1	4,8	
Situação de trabalho													
Atividade não remunerada	21	95,5	2	50,0	5	71,4	11	91,7	14	73,7	18	85,7	0,093
Atividade remunerada	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	3	15,8	0	0,0	
Licença maternidade	1	4,5	1	25,0	2	28,6	1	8,3	2	10,5	3	14,3	
Responsável pela renda													
A mulher	2	9,1	0	0,0	0	0,0	1	8,3	2	10,5	1	4,8	0,756
O companheiro	12	54,5	2	50,0	5	71,4	10	83,3	10	52,6	12	57,1	
A mulher e o companheiro	1	4,5	1	25,0	1	14,3	1	8,3	4	21,1	2	9,5	
Outros	7	31,8	1	25,0	1	14,3	0	0,0	3	15,8	6	28,6	
Renda mensal familiar													
0 --- 1 SM	8	36,4	0	0,0	1	14,3	4	33,3	6	31,6	6	28,6	0,359
1 --- 3 SM	14	63,6	4	100,0	6	85,7	7	58,3	9	47,4	13	61,9	
3 --- 5 SM	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	4	21,1	2	9,5	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 7.1 - Distribuição das mulheres, por USF, conforme antecedentes obstétricos. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Número de gestações													
Primigestas	10	45,5	2	50,0	1	14,3	8	66,7	8	42,1	8	38,1	0,367
Multigestas	12	54,4	2	50,0	6	85,7	4	33,3	11	57,9	13	61,9	
Paridade													
Nenhum	13	59,1	2	50,0	1	14,3	9	75,0	8	42,1	10	47,6	0,580
1 a 3	9	40,9	2	50,0	5	71,4	3	25,0	10	52,6	11	52,4	
4 ou mais	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	5,3	0	0,0	
Tipos de partos anteriores													
Cesárea	2	22,2	1	50,0	2	33,3	0	0	3	27,3	7	63,6	0,000
Vaginal	7	77,8	1	50,0	4	66,7	3	100,0	7	63,6	3	27,3	
Cesárea e vaginal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	09,1	
Abortamentos													
Não	18	81,8	4	100,0	6	85,7	11	91,7	15	78,9	16	76,2	0,932
Sim	4	18,2	0	0,0	1	14,3	1	8,3	4	21,1	5	23,8	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 8.1 - Distribuição das mulheres, por USF, conforme características da história obstétrica atual. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tipo de gestação atual													
Única	22	100,0	4	100,0	7	100,0	11	91,7	19	100,0	21	100,0	0,977
Gemelar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	
Classificação de risco gestacional													
Sem registro	17	77,3	0	0,0	2	28,6	2	16,7	1	5,3	7	33,3	0,000
Baixo risco	4	18,2	4	100,0	2	28,6	10	83,3	13	68,4	6	28,6	
Médio risco	0	0,0	0	0,0	3	42,9	0	0,0	4	21,1	1	4,8	
Alto risco	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	7	33,3	
Tipo de parto													
Vaginal	17	77,3	3	75,0	5	71,4	8	66,7	14	73,7	14	66,7	0,977
Cesáreo	5	22,7	1	25,0	2	28,6	4	33,3	5	26,3	7	33,3	
Idade gestacional na data do parto*													
22 a 36 semanas	5	22,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0,070
37 a 41 semanas	17	77,3	4	100,0	7	100,0	12	100,0	17	89,5	21	100,0	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 9.1 - Distribuição das mulheres, por USF, segundo riscos comportamentais associados à gestação atual. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consumo de fumo durante a gestação													
Não	18	81,8	3	75,0	6	85,7	12	100,0	14	73,7	18	85,7	0,541
Sim	4	18,2	1	25,0	1	14,3	0	0,0	6	26,3	3	21,2	
Consumo de álcool durante a gestação													
Não	17	77,3	3	75,0	6	85,7	12	100,0	15	78,9	17	81,0	0,647
Sim	5	22,7	1	25,0	1	14,3	0	0,0	4	21,1	4	19,0	
Consumo de outras drogas													
Não	22	100,0	4	100,0	7	100,0	12	100,0	18	94,7	20	95,2	0,804
Sim (<i>Crack</i>)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	1	4,8	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 10.1 - Distribuição, por USF, das intercorrências clínicas associadas à hospitalização no curso da gestação atual. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hospitalização durante a gestação													
Não	14	63,6	4	100,0	6	85,7	10	83,3	15	79,9	18	85,7	0,409
Sim	8	36,4	0	0,0	1	14,3	2	16,7	4	21,1	3	14,3	
Causas da Hospitalização													
Trabalho de parto prematuro	5	62,5	0	0,0	1	100,0	0	0,0	2	50,0	2	75,0	0,860
Infecção do trato urinário	1	12,5	0	0,0	0	0	2	100,0	1	25,0	0	0,0	
Outras causas	2	25,0	0	0,0	0	0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 11.1 - Distribuição, por USF, das intercorrências clínicas associadas à gestação atual, segundo registro nos prontuários clínicos das USF. Santa Helena de Goiás, 2012

Variáveis	USF1		USF2		USF3		USF4		USF5		USF6		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)													
Sem registros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	
Não	20	90,9	4	100,0	7	100,0	11	91,7	17	89,5	20	95,3	
Sim	2	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	1	4,7	0,564
Total	22	100,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	19	100,0	21	100,0	
Glicemia de Jejum \geq 85mg/dl (rastreamento para DMG)													
Sem registros	4	18,2	0	0	1	14,2	3	25,0	2	10,5	0	0,0	
Não	12	54,5	3	75,0	4	57,2	4	33,3	14	73,7	16	76,2	
Sim	6	27,3	1	25,0	2	28,6	5	41,7	3	15,8	5	23,8	0,394
Total	22	100,0	4	100,0	7	100,0	12	100,0	19	100,0	21	100,0	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 14.1 – Análise descritiva e comparativa dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal - USF 1. Santa Helena de Goiás, 2012

Procedimentos clínicos obstétricos	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	N	%	n	%	
Altura Uterina (AU)					
Sem registros (Inadequado)	1	4.54	2	9.10	0.3020
1 a 2 registros (Inadequado)	5	22.72	9	40.90	
3 a 4 registros (Intermediário)	4	18.18	5	22.72	
5 ou mais registros (Adequado)	12	54.55	6	27.28	
Idade Gestacional (IG)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	0	0	0.3452
1 a 2 registros (Inadequado)	4	18.18	3	13.64	
3 a 4 registros (Intermediário)	1	4.54	5	22.72	
5 ou mais registros (Adequado)	17	77.28	14	63.63	
Pressão Arterial (PA)					
1 a 2 registros (Inadequado)	5	22.72	3	13.64	0.0456
3 a 4 registros (Intermediário)	0	0	4	18.18	
5 ou mais registros (Adequado)	17	77.28	15	68.19	
Peso Materno (PM)					
1 a 2 registros (Inadequado)	4	18.18	2	9.10	0.0849
3 a 4 registros (Intermediário)	1	4.54	6	27.28	
5 ou mais registros (Adequado)	17	77.28	14	63.63	
Batimentos cardíaco-fetais (BCF)					
Sem registros (Inadequado)	1	4.54	2	9.10	0.7967
1 a 2 registros (Inadequado)	6	27.28	8	36.37	
3 registros (Intermediário)	2	9.10	2	9.10	
4 ou mais registros (Adequado)	13	59.09	10	45.45	
Apresentação fetal (AF)					
Sem registros (Inadequado)	20	90.90	18	81.82	0.6754
1 registro (Intermediário)	2	9.10	4	18.18	
2 ou mais registros (Adequado)	0	0	0	0	
Vacina antitetânica (VAT)					
Sem registro (Inadequado)	8	36.37	19	86.36	0.0003
Com registro de 1ª dose (Intermediário)	0	0	1	4.54	
Com registro de dose imunizante e/ou imunização prévia (Adequado)	14	63.63	2	9.10	

*Teste G: Independência.

Tabela 14.2 – Análise descritiva e comparativa dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal - USF 2. Santa Helena de Goiás, 2012

Procedimentos clínicos obstétricos	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	N	%	n	%	
Altura Uterina (AU)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	2	50.00	0.0625
1 a 2 registros (Inadequado)	0	0	0	0	
3 a 4 registros (Intermediário)	2	50.00	0	0	
5 ou mais registros (Adequado)	2	50.00	2	50.00	
Idade Gestacional (IG)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	0	0	0.0264
1 a 2 registros (Inadequado)	0	0	0	0	
3 a 4 registros (Intermediário)	1	25.00	2	50.00	
5 ou mais registros (Adequado)	3	75.00	2	50.00	
Pressão Arterial (PA)					
1 a 2 registros (Inadequado)	0	0	0	0	1.0000
3 a 4 registros (Intermediário)	1	25.00	1	25.00	
5 ou mais registros (Adequado)	3	75.00	3	75.00	
Peso Materno (PM)					
1 a 2 registros (Inadequado)	0	0	0	0	1.0000
3 a 4 registros (Intermediário)	1	25.00	1	25.00	
5 ou mais registros (Adequado)	3	75.00	3	75.00	
Batimentos cardíaco-fetais (BCF)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	2	50.0	0.0625
1 a 2 registros (Inadequado)	0	0	0	0	
3 registros (Intermediário)	2	50.0	0	0	
4 ou mais registros (Adequado)	2	50.0	2	50.00	
Apresentação fetal (AF)					
Sem registros (Inadequado)	3	75.00	2	50.00	0.1130
1 registro (Intermediário)	1	25.00	2	50.00	
2 ou mais registros (Adequado)	0	0	0	0	
Vacina antitetânica (VAT)					
Sem registro (Inadequado)	1	25.00	1	25.00	1.0000
Com registro de 1ª dose (Intermediário)	0	0	0	0	
Com registro de dose imunizante e/ou imunização prévia (Adequado)	3	75.00	3	75.00	

*p = nível de significância do Teste G: Independência.

Tabela 14.3 – Análise descritiva e comparativa dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal - USF 3. Santa Helena de Goiás, 2012

Procedimentos clínicos obstétricos	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	N	%	n	%	
Altura Uterina (AU)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	1	14.28	0.5461
1 a 2 registros (Inadequado)	2	28.57	1	14.28	
3 a 4 registros (Intermediário)	2	28.57	3	42.86	
5 ou mais registros (Adequado)	3	42.86	2	28.57	
Idade Gestacional (IG)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	0	0	0.2817
1 a 2 registros (Inadequado)	1	14.28	0	0	
3 a 4 registros (Intermediário)	1	14.28	4	57.14	
5 ou mais registros (Adequado)	5	71.43	3	42.86	
Pressão Arterial (PA)					
1 a 2 registros (Inadequado)	1	14.28	0	0	0.2115
3 a 4 registros (Intermediário)	1	14.28	0	0	
5 ou mais registros (Adequado)	5	71.43	7	100.00	
Peso Materno (PM)					
1 a 2 registros (Inadequado)	1	14.28	0	0	0.2115
3 a 4 registros (Intermediário)	1	14.28	0	0	
5 ou mais registros (Adequado)	5	71.43	7	100.00	
Batimentos cardíaco-fetais (BCF)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	1	14.28	0.0271
1 a 2 registros (Inadequado)	1	14.28	3	42.86	
3 registros (Intermediário)	0	0	2	28.57	
4 ou mais registros (Adequado)	6	85.71	1	14.28	
Apresentação fetal (AF)					
Sem registros (Inadequado)	7	100.00	6	85.71	0.4811
1 registro (Intermediário)	0	0	1	14.28	
2 ou mais registros (Adequado)	0	0	0	0	
Vacina antitetânica (VAT)					
Sem registro (Inadequado)	0	0	4	57.14	0.0188
Com registro de 1ª dose (Intermediário)	1	14.28	0	0	
Com registro de dose imunizante e/ou imunização prévia (Adequado)	6	85.71	3	42.86	

*p = nível de significância do Teste G: Independência.

Tabela 14.4 – Análise descritiva e comparativa dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal - USF 4. Santa Helena de Goiás, 2012

Procedimentos clínicos obstétricos	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	N	%	n	%	
Altura Uterina (AU)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	4	33.33	< 0.0001
1 a 2 registros (Inadequado)	2	16.66	8	66.66	
3 a 4 registros (Intermediário)	6	50.00	0	0	
5 ou mais registros (Adequado)	4	33.33	0	0	
Idade Gestacional (IG)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	0	0	1.0000
1 a 2 registros (Inadequado)	0	0	0	0	
3 a 4 registros (Intermediário)	1	8.33	1	8.33	
5 ou mais registros (Adequado)	11	91.67	11	91.67	
Pressão Arterial (PA)					
1 a 2 registros (Inadequado)	0	0	0	0	1.0000
3 a 4 registros (Intermediário)	1	8.33	1	8.33	
5 ou mais registros (Adequado)	11	91.67	11	91.67	
Peso Materno (PM)					
1 a 2 registros (Inadequado)	0	0	0	0	0.8239
3 a 4 registros (Intermediário)	1	8.33	2	16.67	
5 ou mais registros (Adequado)	11	91.67	10	83.33	
Batimentos cardíaco-fetais (BCF)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	2	16.66	0.1360
1 a 2 registros (Inadequado)	0	0	0	0	
3 registros (Intermediário)	2	16.66	0	0	
4 ou mais registros (Adequado)	10	83.33	10	83.33	
Apresentação fetal (AF)					
Sem registros (Inadequado)	7	58.33	4	33.00	0.4641
1 registro (Intermediário)	3	25.00	5	41.67	
2 ou mais registros (Adequado)	2	16.66	3	25.00	
Vacina antitetânica (VAT)					
Sem registro (Inadequado)	5	41.67	6	50.00	0.9194
Com registro de 1ª dose (Intermediário)	0	0	0	0	
Com registro de dose imunizante e/ou imunização prévia (Adequado)	7	58.33	6	50.00	

*p = nível de significância do Teste G: Independência.

Tabela 14.5 – Análise descritiva e comparativa dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal - USF 5. Santa Helena de Goiás, 2012

Procedimentos clínicos obstétricos	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	N	%	n	%	
Altura Uterina (AU)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	0	0	0.1315
1 a 2 registros (Inadequado)	1	5.26	6	31.57	
3 a 4 registros (Intermediário)	3	15.79	4	21.06	
5 ou mais registros (Adequado)	15	78.95	9	47.37	
Idade Gestacional (IG)					
Sem registros (Inadequado)	0	5.26	1	5.26	0.7007
1 a 2 registros (Inadequado)	1	0	1	5.26	
3 a 4 registros (Intermediário)	3	15.79	3	15.79	
5 ou mais registros (Adequado)	15	78.95	14	73.69	
Pressão Arterial (PA)					
1 a 2 registros (Inadequado)	1	5.26	2	10.53	0.7629
3 a 4 registros (Intermediário)	3	15.79	2	10.53	
5 ou mais registros (Adequado)	15	78.95	15	78.95	
Peso Materno (PM)					
1 a 2 registros (Inadequado)	1	5.26	2	10.53	0.5904
3 a 4 registros (Intermediário)	4	21.06	2	10.53	
5 ou mais registros (Adequado)	14	73.69	15	78.95	
Batimentos cardíaco-fetais (BCF)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	0	0	0.8792
1 a 2 registros (Inadequado)	1	5.26	2	10.53	
3 registros (Intermediário)	2	10.53	3	15.79	
4 ou mais registros (Adequado)	16	84.22	14	73.69	
Apresentação fetal (AF)					
Sem registros (Inadequado)	10	52.63	13	68.42	0.5865
1 registro (Intermediário)	7	36.85	5	26.32	
2 ou mais registros (Adequado)	2	10.53	1	5.26	
Vacina antitetânica (VAT)					
Sem registro (Inadequado)	7	36.85	12	63.15	0.0567
Com registro de 1ª dose (Intermediário)	3	15.79	0	0	
Com registro de dose imunizante e/ou imunização prévia (Adequado)	9	47.37	7	36.85	

**p = nível de significância do Teste G: Independência.

Tabela 14.6 – Análise descritiva e comparativa dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal - USF 6. Santa Helena de Goiás, 2012

Procedimentos clínicos obstétricos	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	N	%	n	%	
Altura Uterina (AU)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	0	0	0.6659
1 a 2 registros (Inadequado)	3	14.28	5	23.80	
3 a 4 registros (Intermediário)	5	23.80	7	33.34	
5 ou mais registros (Adequado)	13	61.91	9	42.85	
Idade Gestacional (IG)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	0	0	0.9817
1 a 2 registros (Inadequado)	1	4.76	1	4.76	
3 a 4 registros (Intermediário)	3	14.28	4	19.05	
5 ou mais registros (Adequado)	17	80.95	16	76.20	
Pressão Arterial (PA)					
1 a 2 registros (Inadequado)	1	4.76	0	0	0.2500
3 a 4 registros (Intermediário)	0	0	1	4.76	
5 ou mais registros (Adequado)	20	95.23	20	95.23	
Peso Materno (PM)					
1 a 2 registros (Inadequado)	1	4.76	0	0	0.2500
3 a 4 registros (Intermediário)	0	0	1	4.76	
5 ou mais registros (Adequado)	20	95.23	20	95.23	
Batimentos cardíaco-fetais (BCF)					
Sem registros (Inadequado)	0	0	0	0	0.6495
1 a 2 registros (Inadequado)	1	4.76	2	9.52	
3 registros (Intermediário)	1	4.76	3	14.28	
4 ou mais registros (Adequado)	19	90.47	16	76.20	
Apresentação fetal (AF)					
Sem registros (Inadequado)	21	100.00	10	47.61	< 0.0001
1 registro (Intermediário)	0	0	7	33.34	
2 ou mais registros (Adequado)	0	0	4	19.05	
Vacina antitetânica (VAT)					
Sem registro (Inadequado)	8	38.09	9	42.85	0.4855
Com registro de 1ª dose (Intermediário)	1	4.76	0	0	
Com registro de dose imunizante e/ou imunização prévia (Adequado)	12	57.15	12	57.15	

*p = nível de significância do Teste G: Independência.

Tabela 17.1 - Exames complementares realizados durante a atenção pré-natal, conforme registros no cartão da gestante e prontuários clínicos - USF 1. Santa Helena de Goiás, 2012

Exames Complementares	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	n	%	n	%	
ABO-Rh					
Sem registros (Inadequados)	3	13.63	9	40.90	0.0388
1 ou mais registros (Adequados)	19	86.37	13	59.10	
Hematócrito/Hemoglobina					
Sem registros (Inadequados)	6	72.72	2	9.10	0.1111
1 ou mais registros (Adequados)	16	27.28	20	90.90	
Sorologia para Hepatite B					
Sem registros (Inadequados)	2	9.10	4	18.18	0.3756
1 ou mais registros (Adequados)	20	90.91	18	81.82	
Sorologia para toxoplasmose					
Sem registros (Inadequados)	2	9.10	4	18.18	0.3756
1 ou mais registros (Adequados)	20	90.91	18	81.82	
Glicemia de jejum					
Sem registros (Inadequados)	6	27.27	4	18.18	0.0014
1 registro (Intermediários)	15	68.18	7	31.81	
2 ou mais registros (Adequados)	1	4.55	11	50.00	
EAS					
Sem registros (Inadequados)	6	27.27	2	9.10	< 0.0001
1 registro (Intermediários)	14	63.63	3	13.63	
2 ou mais registros (Adequados)	2	9.10	17	77.27	
VDRL					
Sem registros (Inadequados)	2	9.10	2	9.10	0.5194
1 registro (Intermediários)	17	77.27	14	63.63	
2 ou mais registros (Adequados)	3	13.63	6	27.27	
Sorologia para HIV					
Sem registros (Inadequados)	2	9.10	2	9.10	0.5194
1 registro (Intermediários)	17	77.27	14	63.63	
2 ou mais registros (Adequados)	3	13.63	6	27.27	
USG Obstétrica					
Sem registros (Inadequados)	6	27.27	2	9.10	0.2739
1 registro (Intermediários)	7	31.81	8	36.36	
2 ou mais registros (Adequados)	9	40.91	12	54.54	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 17.2 - Exames complementares realizados durante a atenção pré-natal, conforme registros no cartão da gestante e prontuários clínicos - USF 2. Santa Helena de Goiás, 2012

Exames Complementares	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	n	%	n	%	
ABO-Rh					
Sem registros (Inadequados)	0	0	2	50.00	0.0632
1 ou mais registros (Adequados)	4	100.00	2	50.00	
Hematócrito/Hemoglobina					
Sem registros (Inadequados)	0	0	1	25.00	0.2850
1 ou mais registros (Adequados)	4	100.00	3	75.00	
Sorologia para Hepatite B					
Sem registros (Inadequados)	1	25.00	2	50.0	0.4652
1 ou mais registros (Adequados)	3	75.00	2	50.0	
Sorologia para toxoplasmose					
Sem registros (Inadequados)	1	25.00	2	50.00	0.4652
1 ou mais registros (Adequados)	3	75.00	2	50.00	
Glicemia de jejum					
Sem registros (Inadequados)	0	0	1	25.00	0.4219
1 registro (Intermediários)	2	50.00	1	25.00	
2 ou mais registros (Adequados)	2	50.00	2	50.00	
EAS					
Sem registros (Inadequados)	1	25.00	1	25.00	1.0000
1 registro (Intermediários)	1	25.00	1	25.00	
2 ou mais registros (Adequados)	2	50.00	2	50.00	
VDRL					
Sem registros (Inadequados)	1	25.00	1	25.00	0.6796
1 registro (Intermediários)	2	50.00	1	25.00	
2 ou mais registros (Adequados)	1	25.00	2	50.00	
Sorologia para HIV					
Sem registros (Inadequados)	1	25.00	1	25.00	0.6796
1 registro (Intermediários)	2	50.00	1	25.00	
2 ou mais registros (Adequados)	1	25.00	2	50.00	
USG Obstétrica					
Sem registros (Inadequados)	0	0	1	25.00	0.1130
1 registro (Intermediários)	2	2	3	75.00	
2 ou mais registros (Adequados)	2	2	0	0	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 17.3 - Exames complementares realizados durante a atenção pré-natal, conforme registros no cartão da gestante e prontuários clínicos - USF 3. Santa Helena de Goiás, 2012

Exames Complementares	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	n	%	n	%	
ABO-Rh					
Sem registros (Inadequados)	1	14,29	3	42.86	0.2287
1 ou mais registros (Adequados)	6	85.71	4	57.14	
Hematócrito/Hemoglobina					
Sem registros (Inadequados)	4	57.14	0	0	0.0073
1 ou mais registros (Adequados)	3	42.86	7	100.00	
Sorologia para Hepatite B					
Sem registros (Inadequados)	1	14,29	1	14,29	1.0000
1 ou mais registros (Adequados)	6	85.71	6	85.71	
Sorologia para toxoplasmose					
Sem registros (Inadequados)	1	14,29	1	14,29	1.0000
1 ou mais registros (Adequados)	6	85.71	6	85.71	
Glicemia de jejum					
Sem registros (Inadequados)	3	42.86	2	28.57	0.7629
1 registro (Intermediários)	1	14,29	2	28.57	
2 ou mais registros (Adequados)	3	42.86	3	42.86	
EAS					
Sem registros (Inadequados)	3	42.86	1	14,29	0.3512
1 registro (Intermediários)	1	14,29	3	42.86	
2 ou mais registros (Adequados)	3	42.86	3	42.86	
VDRL					
Sem registros (Inadequados)	1	14,29	1	14,29	0.4603
1 registro (Intermediários)	5	71.43	3	42.86	
2 ou mais registros (Adequados)	1	14,29	3	42.86	
Sorologia para HIV					
Sem registros (Inadequados)	1	14,29	1	14,29	0.4603
1 registro (Intermediários)	5	71.43	3	42.86	
2 ou mais registros (Adequados)	1	14,29	3	42.86	
USG Obstétrica					
Sem registros (Inadequados)	1	14,29	2	28.57	0.7119
1 registro (Intermediários)	4	57.15	4	57.15	
2 ou mais registros (Adequados)	2	28.57	1	14,29	

*p = nível de significância do Teste do Quiquadrado.

Tabela 17.4 - Exames complementares realizados durante a atenção pré-natal, conforme registros no cartão da gestante e prontuários clínicos - USF 4. Santa Helena de Goiás, 2012

Exames Complementares	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	n	%	n	%	
ABO-Rh					
Sem registros (Inadequados)	1	8.33	5	41.67	0.0510
1 ou mais registros (Adequados)	11	91.67	7	58.33	
Hematócrito/Hemoglobina					
Sem registros (Inadequados)	1	8.33	3	25.00	0.2642
1 ou mais registros (Adequados)	11	91.67	9	75.00	
Sorologia para Hepatite B					
Sem registros (Inadequados)	1	8.33	0	0	0.3070
1 ou mais registros (Adequados)	11	91.67	12	100.00	
Sorologia para toxoplasmose					
Sem registros (Inadequados)	1	8.33	0	0	0.3070
1 ou mais registros (Adequados)	11	91.67	12	100.00	
Glicemia de jejum					
Sem registros (Inadequados)	1	8.33	3	25.00	0.5012
1 registro (Intermediários)	4	33.33	4	33.33	
2 ou mais registros (Adequados)	7	58.33	5	41.67	
EAS					
Sem registros (Inadequados)	1	8.33	1	8.33	0.3805
1 registro (Intermediários)	2	16.67	5	41.67	
2 ou mais registros (Adequados)	9	75.00	6	50.00	
VDRL					
Sem registros (Inadequados)	1	8.33	0	0	0.2883
1 registro (Intermediários)	5	41.67	8	66.67	
2 ou mais registros (Adequados)	6	50.00	4	33.33	
Sorologia para HIV					
Sem registros (Inadequados)	1	8.33	0	0	0.2883
1 registro (Intermediários)	5	41.67	8	66.67	
2 ou mais registros (Adequados)	6	50.00	4	33.33	
USG Obstétrica					
Sem registros (Inadequados)	0	0	0	0	1.0000
1 registro (Intermediários)	5	41.67	5	41.67	
2 ou mais registros (Adequados)	7	58.33	7	58.33	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 17.5 - Exames complementares realizados durante a atenção pré-natal, conforme registros no cartão da gestante e prontuários clínicos - USF 5. Santa Helena de Goiás, 2012

Exames Complementares	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	n	%	n	%	
ABO-Rh					
Sem registros (Inadequados)	2	10.53	12	63.15	0.0008
1 ou mais registros (Adequados)	17	89.47	7	36.85	
Hematócrito/Hemoglobina					
Sem registros (Inadequados)	2	10.53	11	57.89	0.0021
1 ou mais registros (Adequados)	17	89.47	8	42.10	
Sorologia para Hepatite B					
Sem registros (Inadequados)	5	26.32	8	42.10	0.3050
1 ou mais registros (Adequados)	14	73.69	11	57.89	
Sorologia para toxoplasmose					
Sem registros (Inadequados)	5	26.32	9	47.37	0.1786
1 ou mais registros (Adequados)	14	73.69	10	52.63	
Glicemia de jejum					
Sem registros (Inadequados)	2	10.52	13	68.43	< 0.0001
1 registro (Intermediários)	7	36.85	6	31.57	
2 ou mais registros (Adequados)	10	52.63	0	0	
EAS					
Sem registros (Inadequados)	2	10.52	12	63.15	0.0003
1 registro (Intermediários)	7	36.85	6	31.57	
2 ou mais registros (Adequados)	10	52.63	1	5.16	
VDRL					
Sem registros (Inadequados)	12	63.15	9	47.37	0.3696
1 registro (Intermediários)	4	21.06	8	42.10	
2 ou mais registros (Adequados)	13	68.43	2	10.52	
Sorologia para HIV					
Sem registros (Inadequados)	12	63.15	9	47.37	0.3696
1 registro (Intermediários)	4	21.06	8	42.10	
2 ou mais registros (Adequados)	13	68.43	2	10.52	
USG Obstétrica					
Sem registros (Inadequados)	1	5.16	8	42.10	0.0031
1 registro (Intermediários)	5	26.32	7	36.85	
2 ou mais registros (Adequados)	13	68.43	4	21.06	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 17.6 - Exames complementares realizados durante a atenção pré-natal, conforme registros no cartão da gestante e prontuários clínicos - USF 6. Santa Helena de Goiás, 2012

Exames Complementares	Local de Registro				p*
	Cartão da Gestante		Prontuário Clínico		
	n	%	n	%	
ABO-Rh					
Sem registros (Inadequados)	8	39.09	8	39.09	1.0000
1 ou mais registros (Adequados)	13	61.91	13	61.91	
Hematócrito/Hemoglobina					
Sem registros (Inadequados)	4	19.05	1	4.76	0.1406
1 ou mais registros (Adequados)	17	80.95	20	95.23	
Sorologia para Hepatite B					
Sem registros (Inadequados)	8	39.09	3	14.28	0.0751
1 ou mais registros (Adequados)	13	61.91	18	85.71	
Sorologia para toxoplasmose					
Sem registros (Inadequados)	6	28.57	3	14.28	0.2556
1 ou mais registros (Adequados)	16	71.43	18	85.71	
Glicemia de jejum					
Sem registros (Inadequados)	5	23.80	3	14.28	0.7298
1 registro (Intermediários)	6	28.57	7	33.34	
2 ou mais registros (Adequados)	10	47.62	11	52.38	
EAS					
Sem registros (Inadequados)	5	23.80	2	9.52	0.0054
1 registro (Intermediários)	9	42.85	2	9.52	
2 ou mais registros (Adequados)	7	33.34	17	80.95	
VDRL					
Sem registros (Inadequados)	7	33.34	1	4.76	0.0347
1 registro (Intermediários)	8	39.09	14	66.66	
2 ou mais registros (Adequados)	6	28.57	6	28.57	
Sorologia para HIV					
Sem registros (Inadequados)	7	33.34	1	4.76	0.0347
1 registro (Intermediários)	8	39.09	14	66.66	
2 ou mais registros (Adequados)	6	28.57	6	28.57	
USG Obstétrica					
Sem registros (Inadequados)	1	4.76	1	4.76	0.9480
1 registro (Intermediários)	7	33.34	8	39.09	
2 ou mais registros (Adequados)	13	61.91	12	57.15	

*p = nível de significância do Teste do Quiquadrado.

Tabela 20.1 - Análise descritiva do peso dos recém-nascidos. Santa Helena de Goiás, 2012

Local de atendimento pré-natal	n	Média de peso RN	dp*	Intervalo de Confiança da Média (95%)		Variação	
				Limite inferior	Limite superior	Mínimo	Máximo
USF 1	22	2,997	0,569	2,742	3,247	1,665	3,775
USF 2	4	3,292	0,665	2,233	4,351	2,870	4,280
USF 3	7	3,616	0,616	3,046	4,186	2,855	4,675
USF 4	13	3,183	0,431	2,915	3,482	2,530	3,940
USF 5	19	3,155	0,470	2,928	3,381	2,320	3,960
USF 6	21	3,332	0,418	3,141	3,522	2,605	4,385
Total	86	3,205	0,517	3,096	3,320	1,665	4,675

*dp = desvio padrão

Tabela 20.2 - Local em que realizou o pré-natal x peso do recém-nascido. Santa Helena de Goiás, 2012.

Local em que realizou o pré-natal		Classificação do peso do RN				
		Baixo peso	Peso insuficiente	Peso adequado	Excesso de peso	Total
USF 1	Total	3	8	11	0	22
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	13,6%	36,4%	50,0%	0,0%	100,0%
	% em relação a classificação do peso do RN	50,0%	32,0%	21,6%	0,0%	25,6%
USF 2	Total	0	2	1	1	4
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	% em relação a classificação do peso do RN	0,0%	8,0%	2,0%	25,0%	4,7%
USF 3	Total	0	1	4	2	7
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	0,0%	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
	% em relação a classificação do peso do RN	0,0%	4,0%	7,8%	50,0%	8,1%
USF 4	Total	0	6	7	0	13
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	0,0%	46,2%	53,8%	0,0%	100,0%
	% em relação a classificação do peso do RN	0,0%	24,0%	13,7%	0,0%	15,1%
USF 5	Total	3	3	13	0	19
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	15,8%	15,8%	68,4%	0,0%	100,0%
	% em relação a classificação do peso do RN	50,0%	12,0%	25,5%	0,0%	22,1%
USF 6	Total	0	5	15	1	21
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	0,0%	23,8%	71,4%	4,8%	100,0%
	% em relação a classificação do peso do RN	0,0%	20,0%	29,4%	25,0%	24,4%
Total	Total	6	25	51	4	86
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	7,0%	29,1%	59,3%	4,6%	100,0%
	% em relação a classificação do peso do RN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

Tabela 21.1 - Local em que realizou o pré-natal idade gestacional ao nascer. Santa Helena de Goiás, 2012

Local em que realizou o pré-natal		Idade Gestacional ao nascer			p*
		Pré-termo	Termo	Total	
USF 1	Total	5	17	22	0,065
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	71,4%	21,5%	25,6%	
	% em relação a classificação da idade gestacional	5,8%	19,8%	25,6%	
USF 2	Total	0	4	4	
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	,0%	5,1%	4,7%	
	% em relação a classificação da idade gestacional	,0%	4,7%	4,7%	
USF 3	Total	0	7	7	
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	,0%	8,9%	8,1%	
	% em relação a classificação da idade gestacional	,0%	8,1%	8,1%	
USF 4	Total	0	13	13	
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	,0%	16,5%	15,1%	
	% em relação a classificação da idade gestacional	,0%	15,1%	15,1%	
USF 5	Total	2	17	19	
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	28,6%	21,5%	22,1%	
	% em relação a classificação da idade gestacional	2,3%	19,8%	22,1%	
USF 6	Total	0	21	21	
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	,0%	26,6%	24,4%	
	% em relação a classificação da idade gestacional	,0%	24,4%	24,4%	
Total	Total	7	79	86	
	% em relação ao local em que realizou o pré-natal	100,0%	100,0%	100,0%	
	% em relação a classificação da idade gestacional	8,1%	91,9%	100,0%	

*p = nível de significância do Teste Quiquadrado.

ANEXO

ANEXO A - Parecer do CEP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 Av. Universitária, 099 - Santa Universitária
 Caixa Postal 245 - CEP 74605-010
 Goiânia - GO - Brasil
 Fone: (52) 3246.1101 - Fax: (52) 3246.1107
 www.pucgoias.br - pucgoias@pucgoias.br

Registro CEP 1906/2011

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto, **Avaliação da assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Santa Helena de Goiás**, coordenado pelo (a) pesquisador (a) **Marildete Martins Moraes**. Foi cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP-SGC/PUC Goiás) sob o CAAE 0169.0.168.168-11, em 14/10/2011 e aprovado em 08/11/2011.

- CEP-SGC/PUC Goiás pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13).
- Informamos que é obrigatória a entrega do relatório de acompanhamento da pesquisa, conforme a categoria de pesquisa realizada, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Modelo do relatório de acompanhamento da pesquisa se encontra no site do Comitê de Ética <http://www.pucgoias.edu.br/cep> - modelos documentos.

Categorias de pesquisa

TCC: Final da pesquisa
 Especialização: Final da pesquisa
 Mestrado: Relatório anual e final
 Doutorado: Relatório anual e final
 Outros: Relatório anual e final


 Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho
 Coordenador do CEP-SGC/PUC Goiás

Goiânia, 09 de Novembro de 2011.