



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO

MARCO ANTONIO BARBOSA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Áurea Quintella Fernandes.

Guarulhos
2007



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARCO ANTONIO BARBOSA

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO

Dissertação apresentada à Universidade Guarulhos para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Áurea Quintella Fernandes

Guarulhos
2007

B238a Barbosa, Marco Antonio
Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato / Marco Antonio Barbosa. Guarulhos, 2007.
111f. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Guarulhos, Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, 2007.
Orientadora: Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes.
Bibliografia: f. 87-93.

1. Controle de qualidade. 2. Cuidado pré-natal. 3. Enfermagem obstétrica. I. Título. II. Universidade Guarulhos.

CDD 21st 610.7367



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO", em sessão pública realizada em 20 de março de 2007, considerou o candidato MARCO ANTONIO BARBOSA aprovado com louvor.

1. Profa. Dra. Rosa Aurea Quintella Fernandes Rosa Aurea Q. Fernandes

2. Profa. Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo Tamara Iwanow

3. Profa. Dra. Nádia Zanon Narchi Nádia Zanon Narchi

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os profissionais da área da saúde que procuram crescer, profissional e pessoalmente, em suas relações com aquele que assiste e, espero que este trabalho seja um incentivo à melhoria da qualidade da assistência prestada, em especial à mulher.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus pela força que me concedeu nos momentos de fraqueza; pelo caminho que me mostrou nas horas em que me sentia perdido; pelas pessoas maravilhosas que Ele colocou na minha trajetória; pela minha saúde e pela dádiva da vida.

À minha esposa, com quem compartilhei todos os momentos de dificuldades, conquistas e a alegria em alcançarmos nosso objetivo;

À minha família pelo apoio constante na construção deste trabalho.

À minha orientadora, Profª Drª Rosa Áurea Q. Fernandes pelo amor que tem em ensinar, pela paciência e parceria na construção desta obra;

À Profª Drª Tamara I. Cianciarullo e a Profª Drª Nádia Z. Narchi que não mediram esforços em participar da banca examinadora e contribuir com suas brilhantes sugestões, para construção deste trabalho;

A todas as professoras do curso de mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos pela dedicação aos alunos;

À Secretaria de Saúde do município, à Diretoria Clínica e de Enfermagem da Santa Casa de Francisco Morato pela autorização da realização desta pesquisa.

Barbosa, MA. Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato. [Dissertação] Guarulhos (SP): Guarulhos Univ; 2007.

Resumo

Este estudo exploratório descritivo, de campo com abordagem quantitativa, realizado com puérperas que receberam assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato, teve como objetivos: avaliar a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco no município; verificar com base em indicadores a qualidade da assistência pré-natal; verificar a satisfação das mulheres com o atendimento pré-natal da rede básica; verificar a qualidade da assistência pré-natal nas diferentes Unidades de Saúde do município. Os dados foram coletados em dois momentos distintos, no primeiro: foi realizado entrevista com 77 puérperas internadas na Unidade de Alojamento Conjunto da Santa Casa de Francisco Morato e no segundo momento foi realizada a análise retrospectiva dos registros efetuados nos prontuários de pré-natal, das mulheres selecionadas para a entrevista; observação da área de atendimento (consultórios) e dos registros de orientações grupais e de busca ativa, em cada uma das Unidades de Saúde. Os dados sócio-demográficos podem ser assim caracterizados: população jovem, onde 53,3% encontram-se entre 14 e 24 anos e 26% são adolescentes. A idade média foi de 25,1 anos; a maioria 68,8% não ultrapassou o ensino fundamental; 87% tem companheiro fixo; 84,4% não tem trabalho remunerado e renda familiar média de R\$ 560,00. Em relação às características obstétricas, 75,3% tiveram entre 1 e 3 gestações e 77,9% tinham entre 1 e 3 filhos; somente 33,8% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e 77,9% foram submetidas a parto normal. Os dados consolidados, de todas as áreas analisadas, mostraram que as Unidades C e G foram as que atingiram maior escore (71,1% e 71,7% respectivamente) na avaliação da qualidade da assistência, enquanto que as demais atingiram escores inferiores a 70%. Comparando-se os resultados obtidos na análise dos registros efetuados no cartão da gestante e no seu prontuário, o percentual de registro no cartão foi maior do que no prontuário em todas as áreas. Na avaliação da satisfação da clientela com a assistência pré-natal recebida 40,2% das puérperas referiram estar satisfeitas e 22,1% muito satisfeitas, enquanto

32,5% consideraram-se insatisfeitas. Apenas 7,8% das mulheres referiram ter recebido orientações durante o pré-natal e apenas as Unidades C e G foram citadas neste quesito. O conceito da assistência para 79,2% das mulheres ficou entre ótimo, muito bom e bom, enquanto 20,8% a conceituaram entre ruim e péssima. No que se refere à estrutura todas as Unidades de Saúde obtiveram escore máximo (100%). A variação nos escores encontrados nas diferentes Unidades de Saúde, em todas as áreas analisadas, está diretamente relacionada à valorização dos registros no cartão e no prontuário da gestante.

Palavras-chave: Controle de qualidade, Cuidado pré-natal, Enfermagem obstétrica.

Barbosa, MA. Evaluation of prenatal care in low risk pregnancies in Guarulhos SP, University of Guarulhos, 2007.

Abstract

This descriptive, exploratory field study, with a quantitative bias, carried out on pregnant women receiving low risk prenatal care in a Brazilian city, has, as its objective: the evaluation of the quality of low risk prenatal care in the municipality; the verification of the quality of prenatal care based on indicators; the verification of the level of prenatal care satisfaction in the public health system; and the verification of the quality of prenatal care in nine different municipal health-care centers. The data were gathered on two distinct occasions: firstly, interviews were carried out with 77 pregnant women interned at the Santa Casa Hospital in Francisco Morato and secondly, a retrospective analysis was carried out on the prenatal registries of the women selected for the interviews, with emphasis given on the appointment locale (consultation), the group guidance registries and the active searches in each of the Health Care Units. The socio-demographic data can be characterized as follows: a young population sample, 53.3% between the ages of 14 and 24 years, of which 26% are adolescents with an average age of 25.1 years. The majority (68.8%) did not complete basic education; 87% had a fixed partner; 84.4% were not in gainful employment and the median monthly family income was R\$ 560.00. Regarding obstetrician characteristics, 75.3% had had between 1 and 3 pregnancies and 77.9% had between 1 and 3 children; only 33.8% began prenatal care during the first semester and 77.9% had been submitted to normal childbirth. The consolidated data from all the areas analyzed show that Units C and G scored the highest (71.1% and 71.7% respectively) in quality care evaluation, whereas the remainder attained scores of less than 70%. Comparing the results obtained from the analysis of pregnancy registries and the patient's historical health record in all the areas, the former was higher than the latter. In the prenatal care customer satisfaction evaluation, 40.2% considered the care satisfactory, 22.1% were extremely satisfied, whilst 32.5% considered the care unsatisfactory. Only 7.8% of the women mentioned receiving guidance during prenatal and only units C and G made any reference to this question. The concept of care for 79.2% of the women was between excellent, very

good and good, while the concept for 20.8% was between bad and very bad. With reference to the structure, all the Units obtained the maximum score (100%). The variation of scores encountered among the different Health Care Units in all the areas analyzed is directly related to the respect afforded to the pregnancy registry and the patient's historical health record.

Key words: quality control, prenatal care, obstetrics nursing.

Barbosa, MA Evaluación de la asistencia prenatal de bajo riesgo en el municipio de Francisco Morato. [Disertación] Guarulhos (SP): Guarulhos [Univ]; 2007.

Resumen

Este estudio exploratorio descriptivo, de campo con abordaje cuantitativa, realizado con puérperas que recibieron asistencia prenatal de bajo riesgo en el municipio de Francisco Morato, tuvo como objetivos: evaluar la calidad de la asistencia prenatal de bajo riesgo en el municipio; verificar en base a indicadores la calidad de la asistencia prenatal; verificar la satisfacción de las mujeres con la atención prenatal de la red básica; verificar la calidad de la asistencia prenatal en las diferentes Unidades de Salud del municipio. Los datos fueron colectados en dos momentos distintos, en el primero: fue realizada entrevista con 77 puérperas internadas en la Unidad de Alojamiento Conjunto de la Santa Casa de Francisco Morato y en el segundo momento fue realizada el análisis retrospectiva de los registros efectuados en los prontuarios de prenatal, de las mujeres seleccionadas para la entrevista; observación del área de atención (consultorios) y de los registros de orientaciones grupales y de búsqueda activa, de cada una de las Unidades de Salud. Los datos socio-demográficos pueden ser así caracterizados: población joven, donde 53,3% se encuentran entre 14 y 24 años y 26% son adolescentes. La edad media fue de 25,1 años; la mayoría 68,8% no sobrepasó la enseñanza fundamental; 87% tiene compañero fijo; 84,4% no tiene trabajo remunerado y renta familiar promedio de R\$ 560,00. En relación con las características obstétricas, 75,3% tuvieron entre 1 y 3 gestaciones y 77,9% tenían entre 1 y 3 hijos; solamente 33,8% iniciaron el prenatal en el 1º trimestre y 77,9% habían sido sometidas a parto normal. Los datos consolidados, de todas las áreas analizadas, mostraron que las Unidad C y G fueron las que alcanzaron mayor score (71,1% y 71,7%) en la evaluación de la calidad de la asistencia, mientras que las de más alcanzaron scores inferiores la 70%. Al comparar los resultados obtenidos en el análisis de los registros efectuados en el cartón de la gestante y en su prontuario, el porcentual de registro en el cartón de la gestante fue más grande que en el prontuario en todas las áreas. En la evaluación de la satisfacción de la clientela con la asistencia prenatal recibida 40,2% de las puérperas refirieron estar satisfechas y 22,1% mucho satisfechas, mientras 32,5% se habían

considerado insatisfechas. Sólo 7,8% de las mujeres refirieron tener recibido orientaciones durante lo prenatal y sólo las Unidades C y G habían sido citadas en esta especialidad. El concepto de la asistencia para 79,2% de las mujeres quedó entre óptimo, muy bueno y bueno, mientras 20,8% la conceptuaron entre malo y pésima. En lo que se refiere a la estructura todas las Unidades de Salud obtuvieron escore máximo (100%). La variación de los escores encontrados en las diferentes Unidades de Salud, en todas las áreas analizadas, está directamente relacionada a la valorización de los registros en el cartón y en el prontuario de la gestante.

Palabras Claves: Control de calidad, Cuidado prenatal, Enfermería obstétrica.

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Distribuição do número de gestantes matriculadas no pré-natal de acordo com a Unidade de Saúde e número e percentual das que fizeram parte da amostra, nas respectivas unidades. Francisco Morato – SP, 2006.....	19
Tabela 2:	Caracterização da amostra por faixa etária, escolaridade e procedência. Francisco Morato – SP, 2006.....	26
Tabela 3:	Caracterização da amostra por situação conjugal e ocupação. Francisco Morato – SP, 2006.....	28
Tabela 4:	Caracterização da amostra por renda mensal e número de pessoas no domicílio. Francisco Morato – SP, 2006.....	29
Tabela 5:	Caracterização da amostra por número de gestações e número de filhos vivos. Francisco Morato – SP, 2006.....	30
Tabela 6:	Caracterização da amostra por trimestre de início de pré-natal e tipo de parto. Francisco Morato – SP, 2006.....	31
Tabela 7:	Demonstrativo do conceito atribuído pelas mulheres na avaliação da assistência pré-natal recebida. Francisco Morato – SP, 2006.....	73
Tabela 8:	Demonstrativo da satisfação das puérperas quanto à assistência pré-natal recebida. Francisco Morato – SP, 2006.....	74

Lista de Quadros

Quadro 1:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na análise dos dados consolidados de todas as áreas. Francisco Morato – SP, 2006.....	33
Quadro 2:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área dados gerais, na análise dos registros do cartão da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.....	36
Quadro 3:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área dados gerais, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.....	38
Quadro 4:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área procedimentos, na análise dos registros do cartão da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	41
Quadro 5:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área procedimentos, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	43
Quadro 6:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área exames laboratoriais, na análise dos registros do cartão da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	45
Quadro 7:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área exames laboratoriais, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	48
Quadro 8:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes obstétricos, na análise dos registros do cartão da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	50
Quadro 9:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes obstétricos, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	51

Quadro 10:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes obstétricos, na análise dos registros do prontuário de mulheres com mais de uma gestação. Francisco Morato – SP, 2006.....	53
Quadro 11:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes pessoais, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	55
Quadro 12:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área gestação atual, na análise dos registros do cartão da gestante de mulheres com mais de uma gestação. Francisco Morato – SP, 2006.....	58
Quadro 13:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área gestação atual, na análise dos registros do prontuário de mulheres com mais de uma gestação. Francisco Morato – SP, 2006	58
Quadro 14:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área gestação atual, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	60
Quadro 15:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes familiares, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	62
Quadro 16:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área referência e contra-referência, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato – SP, 2006.....	64
Quadro 17:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde, no registro das orientações no prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.....	66
Quadro 18:	Demonstrativo do número e percentual das respostas das mulheres sobre a orientação recebida no pré-natal, por Unidade de Saúde. Francisco Morato - SP, 2006.....	68

Quadro 19:	Demonstrativo do número e percentual das respostas das mulheres, obtidas na entrevista por Unidade de Saúde. Francisco Morato – SP, 2006.....	70
Quadro 20:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área busca ativa, na análise dos registros de controle da Unidade. Francisco Morato – SP, 2006.....	75
Quadro 21:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde, em relação aos materiais e equipamentos, disponíveis para atendimento pré-natal. Francisco Morato – SP, 2006.....	77
Quadro 22:	Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde, em relação ao sistema de documentação. Francisco Morato - SP, 2006.	78

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. A Saúde da Mulher e as Políticas Públicas.....	1
1.2. Morbimortalidade Materna e Perinatal.....	5
1.3. Uma Assistência Pré-natal de Qualidade.....	8
2. OBJETIVOS.....	13
3. MÉTODOS.....	15
3.1. Tipo e local da pesquisa.....	15
3.2. População e amostra.....	16
3.3. Instrumento de Coleta.....	17
3.3.1. Coleta de dados.....	18
3.3.2. Procedimento para a coleta de dados.....	18
3.3.2.1. Momento 1.....	18
3.3.2.2. Momento 2.....	18
3.3.3. Critérios adotados para análise dos instrumentos.....	20
3.3.4. Procedimentos éticos.....	21
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	23
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	25
5.1. Dados Sócio-demográficos.....	26
5.2. Dados Obstétricos.....	30
5.3. Avaliação geral da assistência pré-natal no município.....	32
5.4. Dados do cartão e prontuário da gestante.....	35
5.5. Dados da entrevista com a puérpera.....	67
5.6. Dados da visita às Unidades de Saúde.....	74
6. CONCLUSÕES.....	81
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS.....	95
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
Anexo B: Instrumento de Análise da Assistência pré-natal.....	96
Anexo C: Critérios adotados para avaliação da assistência pré-natal.....	106

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Saúde da Mulher e as Políticas Públicas

Na década de 60, o Brasil passava por inúmeras transformações políticas, sociais e econômicas. Sendo que uma consequência direta dessas mudanças foi a migração da população rural para as zonas urbanas, trazendo com isso, mudanças significativas nos hábitos de vida destas populações, o que influenciou nos padrões de reprodução humana ^{1,2}.

A partir de 1974, ao deflagrar-se nova crise no Sistema Capitalista Mundial, o Brasil enfrentou, além da crise econômica, uma crescente insatisfação popular. Essas pressões sociais, associadas à necessidade de legitimação de um regime governamental, fizeram com que seus líderes ampliassem as bases de sustentação econômica, repercutindo em mais investimentos na saúde, educação e benefícios sociais ¹.

Surge nesta época, com o intuito de reduzir os altos índices de morbimortalidade materno e infantil, o “Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI)”. Contudo, o caráter vertical do programa associado à falta de instrumentos para a operacionalização e as diferenças epidemiológicas das diferentes regiões, fez com que o Programa não demonstrasse resultados significativos ¹.

Até o final da década de 70, toda atenção dispensada à mulher era relacionada ao ciclo reprodutivo³ e, mesmo assim com índices altíssimos de morbimortalidade materna e perinatal.

Na década de 80, percebe-se um crescente sentimento de democratização do País com a organização de movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista. As mulheres passam a reivindicar: o direito à procriação, sexualidade, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde, entre outras medidas ⁴.

Em junho de 1983, em um depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado que investigava o crescimento populacional, o então Ministro da Saúde apresentou a proposta de criação de um Programa que ao mesmo tempo atendesse às

reivindicações dos movimentos feministas e ampliasse o conceito de atenção à mulher; denominado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ⁵.

A filosofia deste Programa introduziu novos conceitos na atenção à saúde da mulher, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas em atividades grupais entre os profissionais e a população ⁶.

O conceito de assistência integral inclui a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades do grupo em questão. Nesse contexto a assistência deveria ser clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira-idade; ao controle das doenças sexualmente transmissíveis, do câncer cérvico-uterino e mamário e ainda à assistência concepcional e anticoncepcional ⁵.

Todavia, não foi isso o que se observou, pois no cotidiano, a assistência continua fragmentada, com grandes dificuldades de acesso e sem vínculo entre a atenção básica e sua referência.

Embora a proposta do Programa viesse de encontro às necessidades da população, existiam inúmeras reações contrárias ao lançamento do Programa, como as de algumas facções de partidos políticos, membros do setor acadêmico e da categoria médica ⁵.

De um modo geral, estes grupos questionavam a integralidade e universalidade do Programa, justificando que o Programa estaria concentrado nos problemas relacionados à atividade sexual e reprodutiva da mulher, e ainda, representaria simplesmente uma estratégia do governo de controlar a natalidade da população ⁵.

Contudo, para outros estudiosos da saúde da mulher, a relevância do Programa é clara, ao se evidenciar o seu significado social, sua singularidade enquanto proposta de mudança na maneira de atender e ver a mulher, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde ^{5, 6, 7}.

Infelizmente, o PAISM foi mais um dos muitos programas e projetos que não foram implementados efetivamente em todo Território Nacional, embora não haja uma

avaliação formal dos motivos que impediram seu sucesso, pode-se concluir que os descompassos entre as Secretárias Estaduais e Municipais, a falta de valorização da Saúde da Mulher por alguns gestores e até a falta de compromisso político influenciaram na não efetivação do Programa em todo o País.

Na década de 90, com o intuito de reestruturar a assistência à saúde e democratizar o atendimento à população, tornando-o equânime, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que, dentre seus inúmeros propósitos tinha como prioridade a universalização do atendimento, a equidade e a integralidade. Na consecução destes propósitos as estratégias estavam voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população ^{2, 8, 9, 10}. Embora, mesmo com esta nova ótica de assistência à população, o atendimento permanecia voltado a ações curativas e hospitalocêntricas.

Ao longo da década de 90 buscou-se a melhora constante dos serviços de saúde à população, de modo a alcançar melhor eficiência e equidade. No intuito de alcançar estes objetivos o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que nascia com a missão de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, de forma a substituir o modelo vigente, orientado para a cura de doenças e aos serviços hospitalares. A idéia era a reorganização da atenção à saúde de modo a corroborar com os princípios do SUS ^{11,12}.

A atenção neste novo Programa está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às Equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de saúde da população de acordo com o seu ambiente socioeconômico e cultural, necessidades estas muito além das práticas curativas ¹³.

No entanto, a falta de investimentos, valorização política, e os descompassos do Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais, fizeram mais uma vez com que, até os dias atuais, o número de Equipes de Saúde da Família ainda sejam incipientes em todas as regiões do país, pois ao final de 2005, ou seja, onze anos após a efetivação do Programa, tido como estratégia ímpar na melhoria do acesso aos serviços de saúde, somente 44% da população brasileira podia contar com esta nova estratégia de saúde ¹².

Talvez, o conjunto dos motivos acima citados, somado à falta de valorização dos profissionais e da população, no que tange à prevenção de doenças e à promoção de saúde, façam com que a atenção primária ainda apresente grandes deficiências na prestação dos serviços e, conseqüentemente, insuficiência na redução dos altos índices de morbimortalidade da população brasileira.

No cenário da assistência à Saúde da Mulher no período gravídico-puerperal os índices de morbimortalidade materna e perinatal continuam altos quando comparados a outros países, como será demonstrado mais à frente.

Esta realidade se deve a inúmeros fatores como: a iniquidade dos serviços de saúde; a falta de qualidade da assistência e a falta de integração entre os serviços de pré-natal e parto, além de outros fatores como o socioeconômico e cultural ligados ao contexto de vida da mulher-gestante.

Assim, novas medidas foram adotadas pelo Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da assistência obstétrica no Brasil. Dentre estas medidas pode-se citar a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que veio somar-se às demais existentes.

Lançado em 2000, o PHPN é tido como uma estratégia singular na organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde ^{6, 14, 15, 16}.

Os principais aspectos deste Programa é o resgate da importância da gestação para a mulher, o pai, o bebê e a família, pelo que se propõe uma atenção integral, considerando os aspectos físicos, emocionais, sociais que interferem neste processo; outro ponto importante é a valorização da mulher neste momento de sua vida.

Dentre os princípios do PHPN estão: toda gestante tem direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida; tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, entre outros ¹⁴.

O Programa 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 ^{6, 11, 12, 13}.

A estruturação da atenção à saúde da mulher nestes moldes e sua implementação efetiva em todo o território nacional deverá influenciar positivamente nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, que ainda são altas no Brasil.

1.2. Morbimortalidade Materna e Perinatal

As inovações científicas e tecnológicas vêm contribuindo para a melhoria da qualidade de saúde da população. Todavia, a Saúde Materna e Perinatal continuam sendo um problema na maioria dos países em desenvolvimento, em razão das condições socioeconômicas e culturais da população, assim como dos sistemas de saúde que apresentam grandes deficiências quantitativas e qualitativas, além de estarem distribuídos de maneira não eqüitativa ^{6, 17, 18}. Um dos principais problemas é a alta taxa de mortalidade materna e perinatal.

A Mortalidade Materna é definida segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10^o revisão (CID-10) ¹⁹, “como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais” ¹⁹.

Com os avanços tecnológicos na área da saúde, mesmo mulheres com complicações graves podem sobreviver ao período puerperal, falecendo após o 42^o dia do parto ²⁰, estes óbitos quando ocorrem até 1 ano após o parto são considerados causas maternas tardias. Em algumas situações podem ainda ocorrer mortes após um ano do parto e terem relação com a gravidez ou o próprio parto, estes casos são considerados como seqüelas de causas maternas ¹⁹.

Em relação ao conceito, para fins de classificação e estatística, o período perinatal se inicia na 22^a semana completa de gestação (época em que o peso fetal é

de aproximadamente 500g), e termina no 7º dia completo, após o nascimento ¹⁹, assim sendo, a mortalidade perinatal é a que ocorre dentro deste período.

Segundo a CID-10,¹⁹ o óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe e o óbito neonatal caracteriza-se pela morte do produto da concepção logo após o parto ou até 28 dias, após o nascimento.

As mortes neonatais podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, ou seja, aquelas que ocorrem até os 7 primeiros dias de vida, e mortes neonatais tardias, aquelas que ocorrem a partir do 7º dia até o 28º dia ¹⁹.

Na América Latina e Caribe, a Mortalidade Materna é inaceitável ¹⁷. Serviços de saúde, mesmo com os investimentos direcionados para as políticas públicas de saúde, continuam inadequados e não eqüitativos. A falta de planejamento familiar aliada às questões social, econômica e cultural faz da morbimortalidade materna e perinatal um problema inaceitável de saúde pública.

A mortalidade materna e infantil é considerada como excelente indicador de saúde da população ²¹ sendo, a mortalidade perinatal um indicador sensível da qualidade da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de prevenção nesta área, devido à relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido ²².

No Brasil, embora existam inúmeros estudos nesta área, a real magnitude do problema ainda é desconhecida ²³, e isso se deve à não valorização dos Sistemas de Informação como uma fonte importante de dados epidemiológicos, à falta de padronização no conceito de morte materna, sendo que alguns utilizam o período até 42 dias do fim da gestação e outros ampliam este período até 1 ano. Outro aspecto que dificulta o conhecimento da situação real da mortalidade em nosso meio é a subnotificação das informações nas declarações de óbito ^{20, 21, 24}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, em 1990, cerca de 585.000 mulheres morreram em todo o mundo, devido às complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, e no Brasil estima-se que ocorram aproximadamente 5000 mortes anuais, por causas maternas ²³.

Gaio ¹⁸ refere que o número de mortes maternas no ano de 1999 foi de aproximadamente 1200 mortes, o que corresponde a um coeficiente de 56 mortes maternas para 100 mil nascidos vivos.

Contudo, especialistas brasileiros ²¹, em um estudo multicêntrico, revelaram que por ser comprovadamente subnotificada a razão de mortalidade materna no Brasil, há a necessidade de se adotar um fator de ajuste para aproximar os dados obtidos aos dados reais, fator este equivalente a 1,4. Como exemplo podemos citar que se o dado obtido é 56 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, ao aproximar dos dados reais teríamos $56 \times 1,4 = 78,4$ mortes para cada 100 mil nascidos vivos.

Por ter sido este fator comprovadamente eficiente, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) ²⁵ em 2001 passou a utilizá-lo para corrigir a razão de mortalidade materna calculada com base nos dados do SIM/MS, e em 2004 foi também adotado pelo Ministério da Saúde.

A oferta de serviços de saúde de qualidade, durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, poderia evitar cerca de 95% das mortes maternas ²³.

Segundo dados da 26^o Conferência Sanitária Panamericana de 2002, a Razão entre nascimento e Mortalidade Materna era de 190 por 100.000 nascidos vivos¹⁷, estes dados demonstram a falta de compromisso político com a assistência à saúde da mulher, ao serem confrontados com dados de outros países, tais como Canadá e Estados Unidos, onde o número de óbitos é de 9 por 100.000 nascidos vivos, enquanto no Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai os óbitos são 40 por 100.000 nascidos vivos ²⁶.

Não cabe aqui a justificativa deste número inaceitável de mortes maternas, por ser o Brasil um país em desenvolvimento, enquanto Canadá e Estados Unidos são países desenvolvidos, pois países também em desenvolvimento apresentam índices de mortalidade materna muito inferiores, fato que provavelmente possa ser explicado pelo compromisso da macro e micropolítica de saúde, desses países.

Portanto, a chave para a redução da mortalidade materna não reside exclusivamente no desenvolvimento socioeconômico e cultural geral ¹⁷, nem simplesmente no aumento da cobertura da assistência pré-natal e sim na melhoria da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério ²⁷.

Por outro lado, o Brasil tem conseguido reduzir os altos índices de mortalidade infantil, pois combateu com êxito o grande número de mortes por doenças infecto-parasitárias²⁸, contudo, o atual desafio é reduzir a mortalidade por Afecções no Período Perinatal^{22, 29, 30}.

A mortalidade neonatal tem se configurado como crescente preocupação para a saúde pública desde os anos 90, quando passou a ser o principal componente da mortalidade infantil²².

Sabe-se que, à medida que são reduzidas as mortes no período neonatal tardio, ou seja, após o 7º dia de vida, há uma concentração de óbitos na primeira semana e, predominantemente, nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se uma relação cada vez mais estreita com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o ciclo gravídico-puerperal²².

Essa afirmação pode ser melhor compreendida quando se comparam às causas de mortalidade perinatal do Brasil (asfixia intrauterina e intraparto, baixo peso ao nascer e as afecções respiratórias) com as dos países desenvolvidos onde somente a prematuridade extrema e as anomalias congênitas (mortes que não se pode prevenir) são as principais causas de óbito perinatal²².

Os dados apontados permitem afirmar que a redução da mortalidade materna e perinatal está estreitamente relacionada à qualidade deficiente dos serviços prestados à gestante e ao recém-nascido.

1.3. Uma Assistência Pré-Natal de Qualidade

Os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal não serão reduzidos a termos aceitáveis, apenas com a melhoria da assistência pré-natal. A excelência da qualidade pré-natal é extremamente importante, mas por si só não irá modificar todo o quadro epidemiológico da mulher no ciclo gravídico-puerperal, pois, estão envolvidas outras estruturas que também merecem olhares diferenciados, como é o caso da assistência no pré-parto, parto, puerpério e a assistência ao recém-nascido.

A gravidez não é uma doença, mas as inúmeras modificações que provocam no corpo, no estado emocional e psicológico da mulher, associados ao contexto

socioeconômico e cultural ao qual esta mulher está inserida, faz deste momento, único na vida da mulher, mesmo nas múltiplas, e cada mulher vive o processo gestacional de maneira diferente, com todos os seus tabus, medos, angústias e fantasias, que devem ser valorizados pelos profissionais da saúde ^{7, 17, 31}. Em um pré-natal de boa qualidade são vislumbrados esses aspectos e implementadas ações concretas no sentido de integrar a assistência oferecida ^{18, 31, 32, 33, 34}.

A assistência pré-natal, para ter qualidade, não precisa de procedimentos complexos e alta tecnologia, pois um dos grandes segredos da qualidade desta assistência está na construção de um relacionamento de confiança entre os profissionais, a gestante e sua família.

A qualidade da assistência, segundo Starfield, ³⁵ é caracterizada quando as necessidades de saúde existentes ou potenciais estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde.

Todavia, para que tais serviços correspondam às necessidades da população adscrita é de fundamental importância a integração entre os diversos membros da equipe em prol de um objetivo comum e, a integração com os demais serviços da rede, criando assim, um sistema de referência e contra-referência integrado e eficaz.

A assistência pré-natal é um fator muito importante, contudo não único na redução da mortalidade materna e perinatal ^{16, 36}, visto que um dos fatores gravíssimos e que expõem à mulher-gestante aos inúmeros riscos, é a peregrinação que esta realiza à procura de uma maternidade para ter seu filho ³⁶.

Segundo o Ministério da Saúde ³¹, a identificação precoce de todas as gestantes e o pronto início do acompanhamento pré-natal, no primeiro trimestre da gravidez, com vistas às intervenções oportunas em todo o período gestacional, é um dos primeiros passos para a construção da qualidade pré-natal. Todas as gestantes devem ser acompanhadas durante toda a gestação, em intervalos previamente estabelecidos, e quaisquer alterações em sua saúde que possam vir a prejudicar o bom andamento da gestação devem ser avaliadas por especialista, ou seja, deve haver um sistema de referência eficiente para dar continuidade à assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde ³¹.

Entretanto, para que tais práticas sejam viabilizadas é necessário que haja disponibilidade de recursos, tais como:

- a. Recursos Humanos – em número suficiente para o atendimento, e com a sensibilidade de atender à mulher de maneira integral;
- b. Área física adequada;
 - Equipamentos e instrumentos mínimos, específicos para a área;
- c. Apoio laboratorial, que garanta a realização dos exames preconizados para a atenção pré-natal;
- d. Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, que permitam o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério por meio da coleta e análise dos dados obtidos em cada encontro;
- e. Medicamentos essenciais;
- f. Avaliação permanente da assistência pré-natal, com vistas à identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como o desempenho do serviço ³¹.

O acesso ao acompanhamento pré-natal ainda é um dos aspectos da ineficiência do setor saúde ^{35,36}. Essas irregularidades no acesso à assistência pré-natal associada ao baixo nível socioeconômico, educacional, e a despreocupação devido ao desconhecimento da mulher, propiciam um retardo no início do atendimento pré-natal, postergando o diagnóstico precoce de possíveis fatores de risco ^{33,36}.

Outros aspectos relevantes são a falta de compromisso de alguns profissionais, o baixo número de consultas pré-natais prestados à mulher, a não valorização de exames importantíssimos, tais como o VDRL, o anti-HIV, a glicemia de jejum, a citologia oncótica, a vacinação antitetânica, além da precariedade dos registros no prontuário. ^{33, 37, 38, 39, 40, 41}.

Estes são entraves a uma assistência pré-natal de qualidade, que precisam ser mais valorizados pelos profissionais que prestam esta assistência.

A vivência do autor desta pesquisa, envolvido com a assistência à saúde da mulher e enfermeiro atuante em uma das Unidades de Saúde da Família no município de Francisco Morato, e a inquietação causada pela observação diária de problemas referentes à atenção à mulher, motivaram o desenvolvimento do trabalho.

O fato do município de Francisco Morato possuir uma rede primária basicamente coberta pelo Programa Saúde da Família, que representa uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar a assistência à população em novas bases e critérios, por meio da promoção de saúde e prevenção de doenças, deveria pressupor que a atenção à mulher, especialmente à gestante estivesse em conformidade com as premissas do Programa. Contudo, não é essa a observação que se faz no cotidiano da assistência à mulher no município.

Optou-se por avaliar a assistência pré-natal de baixo risco, pois ela é realizada em todas as unidades de saúde do município e, geralmente, por uma equipe multiprofissional, que inclui o enfermeiro. No modelo de assistência concebido no município, o enfermeiro realiza a consulta pré-natal de maneira alternada com o médico durante toda a fase gravídica.

Com a realização deste estudo, espera-se contribuir para a melhoria da qualidade da assistência às gestantes, pois ao serem detectados desvios, por meio da avaliação e controle, poder-se-á propor medidas de educação continuada para a equipe, rever a estrutura e os princípios estabelecidos neste modelo de atenção com base em indicadores de qualidade.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Geral

- Avaliar a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco do município de Francisco Morato.

Específicos

- Verificar, com base em indicadores, a qualidade da assistência pré-natal oferecida às gestantes de baixo risco, neste município;
- Verificar a satisfação das mulheres atendidas na rede básica do município, com a assistência pré-natal recebida;
- Verificar a qualidade da assistência pré-natal nas diferentes Unidades de Saúde do município.

3. MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1. Tipo e Local da Pesquisa

Trata-se de pesquisa de campo, exploratória, descritiva com abordagem quantitativa que foi desenvolvida na Santa Casa de Misericórdia (hospital referência para partos de baixo risco) e nas Unidades de Saúde do município de Francisco Morato.

Este município distante 42 km da Praça da Sé - SP, possui uma área territorial de 49km² e uma população, estimada, de 164.973 habitantes, faz parte juntamente com mais 37 cidades da região metropolitana da Grande São Paulo ⁴².

A população economicamente ativa encontra-se principalmente na área de comércio. Em relação à renda mensal 48,15% da população recebem entre 1 e 3 salários mínimos, sendo que aproximadamente 11% vivem com menos de 1 salário ⁴².

O município conta, em sua rede básica de saúde, com 7 equipes de Programa Saúde da Família (PSF), 3 equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 1 Unidade Básica de Saúde (UBS), 1 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e 1 Centro Integrado à Saúde da Mulher (CISM). O PSF e o PACS representam uma cobertura de saúde no município de aproximadamente 80%.

O município possui ainda um Pronto Atendimento (PA) que funciona 12 horas diárias nos sete dias da semana, um Hospital Estadual de pequeno porte, referência para o Pronto Atendimento e a Santa Casa de Misericórdia, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, com 126 leitos, dos quais 30 são destinados ao Alojamento Conjunto. Na área da obstetrícia são realizados em média 200 partos/mês. A instituição atende, além dos casos de obstetrícia, as especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia e Ginecologia.

A assistência Pré-Natal de baixo risco, em Francisco Morato, é desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (PACS e PSF), distribuídas por todo o município, e é realizada tanto, pelo profissional enfermeiro como, pelo médico. Algumas Unidades de Saúde da Família têm em sua equipe: dentistas e psicólogos.

A gestante é caracterizada como de baixo risco quando não apresenta os chamados fatores de risco reprodutivo, descritos no manual técnico da atenção pré-natal ³¹. A avaliação de risco é permanente, ou seja, acontece em todas as consultas. Esta avaliação não é fácil, mas existe uma classificação na qual são discutidas as situações que devem ser consideradas nas consultas e que servem de parâmetro para a definição do risco. Os fatores de risco para a gravidez atual incluem: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história de risco em gestação anterior; intercorrências clínicas crônicas e doença obstétrica na gravidez atual ³¹.

Nas Unidades de Programa Saúde da Família, neste município, o atendimento pré-natal está preconizado de forma que as consultas às gestantes sejam intercaladas entre o profissional médico e o enfermeiro. Todavia, durante a pesquisa pôde-se perceber que em algumas unidades, o enfermeiro participa somente no início do pré-natal, ficando os demais retornos da gestante agendados apenas para o médico.

A gestante atendida em uma das Unidades de Saúde da Família, que apresente alguma anormalidade, durante a consulta, que possa representar risco para o seguimento do pré-natal de baixo risco, é referenciada ao Centro Integrado à Saúde da Mulher, onde é atendida por médico especialista, que dá continuidade ao Pré-Natal, caracterizado como de alto risco.

3.2. População e Amostra

Fizeram parte deste estudo todas as puérperas, que estiveram internadas na Unidade de Alojamento Conjunto da Santa Casa de Misericórdia no período de julho a setembro de 2006.

A amostra foi por conveniência e participaram 91 puérperas que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade:

- ter realizado o Pré-Natal de baixo risco na rede básica do município;
- não ter realizado o pré-natal na Unidade onde atua o pesquisador ou na Unidade em que outra aluna de mestrado atua, pois a mesma tinha conhecimento da pesquisa;
- portar a Carteira de Gestante no momento da coleta dos dados;

- concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A);
- estar em condições de responder perguntas no momento da coleta dos dados.

3.3. Instrumento de Coleta

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento (Anexo B), com base nas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde ³¹ para a assistência pré-natal de baixo risco e no documento da OPAS / OMS sobre delineamentos e diretrizes para a melhoria da atenção pré-natal de baixo risco na América Latina e Caribe ¹⁷.

O instrumento consta de 4 partes, a parte I contém dados que além de possibilitarem a identificação das mulheres e das unidades onde realizaram o pré-natal, permitem estabelecer seu perfil sócio-econômico e obstétrico.

A parte II, foi composta com base nos padrões de qualidade da assistência pré-natal, que devem ser registrados no cartão da gestante e no prontuário da mulher, nas consultas de pré-natal. O instrumento foi subdividido em 9 subitens, a saber: dados gerais da puérpera, exames de laboratório, procedimentos, referência e contra-referência, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos, gestação atual, busca ativa.

A parte III, é composta por perguntas relacionadas à assistência pré-natal, e a parte IV, é referente à estrutura física da Unidade de Saúde, para o atendimento pré-natal.

Neste estudo os padrões foram estabelecidos com base no preconizado pelo Ministério da Saúde ³¹ para a assistência pré-natal de baixo risco e no documento da OPAS / OMS para a melhoria da atenção pré-natal de baixo risco na América Latina e Caribe, ¹⁷ como já referido acima, e estão expressos no Instrumento criado para a coleta dos dados (Anexo B).

No âmbito deste trabalho, padrão será compreendido como “o conjunto de características específicas relacionadas aos aspectos cuidadosos aceitos como princípios e que favorecem a determinação dos níveis quali-quantitativos das ações assistenciais dentro dos perfis desejados” ⁴³.

Para avaliar a clareza e aplicabilidade do instrumento foi realizado um pré-teste na Unidade do pesquisador, que não foi incluído no estudo.

3.3.1. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador, em dois momentos distintos. No primeiro momento, na Unidade de Alojamento Conjunto da Santa Casa de Misericórdia e no segundo momento, nas Unidades de Saúde da Família onde as mulheres selecionadas realizaram o pré-natal.

3.3.2. Procedimento para a coleta de dados

3.3.2.1. Momento 1

Tendo em vista o tempo de permanência das mulheres após o parto, que é de aproximadamente 48 horas, a coleta dos dados foi realizada em dias alternados em horário apazado com a Chefia da Unidade de Alojamento Conjunto da Instituição, de modo que a entrevista não interferisse na dinâmica do serviço.

Nos dias estabelecidos para a coleta dos dados o pesquisador identificava as puérperas internadas na Unidade de Alojamento Conjunto e verificava se preenchiam os critérios de inclusão. As mulheres selecionadas foram orientadas sobre os objetivos da pesquisa e aquelas que concordaram em participar, naquele momento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). A seguir, as mulheres foram entrevistadas, uma única vez, individualmente, em local privativo e seguindo o roteiro do formulário (parte I e III do instrumento). Neste momento foram coletados, também os dados registrados na carteira da gestante (parte II do instrumento).

3.3.2.2. Momento 2

O pesquisador identificou as Unidades de Saúde nas quais as puérperas selecionadas, no momento 1, realizaram o pré-natal e agendou uma visita. Nesse

momento, foi completada a coleta dos dados com a análise dos registros efetuados nos prontuários de pré-natal das mulheres selecionadas (parte II do instrumento). Além disto, foi realizada a observação da área de atendimento (consultórios) e a análise dos registros das orientações grupais e da busca ativa (parte IV do instrumento). Apresenta-se a seguir na Tabela 1 o número e o percentual de gestantes por Unidade de Saúde. No momento 1, foi realizado entrevista com 91 puérperas na Unidade de Alojamento Conjunto da Santa Casa de Francisco Morato, contudo, no momento 2, houve a redução de 14 instrumentos, pois na unidade de saúde identificada como prestadora da assistência pré-natal destas puérperas o prontuário não foi encontrado e os principais motivos foram: “o arquivamento do prontuário devido à mudança da paciente”, “a transferência do prontuário para outra unidade”, dentre outros motivos, portanto a amostra neste momento limitou-se a 77 puérperas.

Tabela 1: Distribuição do número de gestantes matriculadas no pré-natal de acordo com a Unidade de Saúde e número e percentual das que fizeram parte da amostra, nas respectivas unidades. Francisco Morato - SP, 2006.

<i>Unidades de Saúde</i>	* Gestantes		Puérperas	
	em Pré-Natal		Entrevistadas	
	N		N	%
A	101		12	11,9
B	150		13	8,7
C	62		5	8,1
D	43		4	9,3
E	89		8	9,0
F	130		8	6,2
G	47		4	8,5
H	224		19	8,5
I	39		4	10,3
Total	9		77	8,7

* Dados obtidos do SIAB em 18/08/2006⁴⁴.

Para fins de identificação das Unidades de Saúde, vale dizer que as Unidades A, B, D, E e G são Unidades do Programa Saúde da Família, as Unidades F, H e I são Unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, somente a Unidade C é uma Unidade Básica de Saúde.

3.3.3. Critérios adotados para análise dos instrumentos

Para analisar os registros efetuados no cartão da gestante, no prontuário de pré-natal, a entrevista com a puérpera e a visita à unidade de saúde, foram criados critérios que estão apresentados no Anexo C.

Para cada padrão explicitado no instrumento de coleta de dados foi elaborado um critério específico. Após a análise de cada registro efetuado nos impressos da gestante, foi atribuído um escore que variou de 1 a 3 de acordo com o nível de atendimento do critério. Assim quando o padrão estava atendido por completo, era atribuído o escore 3, quando incompleto o escore 2 e insuficiente escore 1. Está exemplificado abaixo o preenchimento do critério.

Área	Prontuário da gestante
Dados Gerais	Há registro da assinatura do profissional em todas as consultas. Completo = 100% = 3 Incompleto= 99% a 70% = 2 Insuficiente = 69% a 0% = 1 Não pertinente = 0

Assim se em todas as consultas registradas houvesse a assinatura do profissional era atribuído o escore 3 que representa o item preenchido por completo, portanto se a mulher tivesse comparecido a 6 consultas, todas deveriam estar assinadas para que o item obtivesse o escore 3.

Na ausência de assinatura em alguma consulta era efetuada a regra de três entre o número efetivo de consultas realizadas e assinadas para verificar o percentual e estabelecer o escore. Assim se entre 99% a 70% delas estivessem assinadas era atribuído o escore 2 e de 69% a 0% o escore 1.

Dessa forma, para todos os itens, era realizado o mesmo procedimento, dependendo do critério pré-estabelecido (Anexo C).

3.3.4. Procedimentos Éticos

Cumprindo com os preceitos éticos da Resolução 196/96 para pesquisa com seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos. Além disto, foi solicitado autorização formal à Secretaria de Saúde do Município de Francisco Morato assim como, à Diretoria Técnica e de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia para realizar a coleta de dados, nestas instituições.

De acordo ainda, com a Resolução, todas as mulheres que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após terem sido informadas dos objetivos e da confidencialidade das respostas obtidas na pesquisa.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para o gerenciamento do banco de dados e elaboração de gráficos foi utilizado o software MSOffice Excel versão 2000 e o MSoffice Word versão 2000, para a redação do texto. As variáveis estão apresentadas na forma de Tabelas e Quadros com freqüências relativas (percentuais) e absolutas (N).

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados os registros efetuados na Carteira das Gestantes, nos prontuários de Pré-Natal, e realizadas entrevistas com 77 mulheres atendidas na rede básica do município de Francisco Morato.

Os resultados obtidos na coleta dos dados estão apresentados como segue:

- caracterização da amostra (dados sócio-demográficos e obstétricos);
- avaliação geral da assistência pré-natal no município;
- avaliação dos registros no Cartão e no Prontuário das gestantes;
- entrevista com as puérperas;
- avaliação da estrutura das unidades de saúde.

5.1 Dados Sócio-demográficos

Tabela 2. Caracterização da amostra por faixa etária, escolaridade e procedência.

Francisco Morato - SP, 2006.

Variáveis		
Faixa Etária	N	%
14 a 19	20	26,0
20 a 24	21	27,3
25 a 29	11	14,3
30 a 34	15	19,5
35 a 39	8	10,4
40 a 45	2	2,5
Total	77	100
Escolaridade		
Analfabeta	-	-
1º Grau Incompleto	33	42,8
1º Grau Completo	20	26,0
2º Grau Incompleto	05	6,5
2º Grau Completo	19	24,7
Superior Incompleto	-	-
Superior Completo	-	-
Total	77	100
Procedência		
Norte-Nordeste	28	36,4
Centro-Oeste	-	-
Sul-Sudeste	49	63,6
Total	77	100

Ao analisar a Tabela 2, pode-se verificar que se trata de uma população jovem, pois a maioria das mulheres (53,3%) encontra-se entre 14 e 24 anos e o

percentual de gestantes adolescentes foi de 26%. Observa-se, ainda que a variação da idade das gestantes foi de 14 a 45 anos e, a idade média foi de 25,1 anos.

No que tange ao percentual de adolescentes, o dado encontrado é semelhante a outros estudos, como o realizado no Ceará ²⁶ onde a população de mulheres grávidas com idade inferior a 20 anos era de 23,4%. De acordo com estudiosos ^{24, 28} da saúde da mulher, esta faixa etária está mais propensa a desenvolver problemas na gestação, o que as coloca em maior risco de morbi-mortalidade, além disto há maior probabilidade de terem filhos prematuros e de baixo peso.

A gravidez na adolescência representa um risco maior, pois é decorrente, muitas vezes, da inexperiência, da instabilidade no relacionamento e de concepção não planejada ou desejada. Esta situação interfere no estado emocional e psicológico das adolescentes que não estão preparadas para assumir novos papéis, o que pode induzi-las a esconder a gestação ou praticar aborto.

Quanto à escolaridade, percebe-se que as mulheres têm baixa escolaridade, uma vez que o maior percentual observado (42,8%) foi de gestantes com o Primeiro Grau Incompleto e que a maioria (68,8%) não ultrapassou o ensino Fundamental.

A baixa escolaridade pode ser um complicador para a qualidade da assistência pré-natal, pois devido à dificuldade de acesso à informação, essa mulher pode ter menos conhecimentos de seus direitos e, acabar por procurar mais tardiamente a Unidade de Saúde, para início do pré-natal, entre outras, inúmeras dificuldades que essas mulheres podem enfrentar.

Esse dado torna-se ainda mais significativo quando se relaciona idade e escolaridade, pois se percebe que um grande número de gestantes são adolescentes e, além disso, com baixa escolaridade, o que pode representar a inexperiência de vida associada à falta de informação, agravando ainda mais os riscos de morbidez e mortalidade materna ^{32, 33, 37, 40, 45}.

A gestação em mulheres com menos de 15 anos e a baixa escolaridade são itens elencados nos fatores de risco reprodutivo, descritos pelo Ministério da Saúde ³¹.

Em relação à procedência evidencia-se que a maioria das gestantes (63,2%) é procedente das regiões sul/sudeste, sendo que 36,8% migraram das regiões norte/nordeste do país.

Tabela 3. Caracterização da amostra por situação conjugal e ocupação. Francisco Morato - SP, 2006.

Variáveis		
Situação Conjugal	N	%
Solteira	10	13,0
Casada	23	29,9
União Consensual	44	57,1
Divorciada	-	-
Viúva	-	-
Total	77	100
Ocupação		
Do Lar	65	84,4
Outras	12	15,6
Total	77	100

A Tabela 3 demonstra que 87% das mulheres têm companheiro fixo sendo que 29,9% são casadas e 57,1% vivem em união consensual. Este é um importante indicador para o início precoce do acompanhamento pré-natal, já que as mulheres sem companheiro fixo poderiam enfrentar maiores dificuldades na aceitação da gestação^{28, 33, 37}.

Além disso, o fato de ter companheiro fixo pode representar para a mulher um apoio, o que facilita sua adesão ao acompanhamento pré-natal, é importante também que os profissionais valorizem, respeitem e vinculem o companheiro no cuidado à gestante. Esta prática propicia a formação e o fortalecimento de uma rede de apoio que ajudará a gestante durante todo o processo gravídico-puerperal, que cada uma vivencia de forma diferente¹⁷.

Quanto à questão ocupação, percebe-se que a grande maioria (84,4%) não tem trabalho remunerado, prevalecendo as que exercem atividades no lar.

Tabela 4. Caracterização da amostra por renda mensal e número de pessoas no domicílio. Francisco Morato - SP, 2006.

Variáveis		
Renda Mensal (R\$)	N	%
< 350,00	9	11,7
De 350,00 a 699,99	42	54,5
De 700,00 a 1399,99	23	29,9
De 1400,00 a 2800,00	3	3,9
Total	77	100
Pessoas no Domicílio		
Até 3 pessoas	18	23,4
4 a 6 pessoas	44	57,1
7 a 9 pessoas	13	16,9
10 a 12 pessoas	2	2,6
Total	77	100

Na Tabela 4 percebe-se que a maioria das mulheres (54,5%) tem renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, e que a renda média das famílias é de R\$ 560,2, com uma variação de menos de 1 salário mínimo até 8 salários mínimos, de renda mensal. Segundo estudo de Santos ⁴⁰ a baixa renda pode ser um dos fatores que leva as mulheres a usarem os serviços públicos de saúde.

Quanto ao número de pessoas por domicílio, a maioria das famílias (57,1%) tem entre 4 e 6 pessoas residentes, a média por domicílio é de 4,9 pessoas, com variação de 03 a 12 indivíduos.

Ao associar a questão renda familiar e número de pessoas por domicílio, percebe-se que a população tem baixo poder aquisitivo e, provavelmente, apresente dificuldades com a subsistência, com renda insuficiente para a alimentação, moradia e educação.

Para essas gestantes faltam elementos considerados básicos e cruciais para uma gestação saudável, pois elas podem, muitas vezes, estar mal alimentadas e

preocupadas com a questão econômica e a moradia. A questão socioeconômica interfere de maneira significativa na assistência pré-natal e coloca as mulheres em situação de risco potencial de morbi-mortalidade ^{21, 26}.

Em estudo realizado com gestantes de baixo nível socioeconômico, sobre qualidade de vida, cuja renda familiar média era de R\$ 984,25 e a média de pessoas por família era de 3,4, a maioria das mulheres (67,2%) considerou a renda familiar insuficiente para atender suas necessidades básicas ⁴⁶.

No presente estudo a condição econômica da amostra mostrou-se inferior à do estudo apontado, podendo-se inferir que, provavelmente, a qualidade de vida das mulheres neste quesito, também está prejudicada.

5.2. Dados Obstétricos

Tabela 5. Caracterização da amostra por número de gestações e número de filhos vivos. Francisco Morato - SP, 2006.

Variáveis		
Gestações	N	%
1 a 3	58	75,3
4 a 6	17	22,1
7 a 9	-	-
10 ou mais	2	2,6
Total	77	100
Filhos Vivos		
	N	%
1 a 3	60	77,9
4 a 6	15	19,5
7 ou mais	2	2,6
Total	77	100

A Tabela 5 demonstra que 75,3% das mulheres tiveram entre 1 e 3 gestações e que a grande maioria delas, ou seja, 77,9% têm até 3 filhos vivos. A média de

gestações foi de 2,7 com uma variação de 1 a 10 gestações. No que tange ao número de filhos vivos a média foi de 2,5 com uma variação de 1 a 9.

Tabela 6. Caracterização da amostra por trimestre de início de pré-natal e tipo de parto. Francisco Morato – SP, 2006.

Variáveis		
Trimestre de Início	N	%
1º Trimestre	26	33,8
2º Trimestre	44	57,1
3º Trimestre	7	9,1
Total	77	100
Tipo de parto	N	%
Parto Normal	60	77,9
Parto Cesárea	17	22,1
Total	77	100

Na Tabela 6 observa-se que somente 33,8% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, enquanto que a maioria delas 57,1% iniciou no segundo trimestre.

Este dado contradiz a premissa básica de uma assistência de qualidade, já que a identificação precoce da gravidez e o pronto início do pré-natal é estratégia básica que, objetiva: a detecção precoce de fatores de risco para uma gestação saudável; o planejamento adequado da assistência obstétrica; o fortalecimento da adesão da mulher ao pré-natal e ao desenvolvimento de atividades educativas ^{15, 17, 18, 31, 40}.

Esta captação ínfima de gestantes no primeiro trimestre da gestação demonstra uma inadequação importante na assistência pré-natal neste município, além de estar abaixo de inúmeros estudos ^{32, 37, 40, 45} que, mesmo não tendo resultados satisfatórios, mostraram um percentual de mulheres com início do acompanhamento pré-natal nos 3 primeiros meses, variando de 44% a 71,9%.

Já em relação ao parto, a Tabela 6 demonstra que o número de cesarianas realizadas na Santa Casa de Francisco Morato (22,1%) está dentro dos parâmetros da Portaria 466 de 14 de junho de 2000 do Ministério da Saúde ⁴⁷ que, determina um limite máximo de cesáreas nos hospitais do estado de São Paulo de 35%.

5.3. Avaliação geral da assistência pré-natal no município

Apresenta-se a seguir a avaliação geral da assistência pré-natal no município, com os resultados consolidados de todas as áreas analisadas em cada uma das Unidades de Saúde.

Posteriormente, os dados serão apresentados, por área, nas diversas Unidades de Saúde pesquisadas.

Para a consolidação dos dados foram somados os escores máximos possíveis para cada uma das áreas em cada Unidade Básica, assim como os escores atingidos por elas em cada área, o que permitiu conhecer o percentual de escore obtido em cada uma delas no cômputo geral. O escore considerado, neste estudo, como aceitável foi 80%.

Quadro 1. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na análise dos dados consolidados de todas as áreas. Francisco Morato - SP, 2006.

Unidades	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A*		B*		C***		D*		E*		F**		G*		H**		I**	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Consolidado dos escores máximos possíveis	3813	100	4179	100	1632	100	1332	100	2610	100	2532	100	1332	100	6180	100	1332	100
Escores obtidos em todas as áreas	2608	68,4	2225	53,2	1161	71,1	715	53,6	1610	61,7	1422	56,2	956	71,7	3682	59,6	882	66,2

* Unidades de Programa Saúde da Família.

** Unidades de Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

*** Unidade Básica de Saúde.

O Quadro 1 mostra que na análise geral dos dados consolidados sobre a assistência pré-natal, todas as Unidades de Saúde pesquisadas do município (9), obtiveram escores abaixo dos considerados como aceitáveis (> ou = 80%).

Na avaliação da qualidade, alguns autores são complacentes com 80% de itens com escore 3, resultado considerado bastante positivo ^{48,49}, entretanto, na abordagem gerencial da qualidade total, a excelência é atingida quando 100% dos itens estão em conformidade com o padrão estabelecido.

Percebe-se que, dentre as 9 Unidades pesquisadas, apenas as Unidades C e G obtiveram escores de 71,1% e 71,7% respectivamente, enquanto as demais atingiram escores inferiores a 70%, ou seja, a maioria das Unidades obtiveram resultados considerados insuficientes. Mesmo as Unidades C e G, tendo apresentado os maiores escores, seu resultado deixa a desejar em termos de qualidade.

Apesar da ampliação da cobertura pré-natal no país, o próprio Ministério da Saúde reconhece o comprometimento da qualidade dessa atenção, referindo que apesar dos esforços empreendidos, somente uma pequena parcela de gestantes inscritas no PHPN conseguem realizar o elenco mínimo de ações preconizadas ³¹.

A avaliação da qualidade da assistência é de fundamental importância, pois possibilita identificar a dimensão dos desvios e as áreas de fragilidade da assistência, assim como permite a elaboração de ações educativas voltadas para melhoria do desempenho da equipe, de modo a se atingir o padrão de qualidade desejável.

A melhoria da qualidade da assistência pré-natal só será concretizada quando houver a avaliação contínua dessa assistência em todas as regiões do país, de modo que se conheça a realidade do atendimento e sejam propostas medidas específicas para cada localidade com vistas ao aprimoramento dessa atenção.

Estes resultados permitem inferir que, para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal, neste município, é imprescindível que sejam realizadas ações de educação continuada específicas para cada Unidade. Estas ações poderão estar respaldadas no detalhamento dos resultados por área para cada Unidade de Saúde estudada.

O treinamento técnico, entretanto, não é suficiente para garantir a qualidade da atenção à gestante, é imprescindível que haja envolvimento e compromisso dos

profissionais de saúde que atuam nesta área para que se estabeleça uma nova base para o relacionamento e atenção à mulher com respeito aos seus direitos e necessidades físicas, psíquicas e espirituais.

5.4. Dados do Cartão e Prontuário da Gestante

A seguir será apresentado o detalhamento dos dados encontrados em cada área e em cada um dos indicadores que a compõem, por Unidade de Saúde.

A obtenção destes dados foi possível pela análise dos registros no cartão e no prontuário das gestantes que fizeram parte da amostra.

Os Quadros mostram, em separado, os dados obtidos pela análise do registro no cartão e no prontuário da gestante.

Quadro 2. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área dados gerais, na análise dos registros do cartão da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Dados Gerais Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1 - Número de consultas *	27	75	35	89,7	13	86,7	10	83,4	21	87,5	17	70,8	11	91,7	34	59,6	8	66,7
2 - Idade da Gestante	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
3 - Endereço	36	100	37	94,9	13	86,7	4	33,4	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
4 - DUM e DPP	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	22	91,7	12	100	55	96,5	12	100
Total	135	93,8	150	96,2	56	93,4	38	79,2	93	96,9	87	90,6	47	97,9	203	89,0	44	91,7

* Os dados dos cartões das 77 puérperas permitiram verificar que apenas 55,8% delas realizaram 6 ou mais consultas.

Na análise do Quadro 2 pode-se perceber que em relação aos registros no Cartão da Gestante, 7 das 9 Unidades pesquisadas obtiveram percentuais acima de 90%; uma apresentou 89% e outra ficou aquém do desejável com 79,2% de escore total, na área.

Ao analisar os resultados por indicador, verifica-se que o item que diminuiu o escore total da área foi o relativo à anotação do número de consultas realizadas pela gestante, pois apenas 5 Unidades atingiram percentuais maiores que 80%.

Não é o quantitativo de consultas de pré-natal, que garantirá sua qualidade. Esta afirmativa tem suporte em estudo multicêntrico que teve por objetivo comparar dois modelos distintos de assistência pré-natal: o modelo padrão ocidental e o com menor número de consultas, este último comprovou que desde que as consultas tenham qualidade indiscutível é possível reduzir o número de consultas de pré-natal, sem prejuízo dos resultados ¹⁷.

A realidade brasileira, entretanto, não é esta, tanto que o Ministério da Saúde ³¹ mantém como o número mínimo desejável, seis consultas de pré-natal.

Quadro 3. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área dados gerais, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Dados Gerais Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Assinatura do profissional	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	55	96,5	12	100
2- Número de Consultas	22	61,1	27	69,2	14	93,3	9	75,0	21	87,5	17	70,8	9	75,0	30	52,6	8	66,7
3- Idade da Gestante	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	10	83,3	49	86,0	12	100
4- Naturalidade	36	100	13	33,3	5	33,3	4	33,3	18	75,0	10	41,7	4	33,3	35	61,4	8	66,7
5- Endereço	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	49	86,0	12	100
6- Escolaridade	36	100	15	38,5	13	86,7	4	33,3	20	83,3	14	58,3	10	83,3	41	71,9	8	66,7
7- Ocupação	36	100	15	38,5	5	33,3	4	33,3	20	83,3	12	50,0	4	33,3	33	57,9	8	66,7
8- Situação Conjugal	36	100	15	38,5	13	86,7	4	33,3	18	75,0	22	91,7	10	83,3	41	71,9	8	66,7
9- Condições de Moradia	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
10- Saneamento básico	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
11- DUM e DPP	36	100	35	89,7	15	100	10	83,3	24	100	22	91,7	12	100	51	89,5	12	100
12- Gestação Desejada	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	21	36,8	4	33,3
Total	346	80,0	276	59,0	125	69,4	83	57,6	217	75,3	193	67,0	95	66,0	443	64,8	100	69,4

O Quadro 3 mostra um sub-registro das informações no prontuário da gestante, e um número maior de registros no cartão da gestante. A precariedade dos registros é relatada em outros estudos, em um deles o atendimento foi caracterizado como ritualístico, pois havia falta de informações básicas acerca da anamnese geral, exame físico e tocoginecológico e as condições da gestante. Outros trabalhos apontam a falta de anotações no prontuário, ou registros ilegíveis, caracterizando a inadequação do prontuário como fonte de informação ^{50, 51, 52}.

Mesmo sabendo da obrigatoriedade do registro de forma legível, bem como a identificação dos profissionais que prestam o atendimento ⁵³, pôde-se evidenciar pelos resultados apresentados a desvalorização do registro das informações, o que dificulta a avaliação e compromete a qualidade da assistência.

O registro das informações, de maneira adequada e sistemática, além de garantir a segurança para o profissional, que deve saber que somente o que foi registrado lhe garante respaldo legal, traz benefícios tanto para a equipe multidisciplinar, como para a própria pessoa assistida ⁵⁴.

Observa-se que neste Quadro somente a Unidade A conseguiu atingir um percentual de 80%, sendo que no Quadro 2, onde se analisou a mesma área, somente a Unidade D não atingiu 80%.

Na análise do resultado por indicador, chama a atenção que ao comparar o indicador “número de consultas” nos Quadros 2 e 3, percebe-se que no prontuário o registro é pior do que no cartão da gestante, assim ao observar o percentual do número de consultas da Unidade A no Quadro 2, temos o valor de 75%, enquanto que o mesmo indicador no Quadro 3 é igual a 61,1%, isto mostra o sub-registro da informação no prontuário da gestante.

Os resultados dos indicadores “escolaridade, ocupação, situação conjugal, condições de moradia, saneamento básico e gestação desejada”, apontam que alguns profissionais que realizam a assistência pré-natal neste município, pouco valorizam o contexto de vida da mulher-gestante, pois não deram atenção a fatores de suma importância para a condução de uma boa assistência pré-natal. Estes fatores inclusive são apontados pelo Ministério da Saúde e estão discriminados no item “características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis” que devem ser considerados

na avaliação de risco na gravidez³¹. O item escolaridade, por exemplo, obteve escores acima dos considerados aceitáveis somente em 4 das Unidades, merece destaque a Unidade A que obteve 100% de escore neste item.

Um dado alarmante, é que nenhuma das Unidades obteve escore desejável no indicador 12 (gestação desejada).

Por se tratar de uma população carente, onde 26% das gestantes são adolescentes, com baixa escolaridade (42,8%), a informação obtida no indicador 12 é de fundamental importância para o desenvolver da gestação e a qualidade do acompanhamento pré-natal. A gravidez indesejada pode levar a mulher a omitir ou rejeitar a situação, iniciar tardiamente o acompanhamento pré-natal, ou até mesmo abortar. Além disto, uma concepção não planejada pode aumentar a carga emocional para a mulher e repercutir negativamente no andamento da gravidez e na aceitação da criança.

Neste município, como a maioria dos profissionais que assiste a gestante, estão engajados no Programa Saúde da Família, que tem como foco principal a família, trazendo resultados deploráveis, pois denotam a falta de vínculo entre profissionais, gestante e sua família. Destacando-se entre as Unidades que deveriam ter obtido escores compatíveis a um bom nível de qualidade e que receberam escores baixos, as Unidades B, D e G, onde a estratégia Saúde da Família está implantada.

Quadro 4. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área procedimentos, na análise dos registros do cartão da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Procedimentos Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Vacina	34	94,4	13	33,3	11	73,3	8	66,6	8	33,3	22	91,7	12	100	29	50,9	8	66,7
2 – Idade Gestacional	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
3 – Peso	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
4 – Pressão Arterial	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
5- BCF	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
6- Altura Uterina	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
Total	214	99,1	208	88,9	86	95,6	68	94,4	128	88,9	142	98,6	72	100	314	91,8	68	94,4

No Quadro 4, observa-se que os itens considerados como rotina básica do pré-natal estão adequadamente preenchidos no cartão, já o indicador vacina antitetânica merece destaque desfavorável, pois de 9 Unidades, seis obtiveram escores abaixo de 74%.

O tétano neonatal é uma doença infecciosa de alta letalidade, cuja real magnitude é desconhecida devido à grande subnotificação existente. Sabe-se que sua ocorrência está intimamente relacionada com as condições sócio-econômicas, e que as incidências mais altas são entre as populações mais pobres, sem acesso a serviços de saúde ^{55, 56, 57}.

A população atendida neste município é de baixa renda, fato que, certamente, é do conhecimento dos profissionais que assistem estas famílias, assim sendo os escores encontrados são inadmissíveis, pois a vacinação antitetânica, é uma atividade de absoluto consenso técnico ⁵⁶ e, indiscutivelmente, eficaz na profilaxia do tétano neonatal ⁵⁷.

Esta é uma realidade observada em outros estudos sobre a vacinação de gestantes, como o realizado na zona sul da cidade de São Paulo, onde menos de 60% das gestantes haviam recebido a vacina contra o tétano ⁵⁸ dado semelhante é apresentado em outro trabalho, que aponta que a cobertura vacinal chegou a 65% em uma região, também populosa e carente do município de São Paulo ⁵⁹.

Neste contexto, pode-se afirmar que é necessário melhorar a cobertura vacinal das gestantes ⁶⁰ e isso pode ser conseguido por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos na assistência à mulher, assim poder-se-á, não só melhorar a qualidade assistencial, mas diminuir os riscos a que estão expostos o binômio mãe-filho.

Quadro 5. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área procedimentos, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Procedimentos Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Vacina	20	55,6	13	33,3	7	46,7	4	33,3	8	33,3	16	66,7	6	50,0	21	36,8	6	50,0
2- Idade Gestacional	36	100	33	84,6	15	100	12	100	24	100	22	91,7	12	100	55	96,5	12	100
3- Peso	36	100	37	94,9	15	100	12	100	24	100	22	91,7	12	100	53	93,0	12	100
4- Pressão Arterial	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	55	96,5	12	100
5- Estatura	12	33,3	15	38,5	7	46,7	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	25	43,9	8	66,7
6- Curva Nutricional	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
7- Frequência Cardíaca da Gestante	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
8- BCF	36	100	35	89,7	15	100	12	100	24	100	22	91,7	12	100	53	93,0	12	100
9- Exame pele / mucosas	30	83,3	13	33,3	11	73,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
10- Avaliação de edemas	32	88,9	13	33,3	15	100	4	33,3	20	83,3	8	33,3	4	33,3	29	50,9	8	66,7
11- Exame das mamas	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
12- Altura Uterina	36	100	33	84,6	15	100	6	50,0	24	100	24	100	12	100	53	93,0	12	100
13- Inspeção dos genitais externos	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	12	100	23	40,4	4	33,3
Total	322	68,8	283	55,8	135	69,2	86	55,1	196	62,8	186	59,6	102	65,4	443	59,8	102	65,4

Na análise do Quadro 5, em relação ao item 1 “vacinação antitetânica” observa-se que em nenhuma das unidades este indicador foi registrado de maneira satisfatória, o que demonstra a desvalorização de alguns profissionais quanto ao registro sistemático da informação no prontuário, pode-se observar nitidamente tal fato quando se observa o mesmo indicador no Quadro 4 (registro no cartão da gestante) onde as unidades A, F e G obtiveram escores acima de 90%, enquanto que no registro no prontuário, nenhuma unidade atingiu sequer 70%.

Outros indicadores importantes como “frequência cardíaca da gestante” e “inspeção dos genitais externos” não foram considerados pelos profissionais, como pôde ser constatado nos resultados desta área. Embora seja um pré-natal caracterizado como de baixo risco não se admite que um dado vital como a frequência cardíaca, não seja avaliado. Além disto, a inspeção dos genitais externos possibilita a identificação de patologias importantes.

A alta incidência das doenças sexualmente transmissíveis e suas conseqüências para a mulher e o conceito são aspectos que não devem ser desprezados. A conscientização dos profissionais para aproveitar o contato da mulher com o serviço de saúde e não perder oportunidades de examiná-la e orientá-la, como ocorreu na assistência pré-natal avaliada, é fundamental. Observa-se que somente a Unidade G obteve escore satisfatório em relação ao exame dos genitais externos da mulher.

Segundo a OMS, em 1999 ocorreram cerca de 12 milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis curáveis no Brasil e cerca de 340 milhões em todo o Mundo ⁶¹.

Os achados apontam mais uma vez para o caráter ritualista e rotineiro da assistência pré-natal. Tanaka, Siqueira e Bafile ²⁷ destacam esta questão assinalando que muitas vezes a atenção pré-natal é simplificada para além do desejável, o que compromete a qualidade da assistência e coloca em risco a mulher e o conceito.

Quadro 6. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área exames laboratoriais, na análise dos registros do cartão da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Exames Laboratoriais Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Glicemia	36	100	31	79,5	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
2- TTGO	14	38,9	17	43,6	9	60	4	33,3	8	33,3	8	33,3	6	50,0	21	36,8	4	33,3
3- VDRL	24	66,7	24	61,5	10	66,7	8	66,7	14	58,3	17	70,8	9	75,0	37	64,9	8	66,7
4- ABO-Rh	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
5- HIV	36	100	39	100	15	100	12	100	20	83,3	24	100	12	100	57	100	12	100
6- Toxoplasmose	36	100	37	94,9	15	100	12	100	20	83,3	20	83,3	12	100	57	100	12	100
7- Rubéola	18	50,0	23	59,0	13	86,7	12	100	10	41,7	8	33,3	6	50,0	29	50,9	10	83,3
8- Citomegalovirus	12	33,3	15	38,5	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	6	50,0	21	36,8	4	33,3
9- Hemograma	36	100	37	94,9	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
10- Urina I	24	66,7	24	61,5	10	66,7	8	66,7	16	66,7	15	62,5	11	91,7	38	66,7	8	66,7
11- Urocultura	17	47,2	14	35,9	10	66,7	6	50,0	10	41,7	12	50,0	9	75,0	34	59,6	7	58,3
12- Citologia Oncótica	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	10	41,7	8	33,3	12	100	25	43,9	4	33,3
13- USG Obstétrico	30	83,3	27	69,2	15	100	12	100	18	75,0	14	58,3	10	83,3	55	96,5	12	100
Total	331	70,7	340	67,0	152	77,9	118	75,6	206	66,0	206	66,0	129	82,7	545	73,5	117	75,0

A análise dos dados obtidos na área exames laboratoriais, apresentados no Quadro 6, deve ser criteriosa, pois alguns indicadores podem ter prejudicado o desempenho da área. Os indicadores em questão são os de números 2, 7 e 8, pois foram recentemente introduzidos no protocolo de pré-natal do município, embora todos os profissionais tenham tomado conhecimento do novo protocolo, talvez não tenha havido tempo hábil para sua total incorporação.

O indicador 2 (TTGO) apresenta um agravante que pode estar interferindo nos baixos escores encontrados, pois este exame só pode ser realizado na Unidade Central do Laboratório, o que obriga a gestante a se deslocar até lá, isto significa para algumas delas, maior despesa e impedimento na sua realização. Assim, embora o profissional tenha solicitado o exame, muitas vezes não é realizado.

Ao analisar os indicadores 3, 10 e 11 (VDRL, Urina I e Urocultura respectivamente) observa-se que somente no indicador 10 a Unidade G obteve escore satisfatório (91,7%), enquanto que as demais Unidades obtiveram escores insuficientes. O baixo percentual nestes indicadores pode estar relacionado ao fato destes exames serem solicitados em dois momentos: na 1^o consulta e por volta da 30^a semana de gestação. Os profissionais estão habituados a solicitar este exame apenas na primeira consulta e muitos deixam de pedi-lo novamente, por outro lado, algumas mulheres não realizam o exame pela segunda vez, apesar de solicitado. Outro fator que pode contribuir, para os baixos escores, é o sub-registro do exame.

Ainda que se considere a possibilidade de sub-registro das informações, a realização de exames laboratoriais constitui um importante ponto de estrangulamento no país ⁶. Estudos realizados em diferentes cidades como Rio de Janeiro ³⁸, em Caxias do Sul ⁶², no Estado de São Paulo ⁶³ mostram a baixa realização de exames laboratoriais, principalmente o colpocitológico e o anti-HIV. A prevalência de sífilis em gestante é de 1,6% e em 2004, 78,8% dos casos notificados, as mulheres haviam realizado pré-natal ³¹.

O conhecimento da prevalência, em gestantes, das principais doenças infecciosas que podem ser transmitidas verticalmente (congênitas ou perinatais) tem grande importância na formulação de políticas públicas, uma vez que o diagnóstico precoce destas infecções, durante o período pré-natal, evitaria a transmissão da

doença da mãe para o filho e reduziria os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal ^{64,65}.

Quadro 7. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área exames laboratoriais, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Exames Laboratoriais Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Glicemia	20	55,5	13	33,3	11	73,3	4	33,3	24	100	8	33,3	12	100	39	68,4	12	100
2- TTGO	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	6	50,0	19	33,3	4	33,3
3- VDRL	16	44,4	13	33,3	8	53,3	4	33,3	14	58,3	8	33,3	8	66,7	29	50,9	7	58,3
4- ABO-Rh	18	50,0	13	33,3	11	73,3	4	33,3	24	100	8	33,3	12	100	39	68,4	10	83,3
5- HIV	18	50,0	13	33,3	11	73,3	4	33,3	20	83,3	8	33,3	12	100	39	68,4	10	83,3
6- Toxoplasmose	18	50,0	13	33,3	11	73,3	4	33,3	20	83,3	8	33,3	12	100	39	68,4	10	83,3
7- Rubéola	12	33,3	13	33,3	11	73,3	4	33,3	10	41,7	8	33,3	6	50,0	21	36,8	8	66,7
8- Citomegalovirus	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	6	50,0	19	33,3	4	33,3
9- Hemograma	20	55,5	13	33,3	11	73,3	4	33,3	24	100	8	33,3	12	100	35	61,4	10	83,3
10- Urina I	15	41,7	13	33,3	8	53,3	4	33,3	16	66,7	8	33,3	9	75	29	50,9	7	58,3
11- Urocultura	12	33,3	13	33,3	7	46,7	4	33,3	10	41,7	8	33,3	10	83,3	28	49,1	6	50,0
12- Citologia Oncótica	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	12	100	23	40,4	4	33,3
13- USG Obstétrico	16	44,4	13	33,3	9	60,0	6	50,0	14	58,3	8	33,3	10	83,3	29	50,9	10	83,3
Total	201	42,9	169	33,3	113	57,9	54	34,6	200	64,1	104	33,3	127	81,4	388	52,4	102	65,4

A análise do Quadro 7 vem corroborar as discussões feitas nos Quadros anteriores, pois percebe-se que em muitos casos o percentual de registro de exames foi maior no cartão da gestante, o que indica que a mulher realizou o exame, e que esse baixo percentual deve-se ao não registro pelo profissional, no prontuário da gestante.

Fato este que denota falta de compromisso de alguns profissionais com a qualidade dos registros no prontuário, interferindo sobremaneira na assistência pré-natal.

A falta de registros dos exames laboratoriais no prontuário da gestante é claramente observada neste Quadro, onde 4 Unidades de Saúde obtiveram escores inferiores a 50%, 4 Unidades obtiveram escores entre 50% e 65% e somente a unidade G destacou-se atingindo um escore acima de 80%.

O registro em prontuário, de forma sistemática, deve ser um assunto abordado constantemente em atividades de educação continuada, pois quando a informação é registrada de maneira clara e completa, permite que outros profissionais da equipe multidisciplinar tenham conhecimento da informação e a utilizem na tomada de suas decisões.

Na assistência pré-natal é comum o profissional receber o resultado dos exames laboratoriais, examiná-los e devolvê-los à gestante sem efetuar o registro no prontuário, isto prejudica a continuidade da assistência, principalmente quando é realizada por profissionais diferentes, como ocorre no município.

Quadro 8. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes obstétricos, na análise dos registros do cartão da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área – Antecedentes Obstétricos	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36		39		15		12		24		24		12		57		12	
1- Número de Gestações	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
2- Paridade	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
3- Abortos	36	100	39	100	15	100	10	83,3	24	100	20	83,3	12	100	55	96,5	12	100
4- Filhos Vivos	36	100	37	94,9	15	100	12	100	24	100	20	83,3	12	100	55	96,5	12	100
Total	144	100	154	98,7	60	100	46	95,8	96	100	88	91,7	48	100	224	98,2	48	100

Quadro 9. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes obstétricos, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Antecedentes Obstétricos Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Número de Gestações	36	100	25	64,1	15	100	8	66,7	18	75,0	24	100	10	83,3	47	82,5	12	100
2- Paridade	36	100	25	64,1	15	100	8	66,7	18	75,0	24	100	10	83,3	49	86,0	12	100
3- Abortos	36	100	25	64,1	15	100	8	66,7	18	75,0	24	100	10	83,3	47	82,5	12	100
4- Filhos Vivos	36	100	21	53,8	15	100	4	33,3	18	75,0	16	66,7	10	83,3	41	71,9	10	83,3
Total	144	100	96	61,5	60	100	28	58,3	72	75,0	88	91,7	40	83,3	184	80,7	46	95,8

Ao contrário do que foi apresentado no Quadro 8 onde todas as Unidades de Saúde registraram, no cartão da gestante, os antecedentes obstétricos de maneira satisfatória, no Quadro 9 (registro no prontuário) evidencia-se que somente 6 Unidades registraram de maneira satisfatória estes dados, enquanto que as Unidades D e B apresentaram os piores escores com 58,3% e 61,5% respectivamente. A Unidade E embora não tenha atingido percentual desejado, obteve 75%.

Os profissionais que realizam o pré-natal habituaram-se a efetuar o registro dos achados das consultas apenas no cartão da gestante. Esta rotina guarda pelo menos dois grandes problemas, o primeiro diz respeito aos aspectos legais do prontuário, já discutidos anteriormente e o segundo refere-se à possibilidade da mulher perder o cartão da gestante e não haver como resgatar os dados, pois não estão anotados na fonte que poderia disponibilizá-los: o prontuário.

Quadro 10. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes obstétricos, na análise dos registros do prontuário de mulheres com mais de uma gestação. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Antecedentes Obstétricos Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	21	100	30	100	12	100	12	100	21	100	12	100	12	100	54	100	12	100
5- Filhos Pré-Termo	17	81,0	12	40,0	9	75,0	4	33,3	8	38,1	4	33,3	8	66,7	26	48,1	8	66,7
6- Filhos Pós-termo	17	81,0	12	40,0	9	75,0	4	33,3	8	38,1	4	33,3	8	66,7	26	48,1	8	66,7
7- RN baixo peso	17	81,0	12	40,0	9	75,0	4	33,3	12	57,1	4	33,3	8	66,7	24	44,4	8	66,7
8- Mortes neonatais	17	81,0	12	40,0	9	75,0	4	33,3	12	57,1	4	33,3	6	50,0	22	40,7	8	66,7
9- Complicações em Gestações anteriores	13	61,9	12	40,0	7	58,3	4	33,3	10	47,6	4	33,3	4	33,3	22	40,7	4	33,3
10- Complicações em puerpério	7	33,3	10	33,3	7	58,3	4	33,3	8	38,1	4	33,3	4	33,3	18	33,3	4	33,3
11- História de Aleitamento	21	100	12	40,0	9	75,0	4	33,3	12	57,1	4	33,3	10	83,3	28	51,9	10	83,3
Total	109	74,1	82	39,0	59	70,2	28	33,3	70	47,6	28	33,3	48	57,1	166	43,9	50	59,5

No Quadro 10, que apresenta os itens de detalhamento dos antecedentes obstétricos anotados no prontuário das mulheres com mais de uma gestação, observa-se que a qualidade dos registros diminuiu consideravelmente, e nenhuma das Unidades de Saúde registrou um percentual satisfatório.

Um dos fatores que tem influência decisiva na elaboração de Programas de Saúde Materna são os dados epidemiológicos, ou seja, é por meio da análise da incidência dos riscos gestacionais que são dimensionados os serviços de pré-natal e leitos de maternidade ⁶⁴.

A gestação não representa um estado patológico, mas deve ser encarada como um período especial na trajetória de vida da mulher, no qual suas condições físicas, psíquicas e sociais podem influenciar diretamente no risco gestacional. Risco gestacional aqui compreendido como a oportunidade de agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto, donde emerge a importância de investigar os antecedentes obstétricos da mulher ^{66, 67}.

Os indicadores 5, 6, 7, 8, 9 e 10 (filhos pré-termo, filhos pós-termo, RN de baixo peso, mortes neonatais, complicações em gestações anteriores e complicações em puerpério, respectivamente) são fundamentais para a triagem do risco gestacional e decisivos na manutenção de um pré-natal de baixo-risco ³¹.

Entretanto, nota-se no Quadro 10, ao analisar os indicadores 5, 6, 7 e 8 que somente a Unidade A atingiu percentual de 81%, enquanto que as Unidades B, D, F e H não chegaram a registrar 50% nos referidos indicadores. A Unidade C registrou 75% e as Unidades G e I registraram 66,7% e a Unidade E registrou nos indicadores 5 e 6 apenas 38,1% e no indicador 7 e 8 registrou 57,1%.

Ao atentar-se para o indicador 11 “História de Aleitamento” percebe-se que 5 Unidades (B, D, E, F e H) obtiveram percentuais muito aquém do desejado. A Unidade A apresentou 100% de registro, enquanto a Unidade C obteve 75%.

Mesmo considerando a possibilidade de sub-registro é necessário que os profissionais envolvidos na assistência incorporem a importância desta orientação no resgate da prática de amamentar, uma vez que no Brasil a média de dias de amamentação exclusiva é de apenas 23 dias, enquanto que a média mundial é de 120 dias ⁶⁸.

Quadro 11. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes pessoais, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Antecedentes Pessoais Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Hipertensão	28	77,8	15	38,5	13	86,7	4	33,3	14	58,3	8	33,3	12	100	25	43,9	8	66,7
2- Cardiopatias	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	12	50,0	8	33,3	12	100	25	43,9	8	66,7
3- Diabetes	28	77,8	13	33,3	13	86,7	4	33,3	14	58,3	8	33,3	12	100	25	43,9	8	66,7
4- Doenças Renais	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	21	36,8	4	33,3
5- Anemia Crônica	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	23	40,4	4	33,3
6- Transfusão	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	21	36,8	4	33,3
7- DST	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	21	36,8	4	33,3
8- Fumo, Álcool, outros	28	77,8	15	38,5	13	86,7	4	33,3	8	33,3	8	33,3	12	100	23	40,4	6	50,0
Total	224	77,8	108	34,6	94	78,3	32	33,3	80	41,7	64	33,3	64	66,7	184	40,4	46	47,9

No Quadro 11, nota-se que nenhuma das Unidades de Saúde registrou de maneira satisfatória os antecedentes pessoais da gestante, no prontuário.

Embora não tenham obtido percentuais satisfatórios, merecem destaque as Unidades A e C que obtiveram 77,8% e 78,3% respectivamente, ao contrário das Unidades B, D, E, F, H e I que obtiveram escores sofríveis.

O conhecimento dos antecedentes pessoais da gestante fornece subsídios para a triagem do risco gestacional e para as condutas a serem tomadas durante o acompanhamento pré-natal, por isto representam informações imprescindíveis no prontuário da gestante.

As doenças hipertensivas e hemorrágicas da gestação são as principais causas de morte materna e perinatal que, segundo o Ministério da Saúde poderiam ser evitadas em 95% dos casos, se houvesse assistência de qualidade à mulher no ciclo gravídico-puerperal ²³.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde ³¹, Organização Mundial e Panamericana de Saúde ¹⁷, no roteiro de ações que o pré-natalista deve desenvolver na primeira consulta, consta a identificação dos antecedentes pessoais da mulher. Ao analisar os resultados desta área observa-se que nenhuma Unidade obteve percentual satisfatório, considera-se que pode ter havido sub-registro das informações, entretanto não há como negar o descaso dos profissionais para com os indicadores desta área.

As doenças sexualmente transmissíveis são responsáveis por uma epidemia de grande magnitude ⁶⁵, além dos problemas psíquicos e físicos que causam no portador, podem interferir na área econômica (devido aos dias perdidos de trabalho e pelos gastos no seu manejo), por todos estes prejuízos e a fácil transmissibilidade, deve receber olhares mais atentos dos profissionais da saúde que em todos os momentos de contato com o cliente na Unidade de Saúde, deve encontrar um espaço para a prevenção e para o diagnóstico precoce das DST's ⁶¹.

Em relação ao indicador 8 (Fumo, álcool e outros), percebe-se que 7 das 9 Unidades de Saúde pesquisadas não registraram, de maneira satisfatória, o indicador, merecendo destaque a Unidade G que registrou com excelência (100%) e a Unidade C que atingiu 86,7% de escore.

Os agravos à saúde relacionados ao hábito tabagista são sobejamente conhecidos, contudo estes efeitos aumentam ainda mais quando o fumante é uma mulher-grávida, pois o feto pode ser considerado um fumante passivo, sujeito a maior mortalidade perinatal, atraso no desenvolvimento físico e mental e malformações congênitas. Após o nascimento, tem-se verificado maior número de infecções respiratórias, doenças broncoconstritivas, alterações da função pulmonar e síndrome de morte súbita infantil, em filhos de fumantes ⁶⁹.

Segundo estudos realizados o hábito de fumar passa a ter relevância e influir na mortalidade perinatal quando o número de cigarros fumados é maior que 10 ao dia

Quadro 12. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área gestação atual, na análise dos registros do cartão da gestante de mulheres com mais de uma gestação. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Gestação Atual	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	21	100	15	100	12	100	12	100	18	100	12	100	12	100	54	100	12	100
4- Intervalo entre as gestações	21	100	12	80	9	75	12	100	16	88,9	12	100	12	100	52	96,3	12	100

Quadro 13. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área gestação atual, na análise dos registros do prontuário de mulheres com mais de uma gestação. Francisco Morato - SP, 2006.

Área – Gestação Atual	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	21	100	15	100	12	100	12	100	18	100	12	100	12	100	54	100	12	100
4 – Intervalo entre as Gestações	21	100	12	80,0	9	75,0	4	33,3	12	66,7	10	83,3	10	83,3	40	74,0	12	100

A análise do Quadro 12 mostra que somente a Unidade C obteve percentual aquém do desejado (75%) em relação ao registro do intervalo entre as gestações no cartão de mulheres com mais de uma gestação. Observa-se mais uma vez que a informação que tem espaço apropriado no cartão da gestante e faz parte do cabeçalho das informações obstétricas, apresentou escores altos. Neste item 5 Unidades (A, D, F, G e I) obtiveram 100%, 3 Unidades (B, E e H) receberam escores acima de 80%.

A análise do Quadro 13 mostra que somente 2 Unidades (A e I) obtiveram 100% neste indicador, enquanto 3 Unidades (B, F e G) atingiram 80% e 4 Unidades (C, D, E e H) obtiveram escores inferiores a 80%, sendo que a Unidade D obteve escore mínimo (33,3%). Houve, portanto, sub-registro no prontuário, pois quando comparado ao Quadro 12, percebe-se que esta mesma informação estava registrada no cartão da gestante.

Para implementar as atividades de controle pré-natal, é necessário identificar os riscos a que a gestante está exposta, pois isso permitirá a orientação e condutas adequadas durante o pré-natal. O intervalo interpartal menor que 2 anos e/ou maior que 5 anos está associado ao risco gestacional, porém isto não implica obrigatoriamente em um pré-natal de alto risco, mas é importante que esta gestante seja avaliada pelo especialista ³¹.

Quadro 14. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área gestação atual, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área – Gestação Atual Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Parceiros	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	6	50,0	19	33,3	4	33,3
2- Medicações Utilizadas	14	38,9	13	33,3	7	46,7	8	66,7	8	33,3	16	66,7	4	33,3	19	33,3	4	33,3
Total	26	36,1	26	33,3	12	40,0	12	50,0	16	33,3	24	50,0	10	41,7	38	33,3	8	33,3

Os dados apresentados no Quadro 14 demonstram que faltaram informações importantes da vida da gestante registrados no prontuário, como o número de parceiros e medicações utilizadas, em todas as Unidades, pois o escore máximo registrado foi 50%, obtidos pelas Unidades D e F. O número de parceiros é um dado importante pois, está diretamente ligado a problemas como DST's.

Quando se relaciona o indicador 7 "DST" do Quadro 11 com o indicador 1 do Quadro 14, nota-se o baixo percentual obtido por todas as Unidades nos dois indicadores. Por ter sido este estudo realizado com gestantes de baixo risco que realizaram o pré-natal em Unidades de PSF e PACS, com exceção da Unidade C que é uma Unidade Básica de Saúde, é surpreendente o baixo percentual de anotações, já que a estratégia PSF e PACS preconiza a promoção e a prevenção de doenças, tendo a família como centro das ações.

Este Quadro mostra a ineficácia do prontuário como fonte estatística das DST's mais prevalentes em gestantes no município de Francisco Morato.

Quadro 15. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área antecedentes familiares, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área- Antecedentes Familiars Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Hipertensão	28	77,8	15	38,5	13	86,7	4	33,3	12	50,0	8	33,3	12	100	27	47,4	8	66,7
2- Cardiopatias	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	10	41,7	8	33,3	12	100	27	47,4	8	66,7
3- Diabetes	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	12	50,0	8	33,3	12	100	23	40,4	8	66,7
4- doenças Renais	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	27	47,4	7	58,3
5- Gemelaridade	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	12	50,0	8	33,3	12	100	24	42,1	8	66,7
6- Doenças Congênitas	28	77,8	13	33,3	11	73,3	4	33,3	10	41,7	8	33,3	12	100	23	40,4	6	50,0
Total	168	77,8	80	34,2	68	75,6	24	33,3	64	44,4	48	33,3	64	88,9	151	44,2	45	62,5

A análise do Quadro 15 mostra mais uma vez o déficit de registros no prontuário, pois 8 das 9 Unidades obtiveram percentuais aquém do esperado, o que demonstra o descrédito de alguns profissionais quanto à necessidade de buscar informações sobre os antecedentes familiares. Destaca-se o escore obtido pela Unidade G (88,9%). Em contrapartida as Unidades B, D e F não chegaram a obter 35%, já as Unidades E e H obtiveram 44,4% e 44,2% respectivamente, enquanto que as Unidades A, C e I apresentaram 77,8%, 75,6% e 62,5%.

Sabendo que os antecedentes familiares são fatores possíveis de direcionar investigações, os profissionais deste município deveriam atentar mais para esta questão, passando a investigar e registrar mais estas informações.

Os itens que compõem o roteiro de ações a serem desenvolvidas na atenção pré-natal pelos profissionais, certamente, não foi construído aleatoriamente, mas baseado em estudos e dados epidemiológicos que apontaram para a importância da investigação de cada um deles, de modo a garantir a eficácia da assistência à gestante. Portanto, nenhum destes itens pode ser negligenciado seja na busca da informação junto à mulher seja no registro do dado obtido.

Quadro 16. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde na área referência e contra-referência, na análise dos registros do prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Área – Referência e Contra-referência	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Indicadores	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	27	100	12	100
1- Atendimento Especializado*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2- Atendimento Odontológico	12	33,3	13	33,3	11	73,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3

* No 1º indicador (atendimento especializado), não houve nenhum registro de encaminhamento, o que não desqualifica o atendimento, pois pode não ter havido necessidade de encaminhamento.

Ao analisar o Quadro 16 percebe-se que 8 das 9 Unidades não realizaram e/ou não registraram, no prontuário, nenhum encaminhamento à odontologia, dado evidenciado pelos percentuais obtidos pelas 8 unidades (33,3%), somente a Unidade C realizou encaminhamentos (73,3%), mesmo assim, ainda abaixo do satisfatório. Os resultados encontrados surpreendem, uma vez que é rotina no município o encaminhamento de todas as gestantes para consulta odontológica.

Considerando que nem todas as Unidades podem contar com o Dentista em sua equipe e que estas Unidades devem referenciar suas gestantes para acompanhamento no Centro Integrado de Saúde da Mulher, isto pode esbarrar nas condições sócio-econômicas da gestante, devido à necessidade do uso de condução para seu traslado até a referência. Todavia, esta dificuldade prevista, não deveria influenciar os profissionais a não realizarem o encaminhamento, até porque as Unidades A, B, G e I possuem o dentista em sua equipe e mesmo assim não houve registro de encaminhamento.

Em relação ao indicador 1 “atendimento especializado”, durante a análise dos resultados, percebeu-se uma falha no instrumento de coleta de dados, pois não possibilitou verificar se houve ou não a necessidade de atendimento especializado. Para confirmação deste dado, poder-se-ia ter incluído na entrevista com a gestante uma questão que permitisse checar esta informação e assim poder efetuar a avaliação com base concreta.

Quadro 17. Demonstrativo dos escores obtidos pelas Unidades de Saúde, no registro das orientações no prontuário da gestante. Francisco Morato - SP, 2006.

Orientações Registradas	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Orientações	36	100	39	100	15	100	12	100	24	100	24	100	12	100	57	100	12	100
1- Importância do Pré-natal	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
2- Sexualidade	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
3- Higiene	12	33,3	13	33,3	15	100	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
4- Desenvolvimento Fetal	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
5- Modificações Corporais	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
6- Planejamento Familiar	12	33,3	13	33,3	15	100	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
7- Direitos da Gestante	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
8- Impacto do Trabalho	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
9- Participação do Pai	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
10- Aleitamento Materno	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
11- Consultas Puerperais	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
12- Cuidados com o RN	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
13- Acompanhamento do bebê	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	4	33,3	19	33,3	4	33,3
14- Vacinação	12	33,3	13	33,3	5	33,3	4	33,3	8	33,3	8	33,3	10	83,3	19	33,3	4	33,3
Total	168	33,3	182	33,3	90	42,9	56	33,3	112	33,3	112	33,3	62	36,9	266	33,3	56	33,3

Ao analisar o Quadro 17, percebe-se que a Unidade C valorizou apenas a orientação sobre higiene e planejamento familiar (indicadores 3 e 6 respectivamente), registrados com excelência (100%), os demais não foram registrados, a Unidade G obteve 83,3% apenas na questão referente à vacinação anti-tetânica, não registrando nenhuma outra informação.

Dentre as ações que constituem foco principal na assistência pré-natal, estão as atividades de educação em saúde, que devem englobar a gestante, o companheiro e a família e, o Programa Saúde da Família pela sua característica deveria fortalecer tais ações ¹³. Ao observar este Quadro percebe-se que, quando os profissionais não estão envolvidos com a estratégia, não há ressonância na assistência que permanece inalterada.

É surpreendente observar que Unidades do Programa Saúde da Família registrem escores inaceitáveis como estes em relação à educação em saúde, pois ações educativas são comprovadamente benéficas na melhoria da qualidade de saúde da população.

Por se tratar, principalmente, de uma população jovem, com baixa escolaridade, os profissionais deveriam valorizar mais as atividades educativas em saúde, já que são estas mulheres, as que apresentam grandes probabilidades de abandono do acompanhamento pré-natal, baixa adesão aos tratamentos e riscos de intercorrências durante a gestação.

5.5. Dados da entrevista com a puérpera

A seguir serão apresentados dados pertinentes à entrevista com a puérpera, relacionados à orientação recebida individualmente ou em grupo, à consulta de pré-natal, e à sua visão da assistência pré-natal, como o seu conceito e a sua satisfação quanto a essa assistência.

Quadro 18. Demonstrativo do número e percentual das respostas das mulheres sobre a orientação recebida no pré-natal, por Unidade de Saúde. Francisco Morato – SP, 2006.

Orientações Referidas	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Orientações	12	100	13	100	5	100	4	100	8	100	8	100	4	100	19	100	4	100
1- Importância do Pré-natal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2- Sexualidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3- Higiene	-	-	-	-	5	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4- Desenvolvimento Fetal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5- Modificações Corporais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6- Planejamento Familiar	-	-	-	-	5	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7- Direitos da Gestante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8- Impacto do Trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9- Participação do Pai	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10- Aleitamento Materno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11- Consultas Puerperais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12- Cuidados com o RN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13- Acompanhamento do bebê	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14- Vacinação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-

Comparando os registros das orientações do prontuário (Quadro 17) e as respostas das mulheres (Quadro 18), observa-se que há coincidência, pois apenas as gestantes atendidas na Unidade C referem ter recebido orientação sobre os mesmos indicadores em que houve anotação. Entretanto na Unidade G que obteve 83,3% no registro do indicador 14, apenas 25% das mulheres referiram terem sido orientadas quanto a ele.

São recomendações básicas do PHPN ¹⁶ para a garantia de um pré-natal de qualidade as atividades educativas em saúde, e os 14 indicadores citados nos Quadros 17 e 18 são embasados neste Programa.

Os processos educativos contribuem para aumentar os recursos pessoais e a capacidade da mulher de optar por alternativas de cuidado mais adequadas e saudáveis. Assim, as atividades educativas devem estimular a participação de pessoas que constituam a rede de apoio da mulher, a fim de fortalecer a capacidade de ajudar dos mesmos, quando solicitados ¹⁷.

Este resultado é observado também no trabalho realizado em uma favela na zona sul da cidade de São Paulo, onde menos de 20% das mulheres referiram ter recebido alguma orientação, tanto individual como grupal ⁵⁸.

Quadro 19. Demonstrativo do número e percentual das respostas das mulheres, obtidas na entrevista por Unidade de Saúde. Francisco Morato - SP, 2006.

Entrevista Itens	UNIDADES DE SAÚDE																	
	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	12	100	13	100	5	100	4	100	8	100	8	100	4	100	19	100	4	100
1- Saber o nome do profissional	12	100	10	76,9	4	80,0	4	100	7	87,5	7	87,5	4	100	18	94,7	4	100
2- Distinguir categoria profissional	11	91,7	10	76,9	4	80,0	4	100	7	87,5	7	87,5	3	75,0	18	94,7	4	100
3- Atendimento pelo mesmo profissional	12	100	13	100	4	80,0	4	100	8	100	8	100	4	100	19	100	4	100
4- Vacinação antitetânica	11	91,7	6	46,2	4	80,0	3	75,0	5	62,5	7	87,5	4	100	14	73,7	3	75,0
5- Conhecimento sobre vacina na gestação	11	91,7	6	46,2	4	80,0	3	75,0	3	37,5	5	62,5	3	75,0	10	52,3	2	50,0
6- Tirar dúvidas	11	91,7	9	69,2	5	100	4	100	7	87,5	4	50,0	4	100	12	63,2	3	75,0
7- Conhecimento dos exames laboratoriais solicitados	11	91,7	10	76,9	4	80,0	4	100	7	87,5	7	87,5	4	100	15	78,9	2	50,0
8- Conhecimento do resultado dos exames laboratoriais	10	83,3	12	92,3	5	100	3	75,0	7	87,5	6	75,0	4	100	16	84,2	4	100
9- Expor medos	9	75,0	7	53,8	4	80,0	4	100	5	62,5	3	37,5	4	100	7	36,8	2	50,0
10- Permitir acompanhante	11	91,7	13	100	5	100	4	100	7	87,5	7	87,5	3	75,0	15	78,9	4	100

Na análise do Quadro 19, percebe-se que em relação aos indicadores 1 e 2 (Conhecer o profissional que à assiste e saber sua categoria profissional respectivamente), 8 das 9 Unidades obtiveram percentuais iguais ou superiores a 80%, merecem destaque as Unidades D e I onde todas as gestantes responderam afirmativamente aos 2 indicadores.

Em relação ao 3º indicador (Atendimento pelo mesmo profissional) em 8 das 9 Unidades, as puérperas responderam positivamente a esta questão, ou seja, houve continuidade na assistência.

O fato de as puérperas terem demonstrado saber o nome e a profissão de quem realizou seu pré-natal e serem sempre os mesmos profissionais que prestam a assistência é um fator positivo, que pode favorecer o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a gestante. A cada relacionamento positivo aumenta a possibilidade de formação de vínculo e confiança dos usuários com os profissionais e a instituição⁷⁰.

Ao observar o resultado do indicador 6 (Tirar dúvidas) percebe-se que somente 5 Unidades (A, C, D, E e G) obtiveram percentuais satisfatórios. Sendo que 2 receberam 100% e as demais escores acima de 80%.

No que se refere a oportunidades de expor seus medos (indicador 9) no Quadro 19 verifica-se que em 2 Unidades (D e G) os profissionais foram acolhedores com a mulher, pois 100% delas referiram poder discutir e falar sobre seus medos. Entretanto, nas demais Unidades os resultados não se apresentam tão positivos, com exceção da Unidade C onde 80% das mulheres afirmaram a mesma oportunidade.

Ao analisar o 4º indicador (Vacinação antitetânica) percebe-se que somente as puérperas das Unidades A, C, F e G responderam em sua maioria ter recebido a vacina, 91,7%, 80%, 87,5% e 100% respectivamente.

Entretanto em relação ao 5º indicador (conhecimento sobre vacina na gestação), 91,7% das mulheres da Unidade A e 80% das mulheres da Unidade C referiram saber a indicação da vacina antitetânica, nas demais Unidades os percentuais variaram de 37,5% a 75%.

Este dado demonstra que os profissionais não estão repassando às mulheres a real importância da vacina antitetânica, pois além do descaso no registro desta

informação, evidenciado nos Quadros 4 e 5, a maioria das mulheres não relataram conhecimento a respeito da vacina.

Ao que diz respeito ao tempo de espera para ser atendida, os resultados mostram que em 7 das 9 Unidades mais de 70% das mulheres referiram um tempo de espera superior a 30 minutos, e em 2 delas (Unidades F e G) 50% das gestantes esperaram menos de 30 minutos.

Quanto ao tempo de duração da consulta todas as mulheres atendidas na Unidade G referiram um tempo de consulta igual ou superior a 15 minutos, e nas Unidades A e C (75% e 80%) respectivamente, fizeram a mesma afirmação. As Unidades com piores performances foram as Unidades B, D, E, F, H e I. A Unidade I em especial não teve nenhuma menção de tempo adequado de atendimento.

Para uma consulta pré-natal de qualidade, que receba e acolha a gestante e seu familiar, dando a estes a oportunidade de expor suas dúvidas, ansiedades e medos; realizar as orientações educativas em saúde de maneira clara e compreensível, respondendo às indagações da mulher ou da família; realizar a anamnese, o exame clínico e obstétrico da gestante e ainda registrar as informações tanto no prontuário quanto no cartão da gestante. É indispensável dispor de um tempo adequado para cada consulta, fato este não evidenciado na maioria das consultas de pré-natal deste município.

Todavia, por ser o autor deste trabalho, enfermeiro de uma das Unidades de Saúde do município, observa-se que o número escasso de profissionais para a demanda atendida possa ser o fator preponderante para o tempo reduzido das consultas pré-natais.

Em relação ao indicador 10 (permitir acompanhante) a maioria das mulheres de todas as Unidades referiu ser permitido o ingresso de acompanhante na consulta pré-natal. Entretanto, em algumas Unidades, houve referência de algumas mulheres, não terem sido autorizadas a entrar com acompanhante de sua confiança, sendo alegado pelo profissional que prestava a assistência, já haver a auxiliar no consultório, dispensando a necessidade do mesmo.

Na Tabela 7 está demonstrada, em conceitos, a avaliação das mulheres no que tange à assistência pré-natal recebida.

Tabela 7. Demonstrativo do conceito atribuído pelas mulheres na avaliação da assistência pré-natal recebida. Francisco Morato – SP, 2006.

Conceito	N	%
1- Ótimo	14	18,2
2- Muito Bom	10	13,0
3- Bom	37	48,0
4- Ruim	11	14,3
5- Péssimo	05	6,5
Total	77	100,0

A análise da Tabela 7 permite dizer que em relação ao conceito atribuído pela puérpera acerca da assistência pré-natal recebida, 18,2% conceituaram a assistência como ótima, 13% como muito boa e 48% como boa, enquanto que as demais, 14,3% e 6,5%, conceituaram a assistência como ruim e péssima, respectivamente.

Embora a análise dos dados consolidados de todas as áreas (Quadro 1), tenha mostrado que nenhuma das Unidades de Saúde obteve escore satisfatório, e que tecnicamente, necessite de atividades de educação permanente, a fim de atingir um padrão de qualidade desejável, do ponto de vista da maioria das puérperas, a qualidade da assistência está positivamente avaliada.

Tabela 8. Demonstrativo da satisfação das puérperas quanto à assistência pré-natal recebida. Francisco Morato – SP, 2006.

Conceito	N	%
Muito Satisfeito	17	22,1
Satisfeito	31	40,2
Pouco Satisfeito	4	5,2
Muito Insatisfeito	7	9,1
Insatisfeito	16	20,8
Pouco insatisfeito	2	2,6
Total	77	100,0

A Tabela 8 demonstra, mais uma vez que a maioria das puérperas (62,3%) está satisfeita com a assistência pré-natal.

Esta Tabela deve ser avaliada de maneira criteriosa, pois apesar das puérperas atendidas estarem satisfeitas com o atendimento, isto não quer dizer obrigatoriamente que do ponto de vista técnico, a qualidade esteja satisfatória. O fato de a população estudada ser jovem, ter baixa escolaridade e poucos recursos financeiros, talvez possa limitar o nível de suas exigências e necessidades.

A melhora contínua da assistência pré-natal deve ser um objetivo a ser perseguido por todos os profissionais, a fim de reduzir os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

5.6. Dados da visita às Unidades de Saúde

Para a análise da qualidade Donabedian preconiza três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado ⁷¹. Neste estudo, analisou-se o processo de assistência, com base nos indicadores de cada área. Os resultados não foram contemplados e a estrutura foi parcialmente analisada, uma vez que apenas os materiais, equipamentos e sistema de documentação foram analisados.

O Quadro 20 mostra que nenhuma das Unidades de Saúde tinha controle de busca ativa das gestantes faltosas, o que mostra a necessidade de atividades de educação permanente dos profissionais, a fim de mantê-los atualizados, motivados e comprometidos com os resultados da assistência prestada.

O fato do município não ser cadastrado no SISPRENATAL dificulta o controle das gestantes em atendimento. Nas Unidades há um controle não informatizado das gestantes em pré-natal que deveria nortear a busca ativa, pois o impresso permite, quando preenchido, identificar as mulheres faltosas. Os resultados encontrados possibilitam verificar que não houve controle da evasão ou absenteísmo das mulheres às consultas.

Cada gestante que abandona o pré-natal e interrompe seu acompanhamento, aumenta a probabilidade de morbimortalidade materna e perinatal. Por isso, é responsabilidade da Unidade de Saúde o acompanhamento rigoroso desta mulher, para a redução dos índices de mortalidade.

O Quadro 21 mostra que todas as Unidades de Saúde possuem os materiais e equipamentos mínimos para uma assistência pré-natal de qualidade. Na visita realizada, notou-se que todos os indicadores estavam presentes em 100% das 9 Unidades.

Este trabalho não teve o intuito de avaliar os indicadores de resultado e sim, dar ênfase aos indicadores de processo.

Para que a assistência pré-natal aconteça, o Ministério da Saúde³¹ preconiza materiais e equipamentos básicos. O elenco de indicadores para esta área baseia-se nestas recomendações e que foram plenamente atendidas por todas as Unidades de Saúde.

Quadro 22 – Demonstrativo da utilização dos sistemas de documentação pelas Unidades de Saúde. Francisco Morato – SP, 2006.

Impressos Unidades	Controle de Gestantes	Ficha Perinatal	Total	
			N = 2	%
A	0*	1**	1	50,0
B	0	1	1	50,0
C	0	1	1	50,0
D	0	0	0	-
E	0	1	1	50,0
F	0	1	1	50,0
G	0	1	1	50,0
H	0	1	1	50,0
I	0	1	1	50,0

* 0= não; **1 = sim.

Na estrutura das Unidades de Saúde no município o sistema de documentação da assistência pré-natal é constituído basicamente de dois elementos: o controle de gestantes, que é uma relação das mulheres em acompanhamento pré-natal

e a ficha perinatal que contém dados sócio-demográficos e obstétricos, e também dados para a consulta atual, ou seja, o prontuário da gestante.

Os objetivos deste sistema de documentação são: a localização das gestantes faltosas e o registro dos dados obtidos em cada uma das consultas de maneira sistematizada.

Na análise do Quadro 22 percebe-se que nenhuma das Unidades realiza efetivamente o controle de gestantes em acompanhamento. Este dado já era esperado, pois nenhuma Unidade realizou a busca ativa de gestantes faltosas como foi constatado pelos dados do Quadro 20. Observa-se ainda que a Unidade D não utiliza a ficha clínica perinatal, os dados nesta Unidade são registrados em uma folha de papel sulfite sem nenhuma sistematização.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste trabalho permitem concluir que:

- Nenhuma das Unidades de Saúde atingiu percentual considerado aceitável (= ou > que 80%) em relação à assistência pré-natal quando analisado o conjunto de todos os itens;
- Nem mesmo as Unidades A, B, D, E e G, onde está implantada a estratégia Saúde da Família, obtiveram o escore desejável, quando da análise dos dados consolidados;
- Na avaliação por área, os registros da área “dados gerais do cartão da gestante”, mostraram-se adequados em oito das nove Unidades estudadas. A Unidade D foi a única que obteve escore abaixo do aceitável (79,2%);
- Os registros da área “dados gerais do prontuário da gestante”, mostraram-se aquém do esperado em oito das nove Unidades, sendo que a Unidade A obteve o maior escore (80%);
- Na área “procedimentos, os registros efetuados no cartão da gestante” foram acima de 80% em todas as Unidades, sendo que a Unidade G obteve 100%;
- Na área “procedimentos, os registros do prontuário da gestante”, não atingiram 70% em nenhuma das Unidades;
- Na área “exames laboratoriais, no cartão da gestante”, apenas a Unidade (G) obteve percentual aceitável (82,7%);
- Na área “exames laboratoriais, no prontuário da gestante”, apenas a Unidade (G) obteve percentual aceitável (81,4%);
- Na área “antecedentes obstétricos, do cartão da gestante”, cinco Unidades de Saúde (A, C, E, G e I) alcançaram o escore máximo 100%, as demais atingiram escores acima de 90%;
- Na área “antecedentes obstétricos, do prontuário da gestante”, duas Unidades (A e C) alcançaram o escore máximo 100%, quatro Unidades (F, G, H e I) atingiram percentuais acima de 80% e três (B, D e E) não atingiram o percentual desejável;

- Na área “antecedentes pessoais, no prontuário da gestante”, nenhuma Unidade atingiu 80%;
- Na área “gestação atual, prontuário da gestante”, nenhuma Unidade obteve 80%;
- Na área “antecedentes familiares, no prontuário da gestante”, apenas a Unidade G apresentou escore aceitável (88,9%);
- Quanto às “orientações” para as mulheres no pré-natal, apenas as Unidades C e G registraram alguma atividade educativa, mas não atingiram os escores desejáveis, apresentando resultados muito aquém do esperado, 42,9% e 36,9% respectivamente;
- Apenas 7,8% das gestantes referiram ter recebido orientação durante o pré-natal;
- O tempo de espera para a consulta em sete das nove Unidades foi superior a 30 minutos;
- O tempo de duração da consulta foi igual ou maior que 15 minutos, em 100% das consultas, apenas na Unidade G. Na Unidade A (75%) e na C (80%) das mulheres referiram esta duração;
- A assistência pré-natal foi avaliada como ótima por 18,2% das mulheres, muito boa por 13% e boa por 48%;
- No que tange à satisfação, 62,3 % estão satisfeitas quanto à assistência recebida;
- Nenhuma das Unidades (100%) registrou busca ativa das gestantes faltosas no pré-natal;
- No que se refere à estrutura física (materiais e equipamentos), todas as Unidades obtiveram 100% de escore;
- Em relação ao sistema de documentação, nenhuma Unidade (100%) tinha controle de gestantes atendidas e a Unidade D não utilizava a ficha perinatal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou cerca de 10% dos prontuários das mulheres em acompanhamento pré-natal na rede básica de saúde do município em um determinado período, mas permitiu identificar inadequações nas anotações do prontuário.

O registro sistemático e organizado das informações no prontuário caracteriza-se como um documento que além de fornecer subsídios para uma boa assistência, é fundamental em situações éticas e jurídicas, portanto merece ser mais valorizado pelos profissionais, pois representa segurança tanto para a clientela como para os profissionais.

A consulta de pré-natal deve ser um momento prazeroso, tanto para a gestante e sua família como para o profissional, pois a gravidez não é uma doença, contudo provoca modificações físicas e psicológicas e cada mulher vivencia de maneira diferente, com todos os seus medos, ansiedades e fantasias, que devem ser acolhidos de forma tranqüila e sem julgamentos.

Embora, o estudo tenha mostrado desvios nas áreas analisadas, e nenhuma das Unidades de Saúde pesquisadas tenha atingido um nível de escore desejável, a maioria das puérperas (62,3%) demonstraram estar satisfeitas com a assistência pré-natal recebida. A satisfação da clientela é fundamental na avaliação da qualidade, entretanto no que tange aos aspectos técnicos da assistência e aos relacionados à competência dos profissionais, a avaliação e controle deve ser realizada por seus pares.

O processo de avaliação e controle da qualidade é fundamental, pois possibilita identificar a dimensão dos desvios e as áreas de fragilidade da assistência, permitindo a elaboração de ações educativas, a fim de reciclar a equipe para atingir um padrão de qualidade desejável.

Este estudo pôde identificar as áreas que merecem mais atenção na assistência pré-natal. Sendo assim, será possível à Secretaria de Saúde do município estabelecer ações programáticas para melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

Os resultados da avaliação, como parte do processo educativo, devem ser apresentados aos profissionais das Unidades de Saúde e com eles discutidos, para que

possam perceber os pontos a serem corrigidos e melhorados. Entretanto, para que os objetivos sejam plenamente alcançados a equipe deve compreender o processo avaliativo e valorizá-lo como ferramenta para melhoria da qualidade assistencial.

Por outro lado, a avaliação e controle para ser efetiva, deve ser um processo sistemático e contínuo de modo a possibilitar a visualização dos progressos obtidos pelo grupo, no que tange à qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tyrrell MAR. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto social e inserção da enfermagem. Escola Anna Nery. Rev de Enfermagem. 1997 jul:119-34.
2. Pustai OJ. O sistema de saúde no Brasil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ e cols. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 69-75.
3. Leão EM. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. Promoção da Saúde. 2002 out.; 3(6):31-6.
4. Sepúlveda MAC. Breve histórico dos programas nacionais de saúde materno-infantil. [acesso em 2005 jul. 10]. Disponível em: <http://www.mulherviva.com.br>.
5. Osis, MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Pública. 1998; 14(1):25-32.
6. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. 2004 set./out.; 20(5):1281-89.
7. Gualda DMR, Bergamasco RB, Okazaki ELJ, Viana L. Assistência pré-natal no contexto do conceito de saúde reprodutiva. In: Saúde na Família e na Comunidade. São Paulo: Robe Editorial; 2002. p. 187-97.
8. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo. Atheneu; 2002. v. 1. p. 256.
9. Secretaria de Estado de Saúde. O SUS. [acesso em 2006 abr. 24]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
10. Secretaria de Estado de Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. [acesso em 2006 abr. 24]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
11. Brasil. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000 jun.; 34(3):316-19.
12. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. A estratégia Saúde da Família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ e cols. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 88-100.

13. Cianciarullo TI. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: Saúde na Família e na Comunidade. São Paulo: Robe Editorial; 2002. p. 17-37.
14. Promovendo a saúde da mulher. In: Promoção da Saúde. 2002 out.; 3(6):53-4.
15. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Materno-Infantil. 2004 jul./set.; 4(3):269-79.
16. Ministério da Saúde do Brasil. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. [acesso em 2006 fev. 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
17. Organización Panamericana de la salud. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejora de la calidad de la atención prenatal em embarazos de bajo riesgo em América Latina y el Caribe. Washington (EUA): FEPPEN; 2004. p. 42.
18. Gaio DSM. Assistência pré-natal e puerpério. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ e cols. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 357-67.
19. Classificação Internacional de Doenças. 10ª revisão. [acesso em 2006 jan. 11]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10>.
20. Laurenti R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. Rev Saúde Pública. 1988 dez.; 22(6):507-12.
21. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol. 2004 dez.; 7(4):449-60.
22. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev Saúde Pública. 2002 dez.; 36(6):759-72.
23. Rezende CHA, Moreli D, Rezende IMAA. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. Rev Saúde Pública. 2000 ago.; 34(4):323-28.
24. Laurenti R, Buchalla CM, Lolio CA, Santo AH, Jorge MHPM. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986 II: mortes por causas maternas. Rev Saúde Pública. 1990 dez.; 24(6): 468-72.
25. RIPSAs – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos. [acesso em 2006 out. 22]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

26. Moura ERF, Holanda Junior F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003 nov./dez.; 19(6):1791-99.
27. Tanaka ACA, Siqueira AAF, Bafile PN. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1989 fev.; 23(1):67-75.
28. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública*. 2003 jun.; 37(3):303-10.
29. Laurenti R, Buchalla CM. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. II – Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. *Rev Saúde Pública*. 1985 jun; 19(3):225-32.
30. Menezes AMB, Barros FC, Victora CG, Alves C, Rocha C, Albernaz E et al. Mortalidade perinatal em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12(1):33-41.
31. Ministério da Saúde do Brasil. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília; 2005. p. 188.
32. Moraes MS, Kujumjian FG, Chiaravalloti Neto F, Lopes JCC. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2004 out./dez.; 4(4):375-84.
33. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1993 fev.; 27(1):49-53.
34. Oba MDV. Assistência pré-natal: uma assistência integral ou fragmentada? (dissertação). Ribeirão Preto: USP; 1996.
35. Starfield B. Qualidade dos serviços de atenção primária: uma visão clínica. In: *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. p. 419-79.
36. Tanaka AC. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.

37. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2003 ago.; 37(4):456-62.
38. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. Cad Saúde Pública. 2004 mar./abr.; 20(2):534-45.
39. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. Cad Saúde Pública. 1998 jul./set.; 14(3):487-92.
40. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. Rev Saúde Pública. 2000 dez; 34(6):603-09.
41. Costa MC, Formigli VL. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. Rev Saúde Pública. 2001 abr.; 35(2):177-84.
42. Prefeitura Municipal de Francisco Morato. Superintendência dos Negócios da Saúde. São Paulo. [acesso em 2005 maio 22]. Disponível em: www.franciscomorato.sp.gov.br.
43. Lima AFC, Fugulin FMT, Andreoni S, Fuzii SMO, Hashimoto THF. Elaborando e desenvolvendo padrões e critérios de qualidade. In: Cianciarullo TI, Fugulin FMT, Andreoni S, editores. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ícone; 1998. p. 59-77.
44. SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica. Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2006 da zona geral do modelo geral. Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Morato.
45. Rodrigues Filho J, Costa W, Leno GML. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. Rev Saúde Pública. 1994 ago.; 28(4):284-89.
46. Lima MOP. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico. (dissertação). São Paulo: USP; 2006.
47. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 466, de 14 de junho de 2000. [acesso em 2006 out. 06]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

48. Andreoni S, Ravaglio LMM, Guadanucci A, Martins ESC. O processo de controle de qualidade na assistência perinatal. In: Assistência perinatal. São Paulo: Ícone; 1998. p. 139-147.
49. Fugulin FMT, Andreoni S, Ravaglio LMM. Processo de gestão da qualidade das ações cuidativas. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 261-277.
50. Oba MDV, Tavares MSG. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade de saúde no município de Ribeirão Preto, SP. Rev Latino-Am Enfermagem. 1998 jan.; 6(1):53-61.
51. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Pública. 2001 jan./fev.; 17(1):131-39.
52. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, Estado do Paraná, Brasil, 1991: um exercício de avaliação. Cad Saúde Pública. 1994 jul./set.; 10(3):356-367.
53. Oselka G. Prontuário médico. Rev Assoc Méd Bras. 2002 out./dez.; 48(4):286.
54. Gonçalves VLM. Anotação de enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 221.
55. Schramm JMA, Sanches O, Szwarcwald CL. Análise da mortalidade por tétano neonatal no Brasil (1979-1987). Cad Saúde Pública. 1996 abr./jun.; 12(2):217-24.
56. Schramm JMA, Szwarcwald CL. Um modelo estatístico para definição de áreas geográficas prioritárias para o controle do tétano neonatal. Cad Saúde Pública. 1998 abr./jun.; 14(2):337-43.
57. Vieira LJ. O tétano neonatal no Estado de Minas Gerais: contribuição para a compreensão do problema. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003 set./out.; 11(5):638-44.
58. Fernandes RAQ. Estudo da morbimortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal. Rev Paulista Enfermagem. 2001 maio/ago.; 20(2):57-67.
59. Bergamasco RB, Gualda DMR, Okazaki ELFJ. A construção de indicadores e elaboração de instrumentos de avaliação da assistência à gestante. In: Cianciarullo

- TI, Silva GTR, Cunha ICKO. Uma nova estratégia em foco: o Programa de Saúde da Família: identificando as suas características no cenário do SUS. São Paulo; 2005. p. 145-68.
60. Bricks LF. Vacinação em gestantes: considerações sobre sua importância no Brasil. *Rev Hosp Clin.* 2003; 58(5):263-74.
61. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4º ed. Brasília; 2006. Série Manuais, nº. 68. p. 11-4.
62. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002 jun.; 24(5):293-99.
63. Gianvecchio RP, Goldberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cad Saúde Pública.* 2005 mar./abr; 21(2):581-88.
64. Reiche EMV, Morimoto HK, Farias GN, Hisatsugu KG, Geller L, Gomes ACLF et al. Prevalência de tripanossomíase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, avaliada por intermédio de testes sorológicos, em gestante atendidas no período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000 nov./dez.; 33(6):519-27.
65. Savaris RF. Doenças sexualmente transmissíveis: abordagem sindrômica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ e cols. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 1409-16.
66. Franceschini SCC, Priore SE, Pequeno NPF, Silva DG, Sigulem DM. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. *Rev Nutr.* 2003 abr./jun.; 16(2):171-9.
67. Calderon IMP, Cecatti JG, Veja CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(5):310-5.
68. Giugliani ERJ. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ e cols. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 219-31.

69. Achutti AC, Rosito MHE, Achutti VAR. Tabagismo. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ e cols. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 533-7.
70. Queiroz MV, Jorge MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. Interface. 2006 jan./jun.; 10(19):117-30.
71. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984. Apud: Cadah L. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes. (dissertação). São Paulo: USP; 2000.

ANEXOS



Anexo A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por esse instrumento particular declaro, para os efeitos éticos e legais, que eu _____ Nacionalidade _____ Profissão _____
_____ portador do RG nº _____ residente e domiciliado à
rua _____ nº _____ no bairro _____ na
cidade de Francisco Morato – SP, concordo em participar desta pesquisa. Ciente que essa pesquisa pretende identificar a qualidade da assistência pré-natal no município de Francisco Morato.

A pesquisa será realizada na Santa Casa de Misericórdia e nas Unidades de Saúde do Município de Francisco Morato, onde serão entrevistadas as mulheres após o parto e em um segundo momento analisados seus prontuários nas unidades básicas de saúde.

Esclareço que recebi todas as informações sobre minha participação nesse estudo, e a garantia de que receberei novos esclarecimentos que julgar necessários durante o decorrer da pesquisa. Esclareço também, que fui verbalmente informada sobre todos os passos da pesquisa e de que não haverá riscos para minha pessoa em dela participar.

Tomei conhecimento de que não terei custos extras e que tenho plena liberdade para recusar a participação na referida pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma. Autorizo, para os devidos fins, o uso, a divulgação e a publicação dos dados e resultados obtidos do relatório final da pesquisa e em outras publicações decorrentes, a qual estou em concordância. Entretanto, recebi a garantia do sigilo que assegura a privacidade dos participantes do estudo, uma vez que os dados obtidos são confidenciais.

Por estar de pleno acordo com o presente termo, assino abaixo o mesmo.

Francisco Morato, ____/____/____

Assinatura da puérpera ou polegar (se analfabeta)

Certifico que informei e li textualmente o termo de consentimento informado à pessoa nomeada acima.

Francisco Morato, ____/____/____

Marco Antonio Barbosa

Coren-SP: 107471

Em caso de dúvidas, contato com Marco Antonio Barbosa
R. Gravatá, 602 Franco da Rocha – SP
CEP: 07807-390
e-mail: marcoantonioenf@Yahoo.com.br

Anexo B Instrumento de Análise da Assistência Pré-Natal

Nº Instrumento: _____

I. Dados Sócio-demográficos e obstétricos

Nome: _____ Idade: _____
 Procedência: _____ Bairro: _____
 Unidade de Saúde em que realizou o pré-natal: _____
 Escolaridade: _____ Situação Conjugal: _____
 Ocupação: _____ Renda Mensal Familiar: _____ Nº de
 pessoas no domicílio: _____
 Gestações: _____ Partos Normais: _____ Partos Fórceps: _____
 Partos Cesáreos: _____ Abortos: _____ Parto Atual: _____
 Nº de Filhos vivos: _____

II - Procedimentos da Assistência Pré-natal Registrados no Cartão da Gestante e Registrados no Prontuário

INDICADORES	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	REGISTRO NO CARTÃO DA GESTANTE			REGISTRO NO PRONTUÁRIO		
1. DADOS GERAIS							
1.1. Profissional que realizou o pré-natal	Há registro da assinatura dos profissionais que realizaram o pré-natal em todas as consultas.				Méd. e Enfermeiro	Médico	Enfermeiro
1.2. Início do pré-natal	Identificar quando iniciou o pré-natal	1º	2º	3º	1º	2º	3º

2.3. VDRL	Há registro de quantos exames realizados	0	1	2	0	1	2
2.4. ABO-Rh	Há registro do resultado do exame realizado	Sim		Não		Não	
2.5. Anti-HIV	Há registro do resultado do exame realizado	Sim		Não		Não	
2.6. Toxoplasmose	Há registro do resultado do exame realizado	Sim		Não		Não	
2.7. Rubéola	Há registro do resultado do exame realizado	Sim		Não		Não	
2.8. Citomegalovirus	Há registro do resultado do exame realizado	Sim		Não		Não	
2.9. Hemograma	Há registro do resultado do exame realizado	Sim		Não		Não	
2.10. Urina tipo I	Há registro do resultado do exame realizado? Quantos	0	1	2	0	1	2
2.11. Urocultura	Há registro de quantos exames realizados	0	1	2	0	1	2
2.12. Citologia Oncótica	Há registro do resultado do exame realizado	Sim		Não		Não	
2.13. USG Obstétrico	Há registro do exame realizado	Sim		Não		Não	

3. PROCEDIMENTOS

3.1. Vacina Antitetânica	Há registro das doses ministradas	Sim	Não	Sim	Não
3.2. Cálculo da Idade Gestacional	Há registro em todas as consultas	Sim	Não	Sim	Não
3.4. Medida do Peso	Há registro da verificação em todas as consultas	Sim	Não	Sim	Não
3.5. Ganho ponderal	Há registro no prontuário			Sim	Não
3.6. Medida da Pa	Há registro em todas as consultas	Sim	Não	Sim	Não
3.7. Medida da Estatura	Há registro	Sim	Não	Sim	Não
3.8. Realização da curva para avaliação nutricional	Há registro em todas as consultas	Sim	Não	Sim	Não
3.9. Medida da Frequência Cardíaca da gestante	Há registro em todas as consultas			Sim	Não
3.10. Ausculta dos batimentos cardíacos fetais	Há registro em todas as consultas	Sim	Não	Sim	Não
3.11. Inspeção de pele e mucosas	Há registro no prontuário em todas as consultas			Sim	Não
3.12. Pesquisa de edema (face, tronco e membros)	Há registro no prontuário em todas as consultas			Sim	Não
3.13. Exame das mamas	Há registro no prontuário			Sim	Não

3.14. Medida da Altura uterina	Há registro da verificação em todas as consultas	Sim	Não	Sim	Não
3.15. Inspeção dos órgãos genitais externos	Há registro da realização do exame			Sim	Não
4. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA					
4.1. Referência para atendimento especializado	Há registro do encaminhamento			Sim	Não
4.2. Referência para atendimento odontológico	Há registro do encaminhamento			Sim	Não
5. ANTECEDENTES PESSOAIS					
5.1. Hipertensão	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
5.2. Cardiopatias	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
5.3. Diabetes	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
5.4. Doenças Renais Crônicas	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
5.5. Anemia	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
5.6. Transusão de Sangue	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
5.7. DST	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
5.8. Tabagismo Alcoolismo Drogas ilícitas	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não

6. ANTECEDENTES FAMILIARES					
6.1. Hipertensão	Há registro da informação			Sim	Não
6.2. Cardiopatia	Há registro da informação			Sim	Não
6.3. Diabetes	Há registro da informação			Sim	Não
6.4. Doenças Renais Crônicas	Há registro da informação			Sim	Não
6.5. Gemelaridade	Há registro da informação			Sim	Não
6.6. Doenças Congênitas	Há registro da informação			Sim	Não
7. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS					
7.1. Nº de Gestações	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
7.2. Nº de Partos	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
7.3. Nº de Abortos	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
7.4. Nº de filhos vivos	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
7.5. Nº de filhos pré-termo	Há registro da informação			Sim	Não
7.6. Nº de filhos pós-termo	Há registro da informação			Sim	Não
7.7. Nº de RN's de baixo peso	Há registro da informação			Sim	Não
7.8. Mortes neonatais ou natimortos	Há registro da informação			Sim	Não

7.9. Intercorrências ou complicações em gestações anteriores	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
7.10. Complicações em puerpérios	Há registro da informação			Sim	Não
7.11. História de Aleitamento Materno (Duração e motivo do desmame)	Há registro da informação			Sim	Não
8. GESTAÇÃO ATUAL					
8.1. Nº de parceiros	Há registro da informação			Sim	Não
8.2. Intervalo entre as gestações	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
8.3. Orgasmo	Há registro da informação			Sim	Não
8.4. Medicamentos Utilizadas	Há registro da informação	Sim	Não	Sim	Não
9. BUSCA ATIVA					
9.1. Busca ativa de gestantes faltosas	Há registro da informação			Sim	Não

III – Entrevista com a Puérpera

1. Você sabe o nome dos profissionais que realizavam suas consultas de pré-natal?

() Não () Sim Quais eram: _____ qual sua profissão _____
 _____ qual sua profissão _____

Era sempre o mesmo profissional que lhe atendia? Sim () Não ()

2. Você tomou alguma vacina durante o pré-natal?

() Sim para que era? _____

() Não por que? _____

3. Quanto tempo em média você esperava para ser atendida?

- Menos de 15 minutos;
- De 15 a 30 minutos;
- De 30 min. a 1 hora;
- Mais de 1 hora.

4. Qual o tempo médio de duração das suas consultas de pré-natal?

- menos de 5 minutos;
- de 5 a 10 minutos;
- 15 minutos;
- mais de 15 minutos.

5. Em suas consultas de pré-natal, você conseguia tirar suas dúvidas?

- sempre nunca algumas vezes porque _____

6. Você sabe por que realizou os exames de laboratório?

- não
- sim porque? _____

7. Você sabe os resultados dos exames de laboratório que realizou?

- não
- sim o que você sabe? _____

8. Recebeu orientação durante o pré-natal?

- não
- sim em grupo individual

9. Você poderia me dizer sobre o que você foi orientada no Pré-Natal?

ORIENTAÇÃO	REFERIDO	REGISTRADO
Importância do pré-natal		
Sexualidade		
Higiene e alimentação		
Desenvolvimento fetal		
Modificações corporais e emocionais		
Planejamento familiar		
Direitos da gestante		
Impacto do trabalho sobre a gravidez		
Importância da participação do pai		
Aleitamento materno		
Importância das consultas puerperais		
Cuidados com o recém-nascido		
Importância do acompanhamento do bebê		
Vacinação		

10. O que você achou do pré-natal que realizou?

() Ótimo () Muito Bom () Bom () Ruim () Péssimo

Porquê?

11. Diga como você se sente em relação à assistência pré-natal que você recebeu?

() Muito satisfeita () satisfeita () pouco satisfeita

() Muito insatisfeita () insatisfeita () pouco satisfeita

12. Você pôde conversar sobre seus medos e ansiedades?

() sim () as vezes () não Porque? _____

13. Era permitida a entrada de acompanhante nas consultas?

() sim () as vezes () não porque? _____

IV – Dados coletados na Unidade Básica

Materiais e Equipamentos		
Mesa e cadeiras para a entrevista	Verificar presença dos equipamentos	
Mesa de exame ginecológico		
Foco de Luz		
Balança para adulto		
Esfignomanômetro e estetoscópio clínico		
Sonar Doppler		
Fita métrica		
Impressos		
Caderno ou impresso para controle das gestantes	Verificar presença dos impressos	
Ficha perinatal		

Observações: _____

Anexo C

Critérios Adotados para avaliação da assistência pré-natal

ÁREAS	CRITÉRIOS ADOTADOS	
Dados Gerais	Cartão da Gestante	Prontuário da Gestante
1-Assinatura do profissional	Não Pertinente	Há registro da assinatura do profissional em cada consulta. 3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0% 0= NP = Não Pertinente
2- Trimestre de Início do Pré-Natal	Sim = 3 Não = 1	Sim= 3 Não = 1
3- Número de Consultas	3= completo = 6 2= incompleto = 5 1= insuficiente = 4 ou menos	3=completo = 6 2= incompleto = 5 1= insuficiente = 4 ou menos
4- Idade da Gestante	Sim =3 Não =1	Sim =3 Não= 1
5- Naturalidade	NP	Sim =3 Não =1
6- Endereço	Sim =3 Não =1	Sim =3 Não =1
7- Escolaridade	NP	Sim =3 Não =1
8- Ocupação	NP	Sim =3 Não =1
9- Situação Conjugal	NP	Sim =3 Não =1
10- Moradia	NP	Sim =3 Não =1
11- Saneamento	NP	Sim =3 Não =1
12-DUM e DPP	Sim =3 Não =1	Sim =3 Não =1
13- Gestação Desejada	NP	Sim =3 Não =1

ÁREAS	CRITÉRIOS ADOTADOS	
Exames de Laboratório	Cartão da Gestante	Prontuário da Gestante
1- Glicemia	3= completo = a 1 registro 1= incompleto= nenhum registro	3= completo = a 1 registro 1= incompleto= nenhum registro
2- TTGO	Sim= 3 Não = 1	Sim= 3 Não = 1
3- VDRL	3= Completo = 2 registros 2= incompleto = 1 registro 1= insuficiente = nenhum registro	3= Completo = 2 registros 2= incompleto = 1 registro 1= insuficiente = nenhum registro
4- ABO-RH	Sim =3 Não =1	Sim =3 Não = 1
5- Anti-HIV	3= completo = a 1 registro 1= incompleto= nenhum registro	3= completo = a 1 registro 1= incompleto= nenhum registro
6- Toxoplasmose	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não = 1
7- Rubéola	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
8- Citomegalovirus	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
9- Hemograma	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
10- Urina I	3= Completo = 2 registros 2= incompleto = 1 registro 1= insuficiente = nenhum registro	3= Completo = 2 registros 2= incompleto = 1 registro 1= insuficiente = nenhum registro
11- Urocultura	3= Completo = 2 registros 2= incompleto = 1 registro 1= insuficiente = nenhum registro	3= Completo = 2 registros 2= incompleto = 1 registro 1= insuficiente = nenhum registro
12- Citologia	Sim =3 Não =1	Sim=3 Não=1
13-USG	3= completo = a 1 registro 1= incompleto= nenhum registro	3= completo = a 1 registro 1= incompleto= nenhum registro
ÁREAS	CRITÉRIOS ADOTADOS	
Procedimentos	Cartão da Gestante	Prontuário da Gestante
1- Vacina	Sim =3 Não =1	Sim =3 Não =1

Procedimentos	Cartão da Gestante	Prontuário da Gestante
2- Idade Gestacional	3= completo = 100% das consultas realizadas 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%
3- Peso	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%
4- Ganho Ponderal	NP	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%
5- PA	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%
6- Estatura	Sim =3 Não = 1	Sim =3 Não =1
7- Curva Nutricional	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%
8- Frequência Cardíaca	NP	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%
9- BCF	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%
10- Pele e Mucosas	NP	3= completo = 100% das consultas realizadas 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%
11- Edema	NP	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%

Procedimentos	Cartão da Gestante	Prontuário da Gestante
12- Exame das mamas	NP	Sim =3 Não =1
13- Altura Uterina	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%	3= completo = 100% 2= incompleto = 99% a 70% 1= insuficiente = 69% a 0%
14- Inspeção dos Genitais	NP	Sim =3 Não =1
Referência e Contra Referência	Cartão da Gestante	Prontuário da Gestante
1- Atendimento Especializado	NP	Sim =3 NP
2- Atendimento odontológico	NP	Sim =3 Não = 1
Antecedentes Pessoais	Cartão da Gestante	Prontuário
1- Hipertensão	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
2- Cardiopatias	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
3- Diabetes	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
4- Doenças Renais Crônicas	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
5- Anemia	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
6- Transfusão	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
7- DST	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
8- Tabagismo, Álcool e Outros	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
ÁREAS	CRITÉRIOS ADOTADOS	
Antec. Familiares	Cartão da Gestante	Prontuário da Gestante
1- Hipertensão	NP	Sim = 3 Não =1
2- Cardiopatias	NP	Sim = 3 Não =1
3- Diabetes	NP	Sim = 3 Não =1

Antec. Familiares	Cartão da Gestante	Prontuário da Gestante
4- Doenças Renais	NP	Sim = 3 Não =1
5- Gemelaridade	NP	Sim = 3 Não =1
6- Doenças Congênitas	NP	Sim = 3 Não =1
ÁREAS	CRITÉRIOS ADOTADOS	
Antec. Obstétricos	Cartão da Gestante	Prontuário
1- Gestações	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
2- Paridade	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
3-Abortos	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
4- Filhos Vivos	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1
5- F. Pré- Termo	NP	Sim = 3 Não =1 NP
6- F. Pós-termo	NP	Sim = 3 Não =1 NP
7- RN baixo peso	NP	Sim = 3 Não =1 NP
8- Mortes neonatais	NP	Sim = 3 Não =1 NP
9- Complicações Gestações Anteriores	Sim = 3 Não = 1 NP	Sim = 3 Não = 1 NP
10- Complicações Puerpério	NP	Sim = 3 Não = 1 NP
11- História de Aleitamento Materno	NP	Sim = 3 Não = 1 NP
ÁREAS	CRITÉRIOS ADOTADOS	
Gestação Atual	Cartão da Gestante	Prontuário da Gestante
1- Parceiros	NP	Sim = 3 Não =1
2- Intervalo entre Gestações	Sim = 3 Não =1 NP	Sim = 3 Não =1 NP

3- Orgasmo	NP	Sim = 3 Não =1
4- Medicações Utilizadas	Sim = 3 Não =1	Sim = 3 Não =1