

**Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro
Unidades do Programa de Saúde da Família do município de
Manaus - AM**

por

Benedito Ribeiro Filho

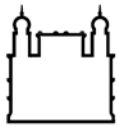
*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de
Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientador/a:

Profa. Dra. Marina Ferreira de Noronha

Manaus, junho de 2004

***Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane
Universidade Federal do Amazonas***



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta Dissertação, intitulada

**Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro
Unidades do Programa de Saúde da Família do município de
Manaus – AM**

apresentada por

Benedito Ribeiro Filho

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes
membros:*

Profa. Dra. Vera Lúcia Edais Pepe

Profa. Dra. Valdelize Elvas Pinheiro

Profa. Dra. Marina Ferreira de Noronha – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 09 de junho de 2004.

Dedico este trabalho

À Ana Carolina e Edgar por
serem a razão da minha luta.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Marina Ferreira de Noronha, pela sua orientação, incentivo, seriedade, amizade e apoio na condução da realização deste estudo.

Ao Dr. Luís Sérgio Machado dos Santos, pela compreensão e colaboração.

Ao Dr. Carlos Augusto Telles Borborema, pela insistência para realização deste curso.

Aos amigos Éricle, Adionilce e Raulino pela inestimável ajuda na consecução deste trabalho.

Aos colegas do Programa Médico da Família pela colaboração.

Aos amigos e a todos que de alguma forma contribuíram para este estudo.

RESUMO

O período de gestação é um momento singular na vida da mulher quando seu passado é revisitado e o futuro redesenhado. Esse é um momento repleto de oportunidades de interação dos serviços de saúde com sua clientela, possibilitando uma atuação dentro da perspectiva de promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção e a identificação, tratamento de problemas tanto da gestante, como de seu futuro filho. Este trabalho teve como objeto a descrição e avaliação da qualidade da atenção pré-natal do Programa Médico da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Manaus, Estado do Amazonas. Tem um desenho de estudo descritivo, avaliativo e de corte transversal. Como estratégia metodológica foi utilizada a avaliação normativa da adequação das informações contidas nos prontuários de gestantes atendidas em quatro Unidades de Saúde da Família durante o ano de 2001. Estas Unidades foram: duas unidades de saúde da família da Zona Leste de Manaus, uma da Zona Oeste e uma da Zona Sul. Foram analisados 111 prontuários de gestantes que iniciaram o pré-natal durante o ano de 2001, sendo 27 da USF-A, 29 da USF-B, 39 da USF-C e 16 da USF-D. Para estimativa do grau de adequação do processo de atenção foram utilizados sete indicadores de avaliação de processo sugeridos pelo Ministério da Saúde (2002) e três indicadores usados por Silveira *et al* (2001). Os resultados demonstraram que o pré-natal da maioria das gestantes atendidas eram: de adultos jovens, solteiras, 1/3 tinha educação fundamental e a maioria iniciou o pré-natal durante o segundo trimestre de gravidez. Na revisão de prontuários pode-se verificar que a primeira consulta está relativamente bem registrada apresentando, entretanto, problemas em metade dos prontuários, quanto ao registro de solicitação de exames. Já em relação às consultas subseqüentes as anotações, na maioria dos prontuários, apresentaram-se incompletas quanto a resultados de exames laboratoriais, exame clínico, vacinação e prescrições. Sobre os resultados dos indicadores de efetividade do Ministério da Saúde, somente três indicadores em sete, apresentaram acima de 30% de casos concordantes os quais foram: 65% iniciaram o pré-natal até o 4º mês de gestação; 31% tiveram 6 ou mais consultas de pré-natal; 41% tiveram registro de ter recebido a dose imunizante da vacina antitetânica. Somente algumas pacientes tiveram um adequado pré-natal de acordo com o índice de Kessner, tendo predominado o nível intermediário. Algumas recomendações foram feitas para os responsáveis pela supervisão e para os membros do Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The prenatal period is a single moment in woman's life when the past can be reviewed and the future redesigned. This period is full of opportunities for health services and clientele interaction, in order to promote health, education, prevention and to identification and treat woman's and child's problems. This work aimed to describe and evaluate the quality of prenatal care delivered of the Family Medical Program of the health municipality secretariat of Manaus municipality, State of Amazonas. This was an evaluation and descriptive study which had a cross-sectional design. The methodological strategy was a normative evaluation of the adequacy of medical record information of pregnant woman assisted on the prenatal care at four Family Care Units during the year of 2001. Two units were in the East zone of the city of Manaus, one of the West zone and one of the South zone. Medical records of 111 women who started their prenatal care during 2001 were analysed, being 27 of the UFH-A, 29 of the UFH-B, 39 of the UFH-C and 16 of the UFH-D. To estimate the adequacy of the process of care reported in the record information, it was used seven indicators suggested by the Ministry of Health ministerial and three indicators suggested by Silveira et al (2001), which used the modified Kessner indicators. The results showed that most of the woman were: young adults, below 30 years of age, single, 1/3 had fundamental education and most of them started her prenatal during the second trimester of the pregnancy. In the record revision it was verified that the first prenatal consultation was mostly well registered although half of the records had problems of registration on exams solicitation. Most of the subsequent consultations had incomplete registration of the prenatal care on laboratory results, clinical examination, vaccination and prescriptions. Only three in seven indicators of the prenatal care suggested by the Health Ministerial, had more than 30% of compliance: 65% started the prenatal until the 4th month of pregnancy; 31% had six or more consultations during the prenatal period; 41% had registration about immunising dose of anti-tetanus vaccine. Only few patients had adequate prenatal care according to the Kessner index being predominant the intermediary level. Some recommendations were done to the responsible for the supervision and members of the Family Health Program.

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO

1. REVISÃO DA LITERATURA.....	01
1.1 A atenção Pré-Natal e sua importância.....	02
1.2 Políticas de atenção à saúde.....	06
1.3 Políticas de saúde no Brasil.....	08
1.4 Programa de Saúde da Família no Brasil.....	09
1.5 O Programa de Saúde da Família em Manaus.....	13
1.6 Caracterização do município de Manaus.....	16
1.7 Avaliação da qualidade em saúde.....	20

II – OBJETIVOS.....	26
----------------------------	-----------

III – MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
---------------------------------------	-----------

IV – RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
--	-----------

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
--------------------------------------	-----------

VI – RECOMENDAÇÕES.....	59
--------------------------------	-----------

VII – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	60
--	-----------

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
---	-----------

ANEXOS

Lista de Tabelas

Tabela 1– Perfil das gestantes de acordo com a revisão de prontuários em quatro unidades de saúde da família do PMF– Manaus/AM, 2001.	32
Tabela 2 – Distribuição de gestantes por n.º de consulta e trimestre de gestação em quatro unidades do PMF– Manaus/AM, 2001.	36
Tabela 3 – Informações registradas na 1ª consulta de pré-natal de quatro unidades do PMF– Manaus/AM, 2001.	41
Tabela 4– Solicitação de exames laboratoriais na 1ª consulta de pré-natal anotadas em prontuários de gestantes atendidas em quatro unidades do PMF–Manaus/AM, 2001.	42
Tabela 5 – Itens registrados nas consultas subseqüentes de gestantes atendidas em quatro unidades do PMF. Manaus/AM. 2001.	46
Tabela 6 – Indicadores de Efetividade da Assistência Pré-natal oferecida por quatro Unidades de Saúde da Família do PMF– Manaus/AM, 2001.	49
Tabela 7– Adequação do acompanhamento pré-natal em quatro USF do PMF, segundo Índice de Kessner modificado por Takeda(1993), Manaus/AM, 2001.	52

Lista de quadros

- Quadro1 – Distribuição de recursos humanos do PMF por zona administrativa, Manaus/AM, 2001. 14
- Quadro2 – Distribuição das atividades realizadas pelas Equipes de saúde da família por zona administrativa, PMF– Manaus/AM, 2001. 18
- Quadro3 – Informações sobre gestantes das USF A,B,C e D constantes no SIAB e revisão de prontuário, PMF–Manaus/AM, 2001. 47

Listas de figuras

Figura 1 – *Box plot* da Idade gestacional em 1ª consulta de pré-natal de gestantes de quatro unidades do PMF– Manaus/AM, 2001. 38

Figura 2 – Proporção de cumprimento dos indicadores de monitoramento da atenção pré-natal do Ministério da Saúde, por USF, Manaus/AM, 2001. 53

Lista de Anexos

Anexo I – Atribuições da equipe de Saúde da Família.

Anexo II – Normas da Assistência Pré-Natal da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (2000).

Anexo III – Gráficos : Distribuição das consultas por idade gestacional das USF A, B, C e D do PMF, Manaus/AM, 2001.

Anexo IV – Roteiro para revisão dos prontuários.

Anexo V – Parecer Nº 44/03, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz .

Lista de siglas

ACS – agente comunitário de saúde

IG- idade gestacional

PMF – Programa Médico da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende expressar ansiedade do autor com a questão da avaliação de serviços de saúde de Atenção Primária, no momento em que estratégias, como Programa Saúde da Família, são exaustivamente implantadas com o objetivo de atender às necessidades da população em relação à saúde e massivamente são também criticadas quanto à sua qualidade.

O Programa Saúde da Família implantado em Manaus com o nome Programa Médico da Família em março de 1999, vive um momento necessário de avaliação de suas atividades com finalidades de conhecer os desvios dos padrões de atendimento propostos, detectá-los e corrigi-los. Dentro do *menu* da Atenção Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde a saúde da mulher é prioridade e escolhemos especificamente acompanhamento pré-natal prestado pela equipe de saúde da família, pelo fato da clientela prescindir de atendimento adequado por se encontrar num limite entre o estado fisiológico e o patológico e este tipo de atenção não se resume em apenas uma consulta ou na solicitação de alguns exames. Necessita de mecanismo que favoreça a continuidade da atenção principalmente na transferência de informações e neste aspecto o prontuário médico é na maioria das vezes o único mecanismo de continuidade.

O estudo de revisão dos prontuários revela parte do processo de assistência pré-natal e foi realizado através do exame dos registros na ficha perinatal e nas folhas de evolução médico-sanitária, pois de acordo com Vuori (1989) a qualidade dos registros de saúde, como um componente ligado à qualidade de atenção é possível de ser utilizado como um parâmetro para este amplo conceito e Donabedian (1986) cita que as informações sobre os “aspectos técnicos” do processo assistencial disponibilizados nos registros médicos favorecem por sua análise e interpretação, a revelação de problemas e propiciam um agir imediato para sugerir procedimentos e corrigir deficiências. Estes registros, dentro da estratégias de saúde da família, se revestem de maior importância pois representam o marco inicial do acesso da paciente ao

sistema de saúde e portanto deveriam conter informações de toda a equipe de saúde da família que lhe prestou o atendimento.

- **A atenção Pré-Natal e sua importância**

O período de gestação é um momento singular na vida da mulher quando seu passado é revisitado e o futuro redesenhado. Esse é um momento repleto de oportunidades de interação dos serviços de saúde com sua clientela, possibilitando uma atuação dentro da perspectiva de promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção e a identificação e tratamento de problemas tanto da gestante, como de seu futuro filho. A assistência pré-natal é a resposta organizada dos serviços de saúde para esse acompanhamento da mulher e seu filho.

A assistência pré-natal é a observação adequada e o acompanhamento da mulher durante o período gestacional que se estende desde a concepção, até o início de trabalho de parto. Para que esta atividade seja benéfica para a gestante deve ser iniciada imediatamente após a suspeição da gravidez pois, embora esta seja um processo fisiológico normal, expõe o organismo feminino aos limites do patológico, em decorrência das alterações fisiológicas, psicológicas e sociais (Greenhill & Friedman, 1976; Ziegel & Cranley, 1980; FEBRASGO, 2001).

A saúde da mulher e da criança tem sido motivo de preocupação em todo o mundo, resultando na construção e implementação de programas de atenção de diferentes abrangências ao longo dos anos.

Um dos primeiros registros históricos de política nacional voltada para a atenção à saúde materno infantil, ocorreu em 1937 com a edição da Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que criou o Departamento Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Neste departamento foi criada a divisão do Amparo à Maternidade e à Infância e o Instituto Nacional de Puericultura. Essa Divisão tinha como objetivo, realizar estudos, inquéritos e pesquisas sobre os problemas relativos à maternidade e à saúde da criança. Em 1940 a Divisão foi extinta e em seu lugar foi criado o Departamento

Nacional da Criança que tinha entre suas ações: coordenar as atividades no país relativas à proteção, à maternidade, à infância, à adolescência, em relação à saúde, à alegria de viver, à preservação moral, etc. Esse Departamento foi extinto em 1966/67, tendo sido criada a Coordenação Nacional Materno Infantil (De Seta, 1997).

O primeiro programa de atenção à saúde da mulher no Brasil, foi instituído em 1974 com nome de Iº Programa de Atenção Materno-Infantil. Em 1977 foi instituído o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco. Ambos tinham um enfoque sobre a saúde materno-infantil com ênfase no pressuposto que a mulher devia se adequar ao princípio “*mãe saudável, de filho igualmente saudável*” e também o foco sobre o “*risco gravídico*”.(D’Oliveira & Senna, 1996).

Em 1983 foi elaborado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a constituir o modelo assistencial tido como capaz de atender às necessidades globais de saúde da mulher. O programa incorpora além da já tradicional assistência pré-natal, parto e puerpério, a resposta organizada dos serviços de saúde à anticoncepção, esterilidade, detecção precoce do câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério, realçando a necessidade de considerar as dimensões psicológicas e sociais, bem como a promoção de práticas educativas nessa atenção.(D’Oliveira & Senna,1996).

Em 1986 a assistência pré-natal é normatizada através do Manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, que está em sua 3ª edição, após revisão técnica em 2000. Nessa última revisão, a assistência pré-natal de baixo risco foi incluída na Estratégia da Saúde da Família, fazendo parte dos serviços a serem oferecidos nas unidades básicas de saúde do PSF, como uma das atividades passíveis de serem realizadas pela equipe de saúde da família, na atenção à gestante (Brasil, 2000). Em relação à gestação de alto risco, em 1998, o Ministério da Saúde criou mecanismos de apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, com o propósito de garantir a atenção adequada e estimular e apoiar a organização e/ou consolidação de Sistemas de Referência na área hospitalar em todo o país.

No ano de 2002 foi instituído, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento com objetivo principal de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (Brasil, 2002).

O principal objetivo da assistência pré-natal é preservar a vida materna e do conceito porém, dois eventos estão intimamente ligados a este tipo de atenção: a morte materna e a morte perinatal. A morte materna é um forte indicador de condições adversas que se abatem sobre a mulher como a situação socioeconômica, assistência médica, a qualidade do atendimento prestado ao pré-natal, parto e puerpério, a disponibilidade e acesso a maternidades, a infra-estrutura de suporte à vida como bancos de sangue, enfim um elenco de problemas que podem transformar um momento especial da vida da mulher em uma tragédia (Brasil, 2001).

Os programas de atenção materno-infantil, têm sido decorrentes da necessidade, reconhecida pela sociedade em reduzir, dentre outros problemas, as taxas de mortalidade tanto infantil como materna. Esses indicadores retratam a realidade social de um país e são passíveis de melhoria a partir de políticas públicas.(BRASIL, 2000)

No Brasil, a proporção de óbitos em menores de um ano vem declinando quando, em 1980, representava 24,2% de todos os óbitos, em 1995, passou para 9,1%. A taxa de mortalidade infantil estimada que em 1980 foi de 73,0 por 1.000 nascidos vivos, reduziu-se para 40,0 em 1994 (Mello Jorge & Gotlieb, 2000) e 36,1 em 1998 (DATASUS,2002). Esses dados mostram uma tendência de redução embora a taxa de mortalidade ainda seja muito elevada se comparada com a de outros países como Japão, que apresentou uma taxa de mortalidade de 4,2/1.000 nascidos vivos, Estados Unidos da América, com 6,2 e França com 6,5 no ano de 1995 (WHO *apud* Schramm & Szwarcwald, 2000).

Essa redução na taxa de mortalidade infantil se deve principalmente à redução dos óbitos no seu componente pós-neonatal e com pouca contribuição do período neonatal (Schramm & Szwarcwald 2000). Em 1997, a taxa de mortalidade neonatal foi estimada em 22,4 e em 1999 em 20,1 sendo o período neonatal precoce responsável pela maior parcela dessa taxa, tendo sido estimada em 17,7 para 1997 e 16,0 para 1999 (DATASUS, 2003).

Mello Jorge & Gotlieb, (2000) verificaram que a mortalidade no período neonatal no triênio 1979-1981 compreendeu 43% do total de óbitos na faixa de menores de 1 ano e no triênio de 1993-1995 foi de 52,9% sendo o período neonatal precoce, o responsável por essa elevação.

Utilizando as informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Sistema de Informações de Nascidos Vivos, verificou-se que em Manaus, para o ano de 2001, a taxa de mortalidade neonatal foi de 16,47 por 1000 nascidos vivos (SEMSA, 2002). Este indicador para o ano de 2001 pode ter sido influenciado pela subnotificação de casos de morte neonatal.

A mortalidade neonatal (principalmente a neonatal precoce que vai de 0 a 7 dias de nascido), apresenta maior susceptibilidade à atenção prestada à gestante no período pré-natal e à assistência ao parto e portanto, sensíveis a políticas de saúde que propiciem uma maior oferta e acesso a serviços de saúde de boa qualidade para essa parcela da população.

A Organização Mundial de Saúde (2000) define a morte materna como aquela que ocorre durante o período gestacional e após o período de 42 dias após o desfecho da gravidez, não considerando a duração, localização da gestação, por qualquer causa que seja atribuída ou agravada por ela, ou por procedimentos executados referentes a ela. Segundo essa mesma organização, cerca de 20% das mortes maternas são resultantes de condições preexistentes que são exacerbadas na gestação ou do resultado da atenção à gestação (OMS, 2000)

Segundo Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara Federal de Deputados (2001) *“A morte materna é sim, um fenômeno de exceção que reflete de modo extremamente doloroso a desorganização e a má qualidade da assistência prestada à saúde da mulher em uma fase crucial e delicada de sua vida. Ela é ainda mais cruel e delicada na medida em que significa um desperdício de vidas”*. A Organização Mundial de Saúde considera que 90 % das mortes maternas poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem melhor atenção pré-natal e obstétrica (OMS *apud* Brasil, 2001).

Em estudo realizado por Mello Jorge & Gotlieb (2000) foi verificada que a taxa de Mortalidade Materna no Brasil foi de 68 por 100.000 nascidos vivos no período de 1993/1995. Em 1999, a taxa de mortalidade materna foi de 55,77 por 100.000 nascidos vivos (DATASUS, 2003).

Estudo realizado por Maluf (1996) utilizando-se de dados do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna de Curitiba/PR sobre 25 óbitos maternos ocorridos no ano de 1994 naquela cidade, revelou que 88% das mortes maternas poderiam ter sido evitadas por medidas de melhor assistência e 4% por ações educativas.

Utilizando as informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Sistema de Informações de Nascidos Vivos, verificou-se que em Manaus, para o ano de 2001, a taxa de mortalidade materna foi de 34,9 por 100.000 nascidos vivos (SEMSA, 2002). Esta taxa possivelmente está influenciada pela subnotificação de casos de morte materna causada principalmente pelo inadequado preenchimento da Declaração de Óbito.

• Políticas de atenção à saúde

Um novo paradigma de cuidado a saúde começou a ser estabelecido a partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária, promovida pela OMS e UNICEF, realizada em Alma Ata em 1978. Esta Conferência buscou responder a crise de atenção à saúde, por ser extremamente dependente de fatores como a alta tecnologia, a exacerbada medicalização, a transição demográfica e a mudança do perfil epidemiológico conflitando com altos custos e pouca efetividade e que afetavam principalmente os países periféricos (Buss *et al*, 2000).

A Declaração de Alma Ata formalizou a proposta de “Saúde para todos até o ano 2000” e a estratégia de Atenção Primária em Saúde. Dois eventos contribuíram para o nascimento do modelo em questão, o primeiro foi a abordagem médica realizada pelos chineses desde 1965 que inclui no seu escopo de ação, a participação e a organização da comunidade local, o cuidado à saúde ambiental, o estímulo e a realização de cuidados preventivos à saúde, a promoção de campanhas de saúde visando o saneamento básico, a manutenção e uso da água potável, as orientações sobre atos higiênicos, etc. Estas atividades eram executadas pelos Comitês Comunitários com a participação de diversos setores da sociedade, orientados por profissionais de saúde conhecidos como “médicos descalços” (Brasil, 2002; Buss *et al*, 2000). O

segundo, foi o Relatório Lalonde (1974) do Canadá, que utilizou pela primeira vez a expressão “promoção à saúde” que questiona e sugere que o processo saúde-doença-cuidado passe a ser focalizado a partir de quatro dimensões explicativas (biologia humana, estilos de vida, ambiente e serviços de saúde) que salvo melhor juízo, são os determinantes da saúde.

O mote da Declaração de Alma Ata para os Cuidados Primários em Saúde é o reconhecimento do que Buss (2002) coloca muito bem, de que saúde não é uma conquista nem uma responsabilidade exclusiva do setor saúde e sim o *“resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em cada sociedade em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis”* e que se fazia necessário um modelo de atenção que primasse pela equidade dos serviços, na integralidade da atenção, com a priorização das ações básicas de saúde e ênfase na promoção e prevenção e seus determinantes. Estas idéias foram incorporadas pelo Movimento Sanitário do Brasil e certamente foram subsídios para as várias conquistas materializadas e em construção no âmbito do SUS.

Em 1986 é realizada em Ottawa a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde e, a partir dela, a promoção à saúde é definida como um processo de capacitação da comunidade para atuação nos fatores que trarão melhorias para sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A Carta de Ottawa estabelece 5 pontos de ação: elaboração e aplicação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; reforço na ação comunitária; desenvolvimento de hábitos e atitudes saudáveis e a reorientação dos serviços de saúde. Estes pontos democratizam a responsabilidade da promoção a saúde por parte dos serviços de saúde entre as pessoas, as comunidades, os profissionais de saúde, as instituições e os governos.

As Conferências de Adelaide em 1988 e Sundsvall em 1991(Brasil, 2002) contribuíram para fortalecer os conceitos e aspectos políticos da promoção em saúde. O tema da conferência de Adelaide – Políticas Públicas Saudáveis – prioriza como um de seus campos de atuação o apoio às mulheres por considerá-las como as principais promotoras de saúde em todo o mundo, na maioria das vezes voluntariamente e sem remuneração, através de

políticas que incluam a igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade; práticas de parto considerando as preferências e necessidades das mulheres e apoio a mulher trabalhadora: creches, licença-maternidade, etc. A Carta de Sundsvall reconhece a necessidade de se utilizar a capacidade e o conhecimento feminino em todos os setores, para que se possa desenvolver condições estruturais propícias aos ambientes favoráveis à saúde e também reforça a capacitação das comunidades e das pessoas para que elas se apoderem de maior controle seu corpo (sua saúde) e sua morada (seu ambiente) através de processos educativos e maior participação política nas tomadas de decisão.

A Conferência de Bogotá em 1992, de cunho mais regional tratou da promoção da saúde na América Latina, buscando a implementação deste modelo nos países signatários. A IV Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde em Jacarta, 1997, com tema central sobre a promoção à “promoção à saúde” no século XXI enfatiza a inclusão do setor privado no apoio à promoção à saúde e 5ª Conferência sobre Promoção à Saúde recomenda a priorização da inserção da promoção à saúde em políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais. (Brasil, 2002).

• Políticas de Saúde no Brasil

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 deu suporte para as conquistas de direitos importantes sacramentados na Constituição Brasileira de 1988, especialmente o Artigo 196 que assegura que “*saúde é direito de todos e dever do estado*”, quando as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde passaram a ser da responsabilidade do Estado.

Para efetivar de forma plena este direito foram promulgadas, em 1990, as Leis Orgânicas da Saúde (n.º 8.080 e n.º 8.142) que regulamentaram o Sistema Único de Saúde - (SUS), tendo estabelecido as diretrizes político-administrativas dos diversos níveis do governo, para a descentralização de ações e serviços de saúde, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, assim como a participação da comunidade(Campos, 1998).

Para consolidar e regular as propostas do SUS, foram editadas, pelo Ministério da Saúde, as Portarias denominadas Normas Operacionais Básicas– (NOB), que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (Levcovitz *et al*, 2001). A NOB SUS 01/91 apresenta-se principalmente como apoio à descentralização e apoio ao poder municipal, do mesmo modo, a sua substituta NOB SUS 01/92. Em 1993 foi editada a NOB SUS 01/93 cuja finalidade principal foi a regulação da transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. A NOB SUS 01/96 teve como objetivo primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios. Um dos principais objetivos desta última NOB foi o de: *“reorganizar o modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da Atenção Básica de saúde e estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, provendo o cadastramento e adscrição da clientela”*- isto propiciou incentivo para ampliação de cobertura dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.(Campos, 1998).

Em 2001 é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01, que trata principalmente da regionalização da assistência à saúde como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca de maior equidade.(Brasil, 2001).

• Programa de Saúde da Família no Brasil

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge como resposta à crise estrutural no setor público de saúde, marcado pela fragilidade dos resultados da gestão de políticas públicas de saúde, o que gerou um vácuo entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos associados a este setor. As conquistas do Sistema Único de Saúde têm sido implementadas ou não, por vários projetos e estratégias como por exemplo, a criação de distritos sanitários e os sistemas locais de

saúde. Essas estratégias apresentam progressos e retrocessos sendo, seus resultados, pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, principalmente por não gerarem mudanças significativas no modelo assistencial. (Brasil, 1997).

O Programa Saúde da Família é considerado pelo Ministério da Saúde uma estratégia de mudanças do paradigma assistencial de saúde vigente, marcadamente caracterizado pelo atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, centrado em hospitais, sem redes hierarquizadas por complexidade. O resultado disso é que a equipe de saúde não cria vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade. A proposta é reorientar o citado modelo de atenção e impor uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, a partir de uma equipe de saúde da família que trabalhe com as idéias centrais de territorialização, setorização, adscrição da clientela, cadastramento dos usuários e acompanhamento da população da área. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua da atenção entendida a partir do ambiente onde vive (Brasil, 1997).

Como estratégia, o PSF pretende viabilizar em muitos aspectos, a materialização dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde , participação comunitária e controle social.

O PSF se estabelece como espaço fundamental para a implantação e implementação das ações de promoção da saúde, com ações direcionadas à mudança de hábitos e atitudes das pessoas, nos seus estilos de vida, localizando-as no ambiente familiar e cultural da comunidade onde vivem. Nesta situação, as ações de promoção à saúde direcionam-se para a educação em saúde, principalmente relacionadas a comportamentos de risco passíveis de serem modificados e que se espera que pelo menos parcialmente, esteja sob controle das próprias pessoas como por exemplo: hábitos de higiene e de alimentação, atividades físicas, conduta sexual, etc.(Buss, 2002).

Em 1987 foi criado no Estado do Ceará o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS como projeto emergencial de “ frente de trabalho” para o enfrentamento da seca. Este programa, recrutou e treinou, em duas semanas, agentes, principalmente mulheres, para realizarem ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense. Em 1988 o PACS sai

da situação de programa emergencial e passa a ser implementado em 45 municípios do interior do Estado do Ceará, sendo cada Agente Comunitário de Saúde, responsável por 50 a 100 famílias na área rural e por 150 a 250 famílias nas áreas urbanas (Silva & Damaso *apud* MS, 2002)

Em 1991, o Ministério da Saúde propôs o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, vinculado à Fundação Nacional de Saúde, com o objetivo principal de contribuir para a redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna (Brasil, 2002).

O Programa de Saúde da Família no Brasil foi concebido pelo Ministério da Saúde e vinculado à Fundação Nacional de Saúde em 1994. Anteriormente ao desenho do programa no nível federal, programa semelhante já havia sido implantado em alguns municípios, como em Niterói – RJ em 1991 e Itacarambi – MG em 1993. Desde sua criação, o PSF tem sido uma das prioridades do governo federal e de alguns governos estaduais e municipais, como estratégia de reorganização dos serviços de saúde (Franco & Merhy, 1999).

Em 1995 a gestão do PACS e do PSF foi transferida da FUNASA para Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), onde permaneceram até meados de 1999 quando foram remanejados para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS, 2002).

Em 1996 o PSF passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS).

Em 1998 foi estruturado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para acompanhar a implementação e monitoramento dos resultados do PSF, utilizando *“indicadores e marcadores de acompanhamento que possibilitam avaliar a produção e o desempenho das equipes, observando as prioridades de intervenção”*. (BRASIL, 2002)

Em 2000, o PSF existia em 3.090 municípios brasileiros com 10.473 Equipes de Saúde da família, contando com o trabalho de 145.299 agentes comunitários de saúde, com uma cobertura de 22% da população brasileira (Sousa et al, *apud* BRASIL, 2002).

A Equipe de Saúde da Família é formada na maioria das vezes por um profissional médico, um profissional enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. No anexo 1 encontra-se a

descrição das atribuições de toda a equipe de saúde da família publicadas pelo Ministério da Saúde (1997).

Dentro do Programa de Saúde da Família, as atribuições de cada membro da equipe, na assistência ao pré-natal foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde (2000) sendo elas:

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE :

- *Realiza visitas domiciliares identificando as gestantes e desenvolvendo atividade de educação da gestante e de seus familiares, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários.*
- *Deve encaminhar a gestante ao serviço de saúde, ou avisar ao enfermeiro ou ao médico de sua equipe, caso presente : febre, calafrio, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas freqüentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.*
- *Orienta sobre a periodicidade das consultas, identifica situações de risco e encaminha para diagnóstico e tratamento.*
- *Realiza a captação precoce de gestante para a 1ª consulta e para as consultas subseqüentes.*
- *Realiza visitas no período puerperal, acompanha o processo de aleitamento, orienta a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.*

AUXILIAR DE ENFERMAGEM :

- *Orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal e da amamentação;*
- *Verifica o peso e a pressão arterial e anota os dados no Cartão da Gestante*
- *Fornece medicação mediante receita médica ou medicamentos padronizados para o programa;*
- *Aplica vacina antitetânica;*
- *Realiza atividades educativas;*

ENFERMEIRO(A)

- *Orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, etc;*
- *Realiza consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com o médico*
- *Encaminha gestantes, identificadas como de risco, para o médico;*
- *Participa de grupos de gestante, grupos de sala de espera, etc;*
- *Fornece o Cartão de Gestante, devidamente atualizado em cada consulta;*

MÉDICO(A)

- *Realiza consulta de pré-natal, intercalando com o enfermeiro;*
- *Solicita exames e orienta tratamento conforme as Normas Técnicas e operacionais;*
- *Orienta as gestantes quanto aos fatores de risco;*
- *Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;*
- *Realiza coleta de exame citopatológico;*
- *Fornece o Cartão de Gestante devidamente atualizado a cada consulta;*
- *Participa de grupos de gestantes e realiza visita domiciliar quando for o caso;*
- *Atende as intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência quando necessário.*

• Programa de Saúde da Família em Manaus - AM

O projeto de implantação do Programa Saúde da Família – PSF, foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Manaus sob Resolução n.º 016/98, de 4 de maio de 1998 e publicado no Diário Oficial do Município de Manaus n.º 021, de 3 de maio de 2000 e regulamentado pelo Decreto n.º 4.934, de 4 de abril de 2000, publicado no Diário Oficial da União n.º 62, de 30 de junho de 2000. Apesar do PSF ter sido aprovado em 1998, este não foi implantado plenamente em Manaus, embora recebendo os recursos advindos do governo federal. (SEMSA, 2002)

Por decisão da Prefeitura Municipal de Manaus, foi implantado, em 1999, o Programa Médico da Família, baseado no Programa de Cuba e de Niterói (RJ). Essa foi uma prioridade política da administração da Prefeitura de Manaus, como uma estratégia para reorganização das ações de atenção básica em saúde e conseqüentemente, a viabilização dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS. Esse Programa não recebeu recursos federais até abril de 2001 quando, através da portaria GM/MS n.º 484, de 6 de abril de 2001, publicado no D.O.U. de 10 de abril de 2001, o município de Manaus foi qualificado a receber incentivos financeiros reconhecendo o Programa Médico da Família como projeto similar ao PSF do Ministério da Saúde. (SEMSA, 2002)

Enquanto um programa similar ao PSF, o município de Manaus não recebia todo o aporte financeiro destinado a Programas de Saúde da Família, por não cumprir a exigência do Ministério da Saúde, de ter o enfermeiro

incluído nas equipes. Somente após o cumprimento dessa exigência que, a partir de 1º de agosto de 2001, a prefeitura foi qualificada a receber todos os incentivos financeiros previstos para um Programa de Saúde da Família, através da portaria GM/MS n.º 1535, de 4 de setembro de 2001, que revogou a portaria GM/MS n.º 484 de 06 de abril de 2001(SEMSA, 2002).

A utilização do nome “Programa Médico da Família”, foi aprovada pela Lei n.º 531, de 3 de maio de 2000, publicada no D.O.M n º 021, de 3 de maio de 2000 e regulamentada pelo Decreto n.º 4.934, de 4 de abril de 2000, publicado no D. O. U. n.º 62, de 30 de junho de 2000.(SEMSA, 2002)

O Programa Médico da Família atualmente é constituído por 173(cento e setenta e três) equipes básicas de saúde distribuídas em 164(cento e sessenta e quatro) unidades básicas (casas de saúde, exclusivamente construídas para serem de suporte ao trabalho das Equipes de Saúde da Família – ESF na comunidade) e 4 (quatro) centros de referência instalados em (quatro) zonas geográficas sob a adscrição do PMF. No Quadro 1 encontra-se a distribuição dos recursos humanos do PMF em 2001.(PREFEITURA DE MANAUS,2001)

Quadro 1 - Distribuição de Recursos Humanos do PMF por Zona administrativa de Manaus– AM, 2001

Categoria profissional	Leste	Norte	Oeste	Sul	Total
Médico	60	31	38	49	178
Cirurgião dentista	06	*	13	31	50
Enfermeiro	25	28	36	49	138
Auxiliar de enfermagem	95	57	70	94	316
Agente comunitário de saúde	384	234	265	344	1.227
Total	570	350	422	567	1.909

Fonte: Prefeitura Municipal de Manaus, SMS, 2001

Segundo o Plano de Ação do Programa Médico da Família, revisado em junho de 1999, a delimitação das áreas geográficas a serem adscritas obedeceria aos seguintes critérios:

- 1 - Área considerada de risco, sob o ponto de vista epidemiológico das doenças e dos fatores que os condicionaram;
- 2 - Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- 3 - Condições precárias de saneamento do meio: abastecimento de água, destino do lixo e de dejetos.

Atendidos os critérios, as casas de saúde são construídas com área de 36,8 m², dispendo de um consultório, farmácia básica e sala para inaloterapia e recepção.

Na implantação do programa em 1999 a composição da ESF era constituída de um médico, dois auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde e atualmente cinqüenta equipes contam com cirurgião-dentista e todas as equipes possuem enfermeiros.(PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 1999)

A estruturação orgânica do programa é composta por coordenação geral e quatro coordenadores de áreas geográficas. Possui quatro equipes de supervisão com a seguinte composição : um médico clínico geral, um médico ginecologista, uma enfermeira e uma assistente social.(PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS-PMM, 1999)

A rotina das equipes está baseada no atendimento a grupos prioritários (crianças, grávidas, hipertensos, diabéticos, idosos, etc.) sob a seguinte orientação: os agentes comunitários de saúde realizam o cadastramento das famílias – cada agente é responsável por uma microárea composta por cerca de 150 famílias e diariamente, realizam visitas domiciliares e agendam possíveis atendimentos pelo profissional médico ou enfermeiro. Os auxiliares de enfermagem realizam os procedimentos previstos num serviço de atenção básica isto é: retirada de pontos, administração de medicamentos, etc. na unidade de saúde da família ou no domicílio do paciente. Os médicos e enfermeiros tem sua atuação em consultas médicas ou de enfermagem. Todos os profissionais realizam atividades relacionadas com educação em saúde e participação comunitária (PMM, 1999)

Segundo o Plano de Ação do PMF o objetivo geral é reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, estabelecendo uma nova dinâmica de atuação, ampliando a cobertura de atendimento a setores da população sem acesso aos serviços de saúde e como objetivos específicos:

- *Prestar assistência integral e contínua às necessidades de saúde da população, com resolutividade e qualidade;*
- *Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;*
- *Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e a população;*
- *Proporcionar o estabelecimento de parcerias através de desenvolvimento de ação intersetoriais;*
- *Estimular a comunidade para o exercício da cidadania;*
- *Estabelecer processo de seleção e capacitação para o programa;*
- *Implantar um sistema de informação para o programa, que contemple os dados gerados pelos softwares SIGAB, SIAB, SINAN e API;*
- *Promover intercâmbio entre os profissionais que compõem os ESF e os profissionais dos UBS;*
- *Possibilitar a participação da comunidade no processo da discussão, preparação e implantação das “casas de saúde”;*
- *Estabelecer mecanismo administrativo para a funcionalidade do programa.*

- **Município de Manaus: Caracterização e dados de cobertura do PMF.**

O município de Manaus abriga a capital do estado do Amazonas, localiza-se à margem esquerda do rio Negro, possui uma área terrestre de 14.377 km, situa-se na mesorregião Manaus e microrregião homogênea do médio Amazonas. (PMM, 2001)

O município de Manaus possui uma população de 1.405.835 habitantes (Censo 2000/IBGE) e o PMF tem sob a sua adscrição 663.196 pessoas cadastradas correspondendo a uma toda cobertura de 47%. O número de

famílias cadastradas corresponde a 158.190 com uma média de 4,1 pessoas por família. Desta população a maior contingente populacional situa-se na faixa etária de 20 a 39 anos para ambos os sexos e nas faixas de 15 anos e mais, há maior percentual do sexo feminino.

A taxa de cobertura do PMF por zona geográfica corresponde respectivamente a 61,2% na Zona Leste, 41,8% na Zona Norte, 44,6% na Zona Oeste e 39,6% na Zona Sul. A composição populacional por zona geográfica é respectivamente: Zona Leste: 353.673 habitantes; Zona Norte: 269.421; Zona Sul: 415.010; e Zona Oeste: 354.344 moradores (IBGE, 2000)

• **Perfil socioeconômico, sanitário e ambiental de Manaus.**

A partir das fichas de cadastro das famílias, (SIAB/PMF, 2001) têm-se: em relação às condições de moradia, a maioria das famílias em todas as zonas, habita casas de alvenaria (44,2%) e de madeira (42,8%); o abastecimento de água provém da rede pública (66,8%) ou de poço/nascente (28,4%). Para o consumo de água a maioria não utiliza qualquer tipo de tratamento (64,1%), embora em pequeno percentual referiu o uso de filtro com velas de barro (18,6%) ou cloração da água para beber (12,2%). O destino do lixo é principalmente a coleta pública (84,7%). Os dejetos têm como destino final principalmente as fossas (49%) e percentual significativo de famílias destinam seus dejetos a céu aberto.

As 5 (cinco) principais morbidades referidas pela população cadastrada foram: alcoolismo: 36,4%; hipertensão: 28,7%; gestação: 18%; diabetes: 11,2%; deficiências físicas ou mental: 1,2% (SIAB/PMF, 2001).

No Quadro 2 está um resumo de atividades realizado pela equipes de saúde do PMF no ano de 2001.

Quadro 2 - Distribuição das Atividades da Equipe de Saúde da Família do PMF por Zonas administrativas de Manaus/AM, 2001

Atividades realizadas	Zonas geográficas de Manaus, 2001				
	Leste	Norte	Oeste	Sul	Total
Consultas Médicas	82.447	127.433	157.265	123.608	490.753
Encaminhamentos	2.035	2.839	3.164	2.176	10.214
Exames Solicitados	9.569	14.871	21.495	10.364	56.299
Visitas domiciliares	399.051	525.531	592.273	448.453	1.905.308
Atendimento a grupos e morbididades específicas*	24.600	44.328	61.932	32.853	163.712
Total	517.702	715.002	836.129	617.454	2.686,287

Fonte: SIAB/PMF, 2001

* Malária, Hanseníase, Diabetes, Alcoolismo, Hipertensão arterial.

O município de Manaus está dividido em seis zonas geográficas mas, por ser a Zona Leste, área em que esse estudo se deterá, passaremos a descrevê-la. A Zona Leste é uma zona que surgiu como área de expansão/ocupação do espaço urbano ocorrida em Manaus a partir da implantação da Zona Franca de Manaus, no início da década de 70, geralmente de forma desorganizada, devido ao intenso fluxo migratório interno e externo - este mesmo após ter diminuído a oferta de trabalho no Distrito Industrial da Zona Franca e principalmente nos últimos cinco anos continua em menor intensidade, mas ainda favorecendo a ocupação de áreas verdes pertencentes à área de expansão do Distrito Industrial. A Zona Leste é constituída pelos bairros Armando Mendes, Colônia Antônio Aleixo, Coroado (loteamento Oswaldo Cruz, Conjuntos Residenciais: Luíza Maria, João Bosco, Acariquara, Ouro Negro e loteamento Carijó), Jorge Teixeira (loteamentos Jorge Teixeira I, II, III e IV, Conjunto Residencial José Carlos Mestrinho, invasão Nova Floresta, Conjunto Residencial Arthur Virgílio Filho, invasão João Paulo II, Monte Sião, Valparaíso) Mauzinho, Puraquequara, São José (loteamentos I, II, III e IV, Parque São Cristóvão, Conjunto Residencial Castanheiras, Colina do Aleixo e São José dos Campos), Tancredo Neves, Zumbi dos Palmares, Cidade de Deus, Alfredo Nascimento e Grande Vitória. (SEMSA, 2002)

Em relação à cobertura de serviços de saúde, a Zona Leste possui um Pronto Socorro com 120 leitos para atendimento de urgência e emergência de média e à alta complexidade, 2 hospitais com 60 leitos, 1 Pronto Socorro Infantil, 2 Centros de Atenção Integrada à Criança, 1 Serviço de Pronto Atendimento, 11 Centros de Saúde e 55 Casas de Saúde da Família. Em termos de cobertura do Programa Médico da Família, estão cadastradas 227.994 pessoas distribuídas em 54.210 famílias que em relação à população total da Zona Leste (353.673) nos dá uma cobertura de 64%.

A Zona Oeste de Manaus é formada pelos bairros São Jorge, Compensa, Redenção, Alvorada, Bairro da Paz, Santo Antônio, Planalto e Ponta Negra. Em 2000 possuía uma população de 354.344 habitantes, dos quais 159.404 eram adscritos ao Programa Médico da Família, 45% da população total. Cerca de 52% da população adscrita é do sexo feminino, contra 48% do sexo masculino. Das 36.423 famílias cadastradas no Programa Médico da Família, 57% moram em casas de alvenaria, seguida de 38% que habitam casas feitas de madeira; 91% das residências é servida por energia elétrica; 95% é abastecida de água pela rede pública de abastecimento de água; somente 36% dispõe de rede de esgoto, com 92% dos domicílios destinando suas águas servidas nos igarapés, vias públicas e quintais. Cerca de 64% da população adscrita não possui renda formal e 56% possui o Ensino Fundamental incompleto. Possui na rede de saúde: 2 hospitais de referência, 1 maternidade, 1 pronto socorro infantil, 23 unidades básicas de saúde e 37 unidades de saúde da família do PMF. (PREFEITURA DE MANAUS, 2001; IBGE, 2000)

A Zona Norte de Manaus é uma área de expansão da cidade de Manaus caracterizada pela construção de conjuntos habitacionais populares, que constituem o bairro Cidade Nova, em tornos dos quais surgiram inúmeros bairros oriundos principalmente de áreas invadidas pela população como Novo Israel, Colônia Santo Antonio, Pantanal, Santa Etelvina, Parque das Nações, Monte Sinai, Monte das Oliveiras e Parque das Laranjeiras, este último constituído por várias áreas de loteamento legalizado. Segundo dados do IBGE em 2000 a população da Zona Norte era constituída por 269.421 pessoas, das quais 121.458 foram cadastradas pelo PMF, cerca de 45% da população, sendo 51% do sexo feminino. As 29.676 famílias adscritas ao PMF vivem em sua maioria em casas construídas de madeira, 50%, contra 44 de alvenaria;

66% das casas possuem energia elétrica legalizada e apenas 34% das residências é servida por água proveniente da rede pública de abastecimento; apenas 8% dos domicílios destinam suas águas servidas em fossas contra 92% que as lançam nas ruas, quintais e igarapés. Em torno de 69.943 pessoas são maiores de 14 anos e alfabetizados e 67% afirmam não possuir renda formal. Possui na rede pública de saúde: 1 hospital universitário, 1 maternidade, 11 unidades básicas de saúde e 30 unidades de saúde da família (PREFEITURA DE MANAUS,2001; IBGE,2000)

A Zona Sul de Manaus corresponde à área mais antiga de Manaus e possui cerca de 415.010 moradores dos quais 164.344 foram cadastrados em 2001 no PMF, cerca 39% da população total. É formada pelos bairros Centro, São Raimundo, Santa Luzia, Educandos, Petrópolis, São Francisco, São Lázaro, Nossa Senhora das Graças, Cachoeirinha, Japiim, Morro da Liberdade, Mauzinho, Adrianópolis, Parque 10, Raiz, Betânia, Aleixo, Coroado, São Geraldo, Presidente Vargas, Aparecida e Colônia Oliveira Machado. A rede pública de serviços de saúde constitui-se de entre outros estabelecimentos: 2 hospitais universitários, 3 hospitais gerais, o maior pronto-socorro da cidade de Manaus, três maternidades, 27 unidades básicas de saúde e 49 unidades de saúde da família do PMF.(PREFEITURA DE MANAUS ; IBGE,2000)

As unidades de saúde da família A e B se localizam na Zona Leste de Manaus e USF- C situa-se na Zona Oeste de Manaus e USF-D se localiza na Zona Sul de Manaus. No ano de 2001 segundo dados constantes do SIAB as quatro unidades realizaram 1.169 consultas de pré-natal, sendo 532 realizadas pela USF-A , 314 pela USF- B; 251 pela USF-C e 72 realizadas pela USF-D.(SEMSA,2001)

- **A avaliação de qualidade em Saúde**

A abordagem da Qualidade revela uma discussão sobre o tema que pode conter contribuições de diversos campos do conhecimento para tentar defini-la, como por exemplo: a Filosofia, a Metafísica, a Economia, as Ciências Sociais. Para Nogueira (1994) a aproximação do conceito de qualidade implica

em falar de suas propriedades refere-se também que na raiz de qualquer avaliação de qualidade está uma gama de juízos sobre cada uma dessas propriedades. O mesmo diz Vuori (1991, p.11), quando relata que *“qualidade tem muitas facetas e autores diferentes podem empregar significados distintos para este termo”*, esse mesmo autor frisa que *“quando se fala de qualidade é preciso especificar os aspectos de qualidade, qualidade definida por quem e qualidade definida para quem”*.

A avaliação da qualidade de um serviço de saúde, pode ser abordada por diferentes ângulos como exemplo: para Noronha (1996, p.8) quando se avalia um serviço prestado considerando o ponto de vista do usuário o que prevalece é a falta de conhecimento técnico específico, o conforto e a humanidade no relacionamento com os profissionais .”*as condições de saúde dos pacientes influenciam fortemente a idéia de qualidade. Aqueles em precárias condições tendem a permanecer insatisfeitos tenha ou não sido prestada uma boa assistência do ponto de vista profissional”*. Os médicos tendem a enfatizar os aspectos técnicos da assistência e tendem a examinar o impacto mais sobre o indivíduo do que sobre as populações. A prestação de serviços basicamente seria *“a aplicação da ciência e tecnologia médica, e de outras ciências da saúde, para o cuidado de um problema pessoal de saúde”* (Palmer *apud* Noronha,1996 p.20). Para Donabedian (1984) a definição de qualidade da atenção passa pelo equilíbrio entre benefícios e danos à saúde provocados pela atenção.

Donabedian (1986) define a qualidade através de sete atributos em que esta pode ser reconhecida e julgada: eficácia – definida como a habilidade do cuidado, em condições ideais, de melhorar a saúde: efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A efetividade é a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, na qual os estudos epidemiológicos e clínicos fornecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação. A efetividade da assistência médica implica no desenvolvimento de padrões válidos do ponto de vista técnico, que possam ser comparados aos valores observados nos serviços de saúde estudados (Donabedian, 1980 e 1982).

Vuori (1991) define a qualidade dos serviços de saúde através de oito componentes ou características desejáveis de cuidados que são: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. Este autor trabalha com a idéia de que os serviços de saúde *“primeiro e acima de tudo têm que ser capazes de produzir o efeito desejado (eficácia), a seguir têm que determinar a relação de seu impacto real com seu impacto potencial numa situação ideal (efetividade) e estabelecer a relação entre o impacto real e os custos de produção (eficiência)”*. Este autor relata também que a produção do conhecimento sobre estes três atributos permite que seja tomada a decisão da produção e distribuição de serviços norteados pelas outras características: equidade, acesso, adequação, aceitabilidade.

Em função da priorização inerente das políticas de saúde, a abordagem tradicional e mais específica de qualidade técnico-científica pode ser preterida pelos objetivos mais abrangentes acima citados: *“é melhor oferecer alguns serviços a todos que excelentes serviços a uns poucos”* (Vuori,1991).

Para a Associação Americana de Saúde Pública, a boa assistência médica é definida em quatro dimensões: acessibilidade – composta de acessibilidade pessoal, distribuição adequada dos serviços e adequação quantitativa; qualidade – composta de competência dos profissionais, aceitabilidade pessoal e adequação qualitativa; continuidade – composta de assistência personalizada, assistência sanitária integrada e coordenação dos serviços e eficiência – financiamento eqüitativo, compensações econômicas adequadas e administração eficiente (Associação Médica Americana *apud* Noronha, 1996). Essa Associação entende como qualidade somente o que Vuori (acima), define como qualidade técnico-científica.

Donabedian (1966) propõe três dimensões para análise da qualidade da produção dos serviços de saúde: estrutura, processo e resultado. Para este autor, a estrutura são os constituintes relativamente estáveis do ato de prestar o cuidado ou seja: os instrumentais, os recursos disponíveis, os ambientes físicos e administrativos onde está inserido. Para Vuori (1991) o cerne da abordagem estrutural pressupõe que boa estrutura possibilita um processo adequado para se atingir um resultado favorável.

O processo para Donabedian (1986) deve se pautar em critérios e padrões de boa prática – devidamente validados por estudos experimentais para efetivar o conjunto de atividades que se desenvolvem entre o prestador do cuidado e o paciente. Vuori (1991) afirma que a aplicação do conhecimento correto e atualizado faz com que se obtenha melhor resultado, sendo este o fundamento da abordagem do processo. O processo portanto, deve levar a um desiderato expresso em termos de benefícios à saúde, à restauração da capacidade funcional, ao alívio do sofrimento e à satisfação do usuário.

Quanto à dimensão de resultado Donabedian (1984), indica que este se relaciona com a mudança no estado de saúde, atual ou futuro do paciente, que possa ser atribuída aos cuidados à saúde recebidos previamente. Vuori (1991) coloca que para a abordagem de resultados é fundamental o desenvolvimento de indicadores do nível de saúde e da medida de satisfação do paciente.

Hartz *et al.* (2000) discute a avaliação do processo dos serviços, dentro da avaliação normativa, expandindo os componentes do processo da atenção em três dimensões: a técnica, que diz respeito à adequação dos serviços às demandas, definidas a partir de normas e critérios profissionais; a dimensão inter-relacional que aborda a relação psicossocial entre usuários e produtores de cuidados e a organizacional que se refere à acessibilidade, cobertura, integralidade e continuidade do cuidado.

A avaliação do processo da atenção geralmente é realizada utilizando-se das informações contidas nos registros de atenção ou nos prontuários dos pacientes. Estes devem permitir a reconstrução histórica completa e correta do caso, o suporte à continuidade da assistência ao paciente, a intercomunicação escrita auto-suficiente entre os membros da equipe de assistência, a documentação do caso para fins de assistência, ensino e pesquisa, o controle da qualidade e auditoria dos processos de assistência e a recuperação de todas as informações necessárias para fins éticos e jurídicos (Paz,1996;Travassos *et al*,1999 ;Sabbatini,2003).

Para Baran (2001) a qualidade dos dados registrados representa um ponto crítico que necessita ação contínua de monitoramento e investimento institucional para que a informação fornecida seja mais verdadeira possível e capaz de atender às necessidades de análise, gestão e planejamento, pesquisa clínica, processos legais e outros. Portanto, a avaliação do processo,

utilizando dados dos registros da atenção prestada, vem contribuir para a melhoria da qualidade tanto desses registros como da própria assistência.

Vuori (1991) e Noronha (1996, p.36) apontam alguns problemas acerca da mensuração do processo da atenção que, na maioria das vezes, é realizada através de estudos de casos individuais e baseados em dados de prontuários médicos. Os prontuários médicos podem não representar tudo o que foi feito com o paciente e a avaliação do processo pode ficar comprometida. Muitas vezes os resultados desses estudos não podem ser generalizados. Um outro problema apontado por Noronha (1996) é a necessidade de se ter padrões ideais de processos de atenção que tenham comprovação científica de melhoria da saúde dos pacientes. Dentro desse último aspecto, vale ressaltar que muitos problemas de saúde ainda carecem de consenso acerca de seu tratamento.

Para Guido Osório *et al.* (2002) a revisão de prontuários consiste exclusivamente na comprovação do registro na ficha clínica de acordo com normas estabelecidas e padrões predeterminados, servindo para avaliar a qualidade destes e valorizar a qualidade da atenção, demonstrando que há uma relação direta entre a qualidade dos registros e da atenção prestada.

Thompson e Osborne, 1976 *apud* Starfield (2002) em estudo com base em auditoria de prontuários médicos verificou que os médicos de família anotavam menos critérios de supervisão da saúde do que os pediatras, mas também o fazem ao registrar itens relacionados ao manejo da enfermidade.

No trabalho de Magalhães (2000) citando Steinwachs afirma-se que *“que a qualidade da assistência pode ser julgada como alta quando alguns elementos estão presentes : história do paciente, achados no exame físico que contribuem para o diagnóstico e tratamento específicos, e se esses achados mostram ser eficazes em modificar os resultados para o indivíduo”*.

Para realizar uma avaliação, há necessidade de se especificar o que será avaliado, que medidas serão utilizadas para essa avaliação e qual ou quais serão as referências de qualidade. Donabedian (1981) propõe três conceitos que, inter-relacionados, tornam possível a definição e a mensuração do objeto de avaliação:

a) “critério”, que para o autor trata-se de um componente ou aspecto do cuidado à saúde ou seja, um parâmetro, a partir do qual será julgada a qualidade de um serviço ou atividade. Este parâmetro deve poder ser mensurado e pode pertencer tanto à dimensão da estrutura como do processo e do resultado. São geralmente itens que fazem parte do cuidado à saúde em geral ou para a maioria dos pacientes como um diagnóstico/condição específica.

b) “padrão”, conceituado como a especificação numérica precisa do que constitui um grau aceitável de qualidade sendo expresso em termos de proporções ou taxas padronizadas.

c) “norma” é entendida pelo autor como uma concepção geral do que é considerado “bom” em relação ao indicador, como por exemplo, se a presença de um determinado fator é melhor que sua ausência.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da atenção às gestantes que iniciaram o pré-natal durante o ano de 2001 em quatro casas de saúde do Programa Médico da Família de Manaus – Amazonas.

Objetivos Específicos

- Avaliar a completude dos registros da atenção pré-natal em prontuário
- Analisar alguns indicadores de processo da atenção pré-natal de gestantes acompanhadas, no intuito de verificar a adequação desta atividade em quatro Unidades de Saúde da Família do PMF de Manaus/AM.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo proposto se caracteriza como um estudo de caso, utilizando uma coorte retrospectiva. Segundo definição de Contandriopoulos e col. (1997), se caracteriza como uma avaliação normativa, com apreciação do processo da atenção. Segundo Donabedian (1984), trata-se um estudo da efetividade do processo da atenção pré-natal, onde o autor sugere que sejam estudados itens como : *gestação planejada ou não planejada; razão inicial para buscar atenção; momento em que se iniciou a atenção pré-natal, grau em que é apropriada a fonte de atenção durante o início da gestação ; normas não cumpridas, número de consultas de pré-natal; observação da terapêutica e das modificações recomendadas; percepção de mudanças no estado de saúde, etc.* Essas orientações foram associadas a normas emitidas pelo Ministério de Saúde para a atenção pré-natal.(BRASIL, 2000; BRASIL, 2002)

Foram avaliados os prontuários de gestantes acompanhadas pelo serviço de pré-natal de quatro “Casas de Saúde da Família” integrantes do Programa Médico da Família de Manaus-AM.

Todas os prontuários das gestantes que iniciaram o pré-natal no ano de 2001 foram revisados quanto ao preenchimento de:

- Anamnese
- Exame físico geral
- Exame obstétrico
- Evolução e tratamento
- Exames de laboratório

Para a coleta dos dados a partir dos prontuários das quatro unidades de saúde em estudo foi elaborado um instrumento contendo questões relacionadas com informações que devem constar na primeira e nas consultas subseqüentes de acordo com o Manual de Assistência Pré-natal, do Ministério da Saúde(2000), inserido no anexo IV. Os dados foram devidamente registrados em banco de dados, utilizando-se o programa computacional Access.

Para análise dos dados, confecção de tabelas, quadros e gráficos foram utilizados os *software* SPSS for Windows , Excel e Word.

A análise de completude dos registros nos prontuários foi realizada por cada um dos grandes tópicos listados acima, apresentando a proporção de preenchimento em cada USF, ressaltando os itens que apresentaram menor e maior proporção de preenchimento. Foram também levantadas a legibilidade das anotações no prontuário, das informações numéricas e as descritivas e a anotação de diferentes profissionais da equipe de saúde local. Ao encontrar alguma anotação indicando problema de saúde, foi verificada a anotação do tratamento e realização de exame para confirmação do resultado do tratamento (quando aplicável). A partir dos resultados encontrados, discutiu-se a sua relação com a qualidade da assistência.

Na ausência de anotação de algum dado fundamental para a análise do acompanhamento pré-natal como por exemplo, registro da idade gestacional (IG), esta foi calculada levando em consideração outras informações como data da última menstruação ou outros registros de IG. As consultas foram examinadas quanto a oportunidade ou não de condutas, procedimentos ou exames realizados de acordo com a idade gestacional da mulher.

A Avaliação da efetividade da atenção foi realizada tendo como referência, alguns indicadores de processo, presentes na proposta de avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (Brasil, 2002), com algumas modificações :

- 1– Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês. (gestantes da área adscrita à USF)
- 2 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas e mais de pré-natal;
- 3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis e mais consultas de pré-natal e uma de puerpério;
- 4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis e mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
- 5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis e mais consultas de pré-natal , a consulta de puerpério e todos os exames médicos;

6 – Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;

7 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis e mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

Para estabelecer a adequação do acompanhamento pré-natal nas unidades do PMF em estudo, utilizou-se padrões descritos no trabalho de Silveira *et al.* (2001) onde esta atividade é classificada como adequada, inadequada ou intermediária de acordo com a presença ou não de registros nos prontuários de procedimentos que fazem parte do processo de atendimento rotineiro de pré-natal do PMF.

Silveira *e. al.* (2001) orienta sob três formas:

1. *Combinando-se o número de consultas com a época do início do pré-natal, de acordo com o Índice de Kessner, modificado por Takeda (1993):*

adequado = seis ou mais consultas e início de pré-natal antes de 20 semanas;

inadequado = início de pré-natal após 28 semanas ou menos de três consultas (parâmetro utilizado neste estudo);

intermediário = demais situações.

2. *Acrescentando-se ao Índice de Kessner modificado o número de vezes em que os exames complementares: hemoglobina, sorologia para sífilis e exame comum de urina foram registados juntos, ficando adequação assim definida:*

adequado = seis ou mais consultas, início pré-natal antes de 20 semanas e o mínimo de dois registros de cada um dos três exames;

inadequado = início de pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas (parâmetro utilizado neste estudo) ou nenhum exame registrado;

intermediário = demais situações.

3. *Acrescentando-se ao anterior número de vezes em que os procedimentos da consultas pré-natal (altura uterina, apresentação fetal, batimentos cardíacos, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso) foram registrados.*

adequado = *verificação de 5 ou mais registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso; quatro ou mais registros de BCF e dois ou mais registros de apresentação fetal.*

inadequado = *registro de dois ou menos registros de altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, BCF, edema e peso, sem qualquer registro da apresentação fetal*

intermediário = *demais situações.*

A proposta dessa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública no Parecer n.º 44/93, de 9 de julho de 2003(Anexo V).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

- **perfil das gestantes.**

Foram analisados os prontuários de 111 gestantes que fizeram o pré-natal no ano de 2002, em quatro Unidades de Saúde da Família – USF do Programa Médico de Família do município de Manaus - Amazonas. Duas USF foram da Zona Leste (USF-A e B), uma da Zona Oeste (USF-C) e uma da Zona Sul (USF-D). Na Tabela 1 verifica-se que 85 % das gestantes atendidas apresentaram menos de 30 anos de idade sendo que destas, 32% estiveram na faixa etária de adolescentes. Quase 50% das gestantes atendidas na USF-A foram de adolescentes e todas as unidades de saúde tiveram aproximadamente 80% de seus atendimentos para mulheres jovens, com idade abaixo de 30 anos. Quanto a escolaridade das gestantes, verifica-se que mais da metade tem o nível fundamental de escolaridade sendo este completo ou incompleto. Quase metade das gestantes atendidas com anotação do estado civil são solteiras. As mulheres solteiras somadas às mulheres amasiadas representam 61% da população em estudo. Essa situação pode demandar mais aos profissionais de saúde em termos de visitas domiciliares, maior apoio em termos de orientações para o parto e puerpério.

Quanto ao registro no prontuário, chama a atenção a ausência da informação sobre a escolaridade da gestante em 28 dos 111 prontuários. O endereço e idade das gestantes das quatro unidades de saúde do PMF estão anotados em 100% dos prontuários. Dados relativos à renda e trabalho das gestantes estão ausentes em 100% dos prontuários das quatro unidades.

Essa situação coloca um desafio aos profissionais de saúde que atendem a população da área, pois essas jovens necessitam de atenção especial. No caso de gravidez na adolescência, estas podem apresentar vários problemas como imaturidade fisiológica da gestante, estado nutricional inadequado e relutância em procurar precocemente a assistência pré-natal, além de estarem expostas a maior risco de toxemia, trabalho de parto prematuro, nascimento de concepto com baixo peso e parto cirúrgico (Ziegel & Cranley,1980). Nos prontuários da UFS-A e nas outras três unidades não se

percebe, nas anotações, este tipo de cuidado diferenciado. É nesta faixa que devem ser incrementados com mais ênfase o planejamento familiar e atividades educativas que instrumentalizem as adolescentes na prevenção de problemas tanto na gravidez e parto como após o nascimento da criança. Para Machado *et al* (1994) o pré-natal é um momento privilegiado para a detecção de diversos fatores de risco predisponentes para a ocorrência de maus-tratos infantis como gestação indesejada, desequilíbrio psicológico da gestante, alcoolismo, história de maus-tratos na infância, ambiente familiar desfavorável, aspectos negativos de gestação anterior, agressões contra outros filhos, pouca aderência ao pré-natal e alguns ligados ao puerpério como recusa à amamentação e falta de cuidados adequados com o recém-nascido.

TABELA 1 Perfil das gestantes de acordo com a revisão de prontuários em quatro unidades de saúde da família PMF– Manaus/AM, 2001

Perfil das gestantes	USF-A		USF-B		USF-C		USF-D		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Grau de Instrução									
Analfabeto	1	4	2	7	–	–	–	–	3
Alfabetizados	5	17	–	–	–	–	–	–	5
Ensino Fundamental									
completo	15	57	10	34	6	16	9	57	40
incompleto	–	–	15	52	3	8	1	4	19
Outros	6	22	2	7	5	12	6	39	19
Ignorado	–	–	–	–	25	64	–	–	25
Estado Civil									
Solteira	12	45	8	28	18	46	9	56	47
Casada	4	14	12	42	14	36	6	43	36
Amasiada	6	22	9	30	2	6	1	6	18
Ignorado	5	19	–	–	5	12	–	–	10
Faixa etária									
10-14	2	7	2	6	1	2	–	–	5
15-19	10	37	6	20	12	30	3	18	31
20-29	13	48	15	51	20	51	10	62	58
30-34	–	–	4	13	4	10	–	–	8
35-39	1	3	1	3	–	–	2	12	4
40-49	–	–	–	–	2	5	–	–	2
Ignorado	1	3	1	3	–	–	1	6	3

- **A primeira consulta do pré-natal**

Segundo o Ministério de Saúde (2000) o calendário de atendimento pré-natal deve ser elaborado em função da idade gestacional na 1ª consulta. Além do agendamento das consultas subseqüentes, esse é um momento muito importante tanto para a coleta das informações necessárias ao bom planejamento do seguimento da gestação, classificação do risco gestacional como para ações que promovam a adesão da gestante ao pré-natal. As normas estão contidas no Anexo II.

Na análise da data de abertura dos prontuários verificou-se que 55% das gestantes acompanhadas nas quatro Unidades de Saúde da Família (USF) tiveram seu primeiro contato com a USF anterior à gestação. Portanto, para 45% das gestantes, só foi aberto prontuário por ocasião da primeira consulta de pré-natal. Um dos pilares da atenção do Programa Médico da Família (PMF) é a adscrição da clientela a ser acompanhada, que deve ser efetivada pelo Agente Comunitário de Saúde. Por conseguinte, estas mulheres já deveriam ter sido, pelo menos, cadastradas e ter um prontuário aberto anteriormente à gestação pois, a atenção à saúde da mulher não se resume ao pré-natal. Isto pode estar ocorrendo devido a grande mobilidade da população nas áreas de abrangência das unidades. Uma outra hipótese é a possibilidade de não estar havendo a atualização do cadastro das famílias. Outros problemas podem estar acontecendo como: a abertura de um prontuário exclusivo para atenção pré-natal ou a desorganização do arquivo da USF levando a abertura desnecessária, de um novo prontuário. Essas hipóteses podem ser investigadas ou verificadas pela supervisão do programa.

As informações mais usuais para se definir a idade gestacional e a Data Provável do Parto (DPP) são a Data da Última Menstruação (DUM), a medida da altura uterina a partir da 20ª semana de gestação ou a ultrassonografia obstétrica. A informação sobre a DUM está ausente em 14 prontuários revisados e, sobre a DPP está ausente em 43 prontuários sendo que na USF-A, do total de 27 prontuários, 22 estão sem a anotação da DPP na primeira consulta. Ao checar as informações da DUM e DPP, verificou-se que na maioria dos prontuários, de todas as unidades, estas informações estiveram coerentes.

As normas para a Atenção Básica contidas na NOAS/2001, estipulam que o pré-natal deve ser iniciado no primeiro trimestre de gestação, para que a gestante possa usufruir do acompanhamento completo da gestação. Na tabela 2, das 111 gestantes atendidas nas quatro unidades de saúde, mais da metade (66%) iniciou o seu acompanhamento de pré-natal a partir do segundo ou do terceiro trimestre de gestação, ou seja, com a idade gestacional entre 14 e 40 semanas. A USF-A apresentou a melhor captação de gestantes para início de pré-natal ainda no 1º trimestre de gravidez, com 48%, seguida da USF-B e USF-C ambas com 31%.

Em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas pelas 111 gestantes, verificou-se que somente 35 (32%) delas realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Segundo as Normas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2002), um indicador de processo que avalia a efetividade da assistência pré-natal é o **percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal**. De todas as unidades em estudo, somente 37 (33%) das gestantes cumpriram esse padrão de atendimento. A USF B apresentou o melhor resultado com 48% de suas gestantes. Outro indicador é o **percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação ao número de gestantes atendidas**. A USF-A apresentou a melhor performance tendo 70% da gestantes atendidas, iniciado o pré-natal até o quarto mês de gestação, seguida USF-C com 51%. Menos da metade das gestantes da USF-B (45%) e da USF-D (44%) tiveram sua 1ª consulta até o quarto mês.

Somente 24 gestantes tiveram a consulta de puerpério e destas, 12 gestantes fizeram 5 ou menos consultas de pré-natal. Outro indicador sugerido pelas normas acima citadas é o **percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério**. Verificou-se que somente 11 gestantes, (10%) do total, tiveram seis consultas de pré-natal e uma de puerpério e a USF-C apresentou a maior quantidade, 9 gestantes (23%) em relação às outras unidades. Se os três indicadores acima forem reunidos em um só, isto é, a este indicador for acrescentado o critério de início do pré-natal no 1º trimestre, esse número reduzirá para 7 gestantes ou seja, 6% de todas as gestantes atendidas nas quatro USF. Este indicador sugerido pelo Programa de Humanização da Assistência Pré-Natal do

Ministério da Saúde não define se estas 6 consultas devam ser realizadas consecutivamente no início do pré-natal onde seriam mais benéficas no sentido de identificar, monitorar ou tratar problemas de saúde da gestante e do feto ou, se deveriam ser realizadas mais para o final do acompanhamento, onde seus maiores benefícios são relativos ao parto. Villar *et al* (2000) realizou uma síntese de ensaios clínicos randomizados de programas de cuidados de pré-natal de baixo risco, não encontrando associação entre o número de consultas de pré-natal e resultados desfavoráveis à gestante e aos recém-natos no período perinatal. Essa síntese utilizou resultados de estudos realizados em países desenvolvidos e somente um estudo do continente Africano, não podendo, seus resultados, serem generalizados para o Brasil onde a situação de saúde, utilização, oferta e qualidade dos serviços de saúde são bastante distintas tanto internamente no país como em relação a outros países. Uma das estratégias do Programa Saúde da Família é a reorientação do modelo do atendimento dos serviços de saúde de demanda espontânea para um atendimento centrado na busca ativa de gestantes. Após três anos de funcionamento do Programa Médico da Família não se justifica o não cumprimento destes padrões por parte das unidades de saúde. Uma hipótese possível do que foi verificado é de estar acontecendo o sub-registro ou o não registro de consultas nos prontuários, principalmente de consultas domiciliares. Uma outra hipótese está relacionada ao agendamento e reagendamento de consultas, que podem estar amarradas a regras burocráticas das unidades que dificultem o vínculo entre a gestante e a unidade pois, se uma gestante, por qualquer motivo, não comparecer à consulta marcada e sentir dificuldades por parte da equipe de saúde para a sua remarcação, há grandes chances de abandono do pré-natal. O espaçamento das consultas de pré-natal que de um modo geral, chega a oscilar entre 7 e 120 dias reforça a hipótese de estar ocorrendo falha da assistência no pré-natal do PMF relacionada ao Agente Comunitário de Saúde, já que ele é o responsável pela recondução das gestantes faltosas, e também por parte de outros profissionais da equipe que podem não estar realizando o monitoramento e supervisão adequados. Nos gráficos A, B, C e D do anexo IV, pode-se visualizar a distribuição das consultas de pré natal, de acordo com a idade gestacional das gestantes

atendidas nas quatro unidades de saúde da família, facilitando a visualização da tabela 2.

TABELA 2 - Distribuição de gestantes por nº de consulta e trimestre de gestação em quatro unidades de saúde do PMF, Manaus, 2001*.

USF	nº de consultas de pré-natal	Início do pré-natal				Total gestantes
		1º trimestre	2º trimestre [semanas]		3º trimestre	
		Nº gestantes	14 a 20	21 a 27	Nº gestantes	
USF - A	1	2	1	–	0	3
	2	0	2	2	2	6
	3	1	1	1	0	3
	4	0	1	–	0	1
	5	3(1)	1	–	0	4(1)
	6	3	1	1	0	5
	7	2	1	–	0	3
	8	1	–	0	0	1
	9 ou mais	1	–	0	0	1
Total		13(1)	8	4	2	27(1)
USF - B	1	2	1	1	2	6
	4	1	2	–	3	6
	5	1	1	1	0	3
	6	1	1	1	1	4
	7	0	2	1	0	3
	8	3(1)	–	2(1)	0	5(2)
	9 ou mais	1	1	–	0	2
	Total		9(1)	8	6(1)	6
USF - C	2	3	2(2)	1(1)	1(1)	7(4)
	3	0	2	3(2)	2(1)	7(3)
	4	1	4(3)	4(1)	3(3)	12(7)
	5	1	2(1)	–	0	3(1)
	6	2(2)	2(2)	–	0	4(4)
	7	2(2)	–	–	0	2(2)
	8	2(1)	–	–	0	2(1)
	9 ou mais	1(1)	1(1)	–	0	2(2)
	Total		12(6)	13(9)	8(4)	6(5)
USF - D	1	1	1	1	0	3
	2	0	2	1	2	5
	3	1	–	1	0	2
	4	1	1	–	1	2
	5	2	–	–	1	3
	7	0	1	–	0	1
	Total		4	5	3	4
USF - A, B,C,D		38	34	21	18	111

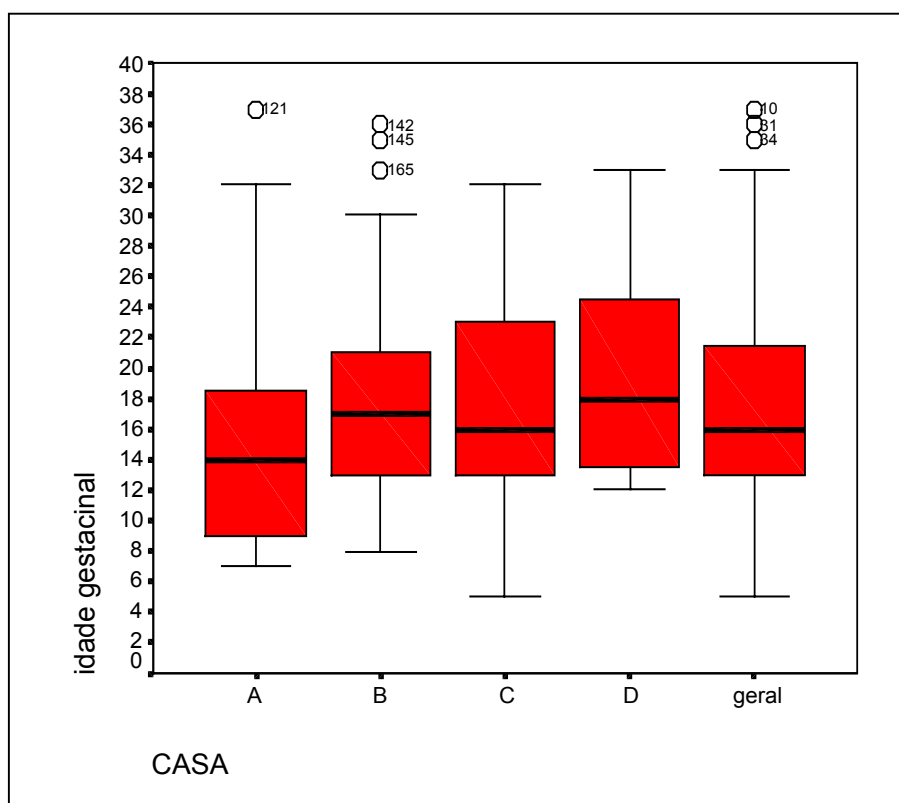
Nota: entre parênteses () estão os números de consultas que foram de puerpério, já contidas na informação principal.

A Figura 1 apresenta a distribuição, em torno da mediana, do registro da idade gestacional em que as gestantes iniciaram o pré-natal. Considerando as 111 gestantes das quatro casas, a mediana da idade gestacional (IG) de início

do pré-natal foi de 16 semanas sendo que 50% das gestantes iniciaram o pré-natal entre 13 e 22 semanas de gravidez. Verifica-se também que houve gestante iniciando o pré-natal com 5 semanas de gravidez e outras já no final desta, com 37 semanas, estas últimas, representadas pelos três casos discrepantes que ficaram fora do intervalo. A USF-A apresentou o menor valor de mediana, 14 semanas com limites registrados para IG inicial entre 7 e 37 semanas porém com 50% das IG,s concentradas entre 9 e 20 semanas, significando que foi unidade que captou gestantes com menor idade gestacional para o acompanhamento pré-natal. A USF-B apresentou uma mediana de 17 semanas com distribuição das IG,s entre os limites de 5 a 36 semanas, com 50% concentradas entre 13 e 22 semanas. A USF-C apresentou uma mediana de 16 semanas, com cerca de 50% das gestantes com IG entre 13 e 23 semanas, com a concentração maior de IG acima da mediana. A USF-D apresentou a maior mediana, 18 semanas e as IG`s distribuídas entre 12 e 33 semanas. As unidades A e B apresentaram uma melhor concentração de idades gestacionais em torno da mediana e a unidade C apresentou o limite inferior mais baixo de IG (5 semanas).

A captação de gestantes com idade gestacional o mais precoce possível é essencial para o planejamento da adequada assistência pré-natal. Esperava-se que as gestantes fossem buscar os serviços de pré-natal mais cedo em sua gestação, do que a maioria dos casos verificados nesse estudo, já que essas quatro USF estudadas fazem parte do Programa Médico da Família. Os resultados apresentados sugerem que possa estar havendo problemas na captação precoce de gestantes para realização do pré-natal. O agente comunitário de saúde (ACS) tem como uma de suas funções o acompanhamento das famílias e a identificação precoce de gestantes. Uma hipótese para essa captação tardia é o acompanhamento inadequado das famílias pelo ACS, que pode ser decorrente de falhas na capacitação dos ACS ou falha no monitoramento do trabalho dos ACS. Podem também estar ocorrendo problemas ligados às gestantes como por exemplo, o desconhecimento da importância do ingresso precoce no pré-natal ou o reflexo de costumes das mulheres na região onde ainda é comum o acompanhamento da gestante por parteiras leigas.

FIGURA 1 - Box Plot da idade gestacional em 1ª consulta de pré-natal de gestantes em quatro unidades do PMF– Manaus, AM, 2001



Os antecedentes de morbidade familiares e pessoais estão anotados em mais da metade dos prontuários das 111 gestantes, com destaque para as USF-B e A que tem entre 93% e 100% de registro dessas informações. A USF-D por outro lado, não apresenta registro dessas informações. Vale ressaltar que a Ficha de Atendimento Perinatal que deve fazer parte do prontuário das gestantes e que facilita e uniformiza o registro destes dados, não está anexada em 18 dos 39 prontuários das mulheres da USF-C e em todos os 16 da USF-D (Tabela 3). A ausência destes dados nos prontuários dificulta o acompanhamento e a tomada de decisões sobre ações e procedimentos preventivos e terapêuticos em relação a doenças crônicas, doenças infecto-contagiosas e mesmo anomalias e malformações genéticas.

Em relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos descritos na tabela 3, a USF-C apresentou uma média 75% de anotação dos principais itens

relativos a este grupo, seguida da USF-B com média de 67%, USF-A com 55% e USF-D com 12%, o que nos dá uma média global de preenchimento de 52% para os 111 prontuários revisados. O procedimento toque vaginal só foi anotado pela USF-B (5 prontuários) e os itens exame especular e uso de contraceptivos está ausente em 100% dos 111 prontuários. A presença destas informações no prontuário da gestante permite principalmente o mapeamento de riscos aos quais a sua gravidez pode estar exposta e a possibilidade de melhorar as orientações e encaminhamentos em cada momento da gestação. A determinação de risco nem sempre é uma tarefa fácil face ao encadeamento de fatores intervenientes, tornando o registro de dados de suma importância.

Dados sobre a sexualidade das 111 gestantes estão ausentes em 100% dos prontuários das quatro unidades de saúde da família do PMF. Essa ausência de registro resulta na ausência de informação sobre início da atividade sexual, desejo sexual, orgasmo, dispaureunia, prática sexual nesta ou em outra gestação anterior e número de parceiros, ficando a dúvida se esse assunto foi abordado ao longo do pré-natal. As consultas de pré-natal são uma oportunidade para se abordar esses assuntos, esclarecer dúvidas, já que a maioria das gestantes são jovens, educar para a saúde e já preparar para o período de puerpério e pós-parto para que seja feito o planejamento familiar. Entretanto, o pré-natal pode estar sendo uma oportunidade perdida pelos serviços de saúde para a educação em saúde na área da sexualidade.

As informações relativas ao exame físico das 111 gestantes registradas em seus respectivos prontuários, nos revelam que itens como anotação de peso e pressão arterial são relativamente bem anotados, destacando-se a USF-A com 96% seguida da USF-C com 92%. Já para o item estatura, a USF-A apresentou registro em somente 5 dos 27 prontuários e a USF-D não teve nenhum registro, ficando o melhor percentual de registro para USF-B com 80% seguida da USF-C com 72%.

Dados relativos a exame especular, toque vaginal e uso de contraceptivo estão ausentes em 100% dos prontuários.

O estado nutricional das gestantes está melhor registrado em 87% (34 gestantes) dos prontuários da USF-C, seguido da USF-B com 55% de registro (16 gestantes). A anotação mais deficiente foi da USF-D quando apenas 4 de seus 16 prontuários tiveram esse registro. Vale ressaltar que dentro do

Programa de combate às carências nutricionais da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, há oferta de complementação alimentar para gestantes desnutridas e, registros relativos a esta prescrição, só estão descritos em 3 prontuários da USF-C.

TABELA 3 – Informações presentes, registradas na 1.^a consulta de pré-natal em quatro USF do PMF – Manaus/AM, 2001.

ÍTEM	A		B		C		D	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - Nome Completo	27	100	29	100	39	100	16	100
2 - Endereço e idade	27	100	29	100	39	100	16	100
3 - Data da 1.^a consulta	27	100	29	100	39	100	16	100
4 - Antecedentes de Morbidade Familiar								
• Hipertensão	26	96	29	100	27	69	–	–
• diabetes	26	96	29	100	26	67	–	–
• doença congênita	25	93	29	100	27	69	–	–
• gemelaridade	25	93	29	100	28	72	–	–
• câncer de mama	25	93	27	93	26	67	–	–
• hanseníase	25	93	29	100	26	67	–	–
• tuberculose	24	89	28	97	26	67	–	–
5 - Antecedentes Mórbidos pessoais								
• hipertensão	25	93	29	100	26	67	–	–
• cardiopatia	25	93	29	100	26	67	–	–
• diabetes	25	93	29	100	26	67	–	–
• doença renal crônica	25	93	29	100	26	67	–	–
• anemia	25	93	29	100	26	67	–	–
• transfusão de sangue	25	93	29	100	26	67	–	–
• doença neuropsiquiátricas	25	93	29	100	26	67	–	–
• virose	25	93	28	97	26	67	–	–
• alergia	25	93	29	100	26	67	–	–
• hanseníase	25	93	29	100	26	67	–	–
• tuberculose	25	93	28	97	26	67	–	–
6 - Antecedentes Gineco Obstétrico								
• Filhos vivos	23	85	25	86	27	69	–	–
• mortos na 1 ^a e 2 ^a semanas	26	96	27	93	37	95	–	–
• abortos	26	96	28	97	26	67	–	–
• Intervalo entre partos	26	96	27	93	37	95	–	–
• Uso de Contraceptivos	–	–	–	–	–	–	–	–
7 - Exame físico geral e Gineco Obstétrico								
• Exame de mama	23	85	24	83	25	64	–	–
• Toque Vaginal	–	–	–	–	–	–	–	–
• Exame Especular	–	–	–	–	–	–	–	–
• Solicitação de Citologia Oncótica	1	3	–	–	–	–	–	–
• DUM	26	96	28	97	37	95	13	81
• DPP	5	19	27	93	21	54	13	81
• Encaminhamento para vacina	25	93	21	72	31	79	14	87
• Estado Nutricional	7	26	16	55	34	–	4	75
• Peso e PA	26	96	26	90	36	92	13	81
• Estatura	5	18	23	79	28	72	–	–
• Idade Gestacional	27	100	27	93	32	82	15	94
• Gestação desejada	4	15	–	–	1	3	–	–
• Altura Uterina	26	96	27	93	37	95	16	100

A solicitação de exames laboratoriais está descrita na tabela 4 onde se percebe que menos da metade dos prontuários contém esta informação, porém para a USF-B a solicitação de exames em 13 prontuários está descrita como “*ex. lab.+ sorologias oferecidas*” e para USF-A em 3 prontuários está anotada como “exames de laboratório”, que não se sabe se os exames foram solicitados e quais foram esses exames. Neste item também consta o registro de 10 gestantes que já trouxeram os resultados dos exames na 1.^a consulta nas USF- B e C .

TABELA 4 - Solicitação de exames laboratoriais na 1ª consulta de pré-natal anotadas em prontuários de quatro unidades do PMF. Manaus/AM, 2001.

Exame na primeira consulta	UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA							
	A (n = 27)		B (n = 29)		C (n = 39)		D (n = 16)	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Hemograma na	12	44	5	17	15	38	7	44
Grupo sanguíneo	11	41	5	17	15	38	6	38
VDRL	11	41	6	21	15	38	7	44
Parcial de urina	12	44	6	21	15	38	6	38
Toxoplasmose	3	11	6	21	14	36	5	31
HIV	12	44	9	31	14	36	7	44
Exame parasitológico	11	41	6	21	14	36	7	44

• Consultas Subseqüentes

Na tabela 2 e nas figuras A, B, C e D do anexo IV pode-se verificar que as gestantes usuárias das quatro unidades de saúde deste estudo, realizaram entre 2 e 9 consultas de pré-natal. O registro da idade gestacional (IG) está presente em 93% das consultas subseqüentes (n = 383). As USF-A e D tiveram um índice de anotação de IG de 97%.

A tabela 5 descreve a freqüência de registros de procedimentos realizados nas consultas subseqüentes. Os procedimentos não dependentes de algum período específico da gestação para sua efetivação como a medida da pressão arterial, peso e pesquisa de edema cuja freqüência de registro esperada, segundo Silveira *et al* (2001) é de cinco ou mais vezes. A pesquisa de edema não está anotada em 76% dos prontuários para as quatro Unidades de Saúde. Verificou-se que apenas a USF-B apresentou a anotação, acerca

desses três exames, em mais da metade dos prontuários, seguindo os parâmetros de Silveira. A pior *performance*, foi com a USF-D onde nenhum registro foi apresentado acerca desses três exames. A USF-A apresenta anotação em metade de seus prontuários acerca da pressão arterial e peso mas nenhum prontuário apresentou anotação sobre pesquisa de edema por cinco ou mais vezes. A pesquisa de edema é extremamente necessária para o diagnóstico e monitoramento da Doença Hipertensiva Específica da Gestação, que tantas alterações orgânicas e funcionais causa à gestante e ao concepto (FEBRASGO, 2000) assim como a verificação e anotação da pressão arterial.

A ausência em 100% dos prontuários da curva de peso e pressão arterial é preocupante pois através dela pode se identificar riscos relacionados com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional e orientar as condutas adequadas para cada caso, evitando-se resultados perinatais ruins que tem sido associados com peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura da mãe e aumento de peso escasso ou excessivo durante a gravidez (Brasil, 2000).

Em relação aos resultados de exame laboratoriais, o percentual de ausência de registro de exames como hemograma é de 53% para todas as unidades em estudo, chegando a 70% para a USF-A e a 62% para USF B. A sorologia para detecção da sífilis está registrada em 58% dos 111 prontuários e o melhor percentual de anotação é da USF-C com 70%. O resultado da sorologia para detecção de HIV tem registro em 23% dos prontuários das quatro unidades de saúde portanto, está ausente em 77% dos prontuários, tendo a USF-C a melhor frequência de anotação com 38% (em 15 dos 39 prontuários), seguida das USF-A e USF-B ambas com 15%. A USF-D não apresentou nenhum registro sobre este exame. Registros referentes a ultra-sonografia obstétrica estão presentes em 55% dos prontuários das unidades. A solicitação de exame de ultra-sonografia obstétrica que deve ser feita por volta da 19.^a semana gestacional, está registrada em 5 prontuários da USF C e em 3 da USF- B. A exigência de repetição da ultra-sonografia obstétrica por volta da 32.^a/36.^a semanas está presente em 15 dos 39 (38%) prontuários da USF-C e em 8 dos 29 (28%) da USF-B.

O elevado percentual de ausência de registro pode estar ocorrendo em virtude da não solicitação do exame ou da solicitação e não realização deste ou

mesmo da realização e não anotação no prontuário da gestante. Há ainda a possibilidade de não ter havido tempo para a realização dos exames por motivo de ingresso tardio no pré-natal. Deve-se ressaltar que no ano de 2001 as unidades A e B poderiam apresentar maior dificuldade de acesso aos laboratórios para realização dos exames básicos, em virtude de se localizarem em zona da cidade onde a oferta destes laboratórios era bem reduzida. Para a realização do exame anti-HIV além da possível dificuldade de acesso há também uma burocracia dos laboratórios que pode estar contribuindo para dificultar a sua realização.

A ausculta de batimentos cardíofetais (BCF) está melhor registrada proporcionalmente na USF-B com 118 registros em 118 consultas subseqüentes, seguida da USF-C, 102 em 143 consultas realizadas. As Normas da Assistência Pré-Natal (Brasil, 2000) sugerem a ausculta de BCF entre a 7.^a e 10.^a semana de gestação com auxílio do Sonar Doppler e após a 24.^a semana com o estetoscópio de Pinnar. Em nenhuma das unidades estudadas foi utilizado o sonnar e todas foram registradas com o estetoscópio.

Sobre o controle do calendário de vacinação os registros nos prontuários nos fornecem três tipos de informações: a) vacinação prévia, averiguada em 27 das 383 consultas subseqüentes; b) vacinação incompleta com 1 ou mais doses, anotadas em 07 do total de consultas; c) encaminhada à vacinação: presente em 8 das 383 consultas. A USF-B tem maior percentual de anotação sobre vacinação em relação as 29 pacientes atendidas, 86%, seguida da UFS-C com 54%. As USF-A e D tem apenas 3 prontuários com informação sobre este item. Não transparece nos registros de todas as unidades em estudo a informação relativa ao cumprimento dos esquemas de vacinação recomendados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

A informação sobre a altura uterina (AU) das 111 gestantes em estudo, estão registradas em 336 consultas, um percentual de 88% do total de consultas subseqüentes realizadas pelas quatro unidades de saúde. A distribuição de percentuais de registro de AU por USF é de 97% para a USF-B, 83% para USF-A, 78% para a USF-C e de 69% para a USF-D. A altura uterina é um parâmetro importantíssimo para avaliação do crescimento fetal e dentro de unidades de saúde que acompanham mulheres com pré-natal de baixo risco

que prescindem de tecnologias, como é o caso das unidades pesquisadas, podendo ajudar muito na determinação ou confirmação da idade gestacional.

Os testes para doenças sexualmente transmissíveis em casos selecionados e a repetição do hematócrito/ hemoglobina que também devem ser solicitados neste período de 32 a 36 semanas, não estão descritos em nenhum prontuário das 111 gestantes.

A solicitação de repetição do hemograma, VDRL, glicemia, EAS e parasitológico de fezes que deve ser feita entre a 26.^a e 30.^a semanas de gestação está anotada em 13 dos 39 prontuários da USF- C (33%) e em 9 dos 29 prontuários da USF- B (31%).

A prescrição de sulfato ferroso está anotada em 124 do total de 383 consultas subseqüentes realizadas pelas quatro unidades de saúde. Sendo a USF- A a que apresentou o maior percentual de prescrição com 68% das 87 consultas subseqüentes. Na USF-D não existe nenhuma anotação quanto à prescrição de sulfato ferroso. Segundo experiência de campo do autor deste estudo, na supervisão de unidades de saúde da família do Programa Médico da família de Manaus, vários integrantes de equipes de diversas USF's relataram que as gestantes rejeitam o uso de sulfato ferroso com a forma farmacêutica líquida, pois segundo elas, causa muito enjôo e vômito.

As poucas anotações nos prontuários sobre referência e contra - referência constante apenas em prontuários das USF- B e C referem-se a: encaminhamentos para serviços de odontologia em sua maioria da USF- B e encaminhamentos para a maternidade da USF-C. Em 100% dos prontuários das quatro unidades não há registro de contra-referência. Esses resultados apontam para problemas na referência e contra-referência entre os diferentes níveis de prestação de serviços de saúde, dificultando o cumprimento do princípio de integralidade da atenção preconizado pelo SUS.

TABELA 5 - Itens registrados nas consultas subseqüentes de gestantes atendidas em quatro unidades do PMF Manaus/AM 2001

ÍTEM	Unidades de Saúde da Família									
	A (n=27)		B (n=29)		C (39)		D (16)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pesquisa de edema										
Nenhuma vez registrada	26	96	5	19	39	100	14	88	84	76
Pelo menos uma vez registrada	1	4	10	33	–	–	2	12	13	12
Cinco ou mais vezes registrada	–	–	14	48	–	–	–	–	14	13
Ausculta de batimento cardíofetal										
Nenhuma vez registrada	5	17	5	19	4	10	11	69	25	25
Pelo menos uma vez registrada	16	60	14	48	27	69	5	31	62	56
Quatro ou mais vezes registrada	6	23	10	33	8	21	–	–		22
Pressão Arterial										
Nenhuma vez registrada	3	11	1	3	1	2	1	6	6	5
Pelo menos uma vez registrada	11	40	12	41	31	80	15	94	69	62
Cinco ou mais vezes registrada	13	49	16	56	7	18	–	–	36	32
Peso										
Nenhuma vez registrado	3	11	1	3	1	2	7	44	12	11
Pelo menos uma vez registrado	11	40	12	41	31	80	9	56	63	57
Cinco ou mais vezes registrado	13	49	16	56	7	18	–	–	36	32
Grupo sanguíneo / Fator Rh										
Nenhuma vez registrado	15	56	10	33	22	56	11	–	58	52
Uma vez registrado	12	44	19	67	17	44	5	–	48	48
Hemograma										
Nenhuma vez registrado	19	71	18	62	11	28	11	69	59	53
Pelo menos uma vez registrado	8	29	11	28	28	72	5	21	52	47
Mais de uma vez registrado	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sorologia para sífilis										
Pelo menos uma vez registrada	12	44	18	62	27	70	7	44	64	58
Nenhuma vez registrada	15	56	11	28	12	30	9	56	47	42
Sorologia pra HIV										
Com registro	4	15	6	29	15	38	–	–	25	23
Sem informação	23	85	23	71	24	36	16	100	86	77
Ultrassonografia										
Nenhuma vez registrada	12	–	12	–	16	–	10	–	50	45
Pelo menos uma vez registrada	12	44	17	58	23	59	6	38	58	52
Mais de uma vez registrada	3	11	–	–	–	–	–	–	3	3
Vacinação										
Com registro	6	22	21	72	19	49	4	25	50	45
Sem informação	21	78	8	28	20	51	12	75	61	55
Prescrição de Sulfato ferroso										
Com registro	15	56	22	76	16	41	9	56	62	56
Sem informação	12	44	7	24	23	59	7	44	49	44

No Quadro 3 tem-se as informações produzidas pelo SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica que é o sistema oficial de informação do Programa Médico da Família (SIAB), comparadas com a revisão de prontuários. Observa-se que os dados da revisão de prontuários não coincidem com os registros de assistência médico-sanitária das USF,s para o ano de

2001. O fato do SIAB trabalhar com média de gestantes cadastradas, acompanhadas, dificulta o conhecimento do número de gestantes atendidas. Os resultados menos concordantes referem-se ao número de consultas realizadas e vacinação. Estas discordâncias podem estar ocorrendo pela pouca importância que as equipes dispensam a alimentação de sistemas de informação, como o SIAB, que por ser um sistema associado a liberação de recursos financeiros, enseja um preenchimento incorreto de dados para não se perder os citados recursos. Demonstra também certa ausência de supervisão e monitoramento sobre os registros do SIAB realizados pelas equipes de saúde.

QUADRO 3 - Informações sobre gestantes das USF A , B, C e D constante no SIAB e na revisão de prontuários em 2001. PMF - Manaus/AM, 2001

Indicadores	USF-A		USF-B		USF-C		USF-D	
	SIAB*	Prontuários	SIAB*	Prontuários	SIAB*	Prontuários	SIAB*	Prontuários
Gestantes cadastradas (média)	30	27	38	29	17	39	12	16
Gestantes com início de pré-natal 1º trimestre (média)	12	13	8	9	10	12	4	4
Gestantes Acompanhadas	28	27	34	29	15	39	10	16
Consultas Pré-natal realizadas (média)	21	9	30	12	14	15	8	4
Gestante com vacinas em dia	21	3	24	20	15	18	9	3

* média de 12 meses

Fonte: SIAB/PMF

Nos 111 prontuários das quatro unidades de saúde da família do PMF revisados não constam a realização de práticas e ações educativas individuais ou em grupos e somente nos registros de 32 consultas das 383 realizadas pelas USF,s aparecem registros de orientações, sem no entanto definir seus conteúdos. Dentro da estratégia do Programa Saúde da Família este percentual de 8% é preocupante pois este tipo de atividade é essencial para a promoção da saúde de modo integral das gestantes usuárias do serviço. Estas atividades podem estar sendo realizadas porém, não registradas nos prontuários.

Nos prontuários das quatro USF,s há 100% de registros efetuados pelo profissional médico, em sua maioria com legibilidade bastante ruim. O registro por parte do profissional enfermeiro está presente em apenas 35 das 494 consultas de pré-natal realizadas, um percentual de 7%. A Lei do Exercício

Profissional de Enfermagem – Decreto n.º 94.406/87 esclarece que o acompanhamento pré-concepcional de baixo risco pode ser inteiramente realizado pelo enfermeiro. Constam também registros de auxiliares de enfermagem (12 consultas) e de agentes comunitários de saúde (24 consultas). A baixa frequência de anotação do acompanhamento a gestantes de membros da equipe afora os médicos, depõe contra a fundamental idéia do trabalho em equipe recomendado pelo PMF.

Na tabela 6 e figura 2 estão os resultados dos indicadores sugeridos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde para avaliação da efetividade do pré-natal. Todos os percentuais ficaram abaixo de 50% para todas as unidades de saúde. O maior percentual (41%) é o que diz respeito às gestantes que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica e a USF-B apresentou um percentual de 72%, seguida da USF-C com 48%. A USF-A apresentou menor percentual (22%). O indicador de número 7 na tabela demonstra a situação ideal para um acompanhamento pré-natal e o percentual para todas as 111 gestantes ficou em 8% sendo que a USF-C apresentou um percentual de 15% que corresponde a 6 gestantes, contra 5% da USF-B (2 gestantes) e 4% (1 gestante) para a USF-A. Mais uma vez aqui pode estar ocorrendo o sub-registro de informações, pouca aderência ou abandono de pré-natal ou dificuldade de realização de exames como o anti-HIV. Na Figura 2 demonstra-se o cumprimento dos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde pelas quatro unidades de saúde do PMF em estudo.

Tabela 6 - Indicadores de Efetividade da Assistência Pré-natal oferecida por quatro Unidades de Saúde da Família do PMF Manaus/AM, 2001

Indicadores	USF-A (n 27)		USF-B (n 29)		USF-C (n 39)		USF-D (n 16)		Total (n 111)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1º consulta até o 4º mês em relação ao n.º de gestantes atendidas	21	78	17	58	25	64	9	56	72	65
2. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 e mais consultas de pré-natal	10	37	14	48	10	26	1	6	35	31
3. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 e mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	1	4	2	5	9	23	–	–	12	10
4. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 e mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos	1	4	9	31	10	26	–	–	20	18
5. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 e mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos	1	4	2	5	9	23	–	–	12	10
6. Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante de vacina antitetânica	6	22	21	72	19	48	4	25	46	41
7. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 e mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica	1	4	2	5	6	15	–	–	9	8

Para avaliar a adequação do Pré-Natal utilizou-se a metodologia utilizada por Silveira et. al. (2001) sob três formas:

1. *Combinando-se o número de consultas com a época do início do pré-natal de acordo com o Índice de Kessner modificado por Takeda (1993):*

Adequado = seis ou mais consultas e início de pré-natal antes de 20 semanas;

Inadequado = início de pré-natal após 28 semanas ou menos de três consultas (parâmetro utilizado neste estudo);

Intermediário = demais situações.

2. *Acrescentando-se ao Índice de Kessner modificado o número de vezes em que os exames complementares: hemoglobina, sorologia para sífilis e exame comum de urina foram registados juntos, ficando adequação assim definida:*

Adequado = seis ou mais consultas, início pré-natal antes de 20 semanas e o mínimo de dois registros de cada um dos três exames;

Inadequado = início de pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas (parâmetro utilizado neste estudo) ou nenhum exame registrado;

Intermediário = demais situações.

3. *Acrescentando-se ao anterior número de vezes em que os procedimentos da consultas pré-natal (altura uterina, apresentação fetal, batimentos cardíofetais, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso) foram registrados.*

Adequado = verificação de 5 ou mais registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso; quatro ou mais registros de BCF e dois ou mais registros de apresentação fetal.

Inadequado = registro de dois ou menos registros de altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, BCF, edema e peso, sem qualquer registro da apresentação fetal

Intermediário = demais situações

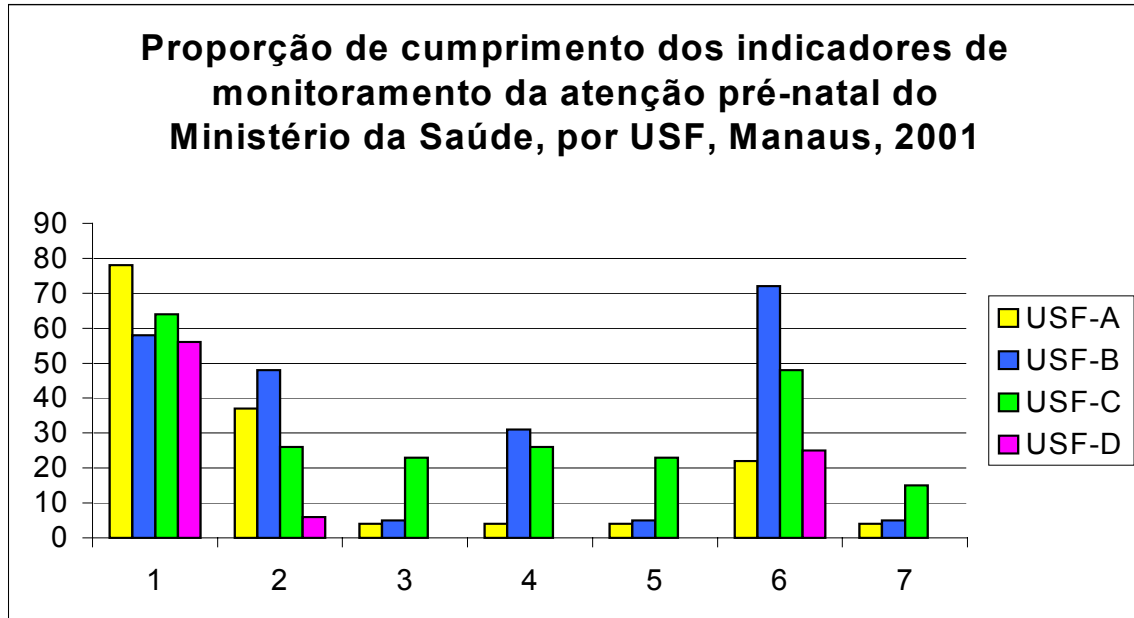
Os resultados da Tabela 7 baseados nos critérios acima revelam que o índice de adequação do pré-natal relativo ao indicador 1 é de 41% para o nível intermediário, para todas as unidades em estudo, sendo o maior percentual referente a USF-C, 56%. O nível adequado foi de 31% para todas USF,s sendo que a USF-B a que obteve maior resultado com, 55%, seguida da USF-C com 30%. Na análise do 2.º indicador observamos que somente a USF-A obtém a classificação de pré-natal adequado para 11% das gestantes atendidas em 2001. O padrão de pré-natal inadequado foi estabelecido para 71% das gestantes atendidas nas quatro unidades, chegando a 100% no caso da USF-D. O padrão intermediário alcançou o percentual de 26% para todas as unidades. Para o 3.º indicador os resultados do exame dos prontuários revelam que o padrão inadequado alcançou o percentual de 77% para todas as unidades. Somente as unidades de saúde B e C atingiram uma adequação do pré-natal de nível intermediário de 48% e 30%, respectivamente. As unidades A e D alcançaram o padrão inadequado para 100% do pré-natal quando relacionados ao 3.º indicador.

Vale ressaltar que estes resultados expressam o que está registrado nos prontuários. As equipes podem ter deixado de fazer as devidas anotações sobre solicitação de exames, resultados de exames e outros procedimentos que fazem parte da composição dos indicadores de adequação propostos por Silveira *et al.*(2001).

TABELA - 7 - Adequação do acompanhamento Pré-natal em quatro USF do PMF, segundo o Índice de Kessner modificado por Takeda (1993). Manaus/Am, 2001

Indicadores	USF-A (n 27)		USF-B (n 29)		USF-C (n 39)		USF-D (n 16)		Total (n 111)	
• Combinação do n.º de consultas com a época do início do pré-natal de acordo com o Índice de Kessner modificado por Takeda (1993):	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Adequado	6	22	16	55	12	30	1	6	35	31
Inadequado	10	37	6	20	7	14	8	50	31	28
Intermediário	11	41	7	25	20	56	7	44	45	41
• Acrescentando-se ao Índice de Kessner modificado o n.º de vezes em que os exames complementares: hemoglobina, sorologia para sífilis e exame comum de urina foram registrados juntos	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Adequado	3	11	–	–	–	–	–	–	3	3
Inadequado	21	78	15	52	27	69	16	100	79	71
Intermediário	3	11	14	48	12	31	–	–	29	26
• Acrescentando-se ao anterior o n.º de vezes em que os procedimentos da consulta pré-natal (altura uterina, apresentação fetal, batimentos cardíofetais, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso) foram registrados	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Adequado	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inadequado	27	100	15	52	27	69	–	–	85	77
Intermediário	–	–	14	48	12	31	–	–	26	23

FIGURA 2 - Proporção de cumprimento dos indicadores de monitoramento da atenção pré-natal do Ministério da Saúde, por USF, Manaus, 2001



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo está voltado para a apreensão de alguns aspectos do processo de assistência pré-natal utilizando-se da verificação dos registros contidos nos prontuários das gestantes que realizaram o pré-natal em quatro unidades de saúde da família do Programa Médico da Família durante o ano de 2001. Segundo Vuori (1991) a avaliação de prontuários é um parâmetro de medida da qualidade de atenção e segundo Donabedian (1988) a análise e interpretação das informações sobre os aspectos técnicos do processo assistencial disponibilizados nos registros médicos, favorecem a descoberta de problemas e propiciam um agir na correção de deficiências e na proposição de procedimentos e condutas.

Este estudo não permite que se chegue a conclusões definitivas sobre a qualidade da atenção pré-natal nos serviços de saúde por ele estudado, por se ter avaliado somente o aspecto de registro em prontuário da atenção prestada. Trata-se porém de uma tentativa de aproximação na direção da criação de um instrumental metodológico para que se possa fazer uma avaliação de um serviço que está estruturado na utilização de procedimentos e tecnologias simples como é o Programa Saúde da Família mas extremamente complexo quanto a aspectos fundamentais para seu funcionamento, como supervisão e monitoramento das atividades realizadas pela equipe de saúde, essenciais para que o processo de atendimento pré-natal resulte numa atenção adequada para as gestantes usuárias do serviço.

A maioria das questões e resultados obtidos nesta pesquisa, embora pareçam óbvios para muitos gestores e profissionais dos serviços de saúde, podem se constituir em *“benchmarks, ou seja, indicadores realistas, que quando alcançáveis representam o melhor possível para aquela categoria”* (Hartz, 2000). A não realização de procedimentos e condutas que não se encontrem registradas nos prontuários podem significar problemas para a clientela, representada pelas gestantes. No contexto do Programa Médico da Família procurou-se compreender que além da saúde destas mulheres estar

relacionada com a existência de adequadas condições políticas, administrativas, sócio-econômicas e de assistência condizentes com a realidade demográfica e epidemiológica, ela prescinde muito mais de uma atenção pautada na qualidade por parte da equipe de saúde da família.

O prontuário médico no qual este estudo está fundamentado é um requisito fundamental para se estruturar um dos pilares de sustentação da atenção básica de saúde e quiçá de uma diretriz essencial do Sistema de Saúde brasileiro que é a integralidade pois, na maioria das vezes, é uma ferramenta que permite garantir a continuidade da atenção. Para Starfield (2002) *“todos os profissionais de saúde devem manter registros completos e precisos e serem responsáveis pelo conteúdo por eles gerado”*. Os registros neste documento foram monopolizados pelo profissional médico e quase não se percebe o registro de outros integrantes da equipe e nem da equipe de supervisão do PMF.

Na revisão dos prontuários das unidades de saúde da família do Programa Médico da Família de Manaus, encontrou-se uma situação onde o que foi citado por Starfield (2002) acima, não é cumprido, tanto com relação à atenção pré-natal como em relação ao que prevê a estratégia de saúde da família. Analisando sob o ponto de vista das principais características da atenção primária que este serviço deveria Ter como: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência e coordenação (Starfield, 2002). Em relação ao primeiro contato da usuária com o Programa Médico da Família, pode-se afirmar que no contexto histórico do período de atendimento das gestantes em estudo, o PMF foi o primeiro contato com o sistema de saúde e que a atenção pré-natal pode ter sido o único contato da mulher com o serviço de saúde. Este fato está pouco registrado no prontuário da gestante e só foi possível verificar pelos prontuários que foram abertos anteriormente à gestação em estudo. Dentro da dinâmica de atendimento do PMF o integrante da equipe de saúde da família responsável pelo 1.º contato entre a usuária e o serviço, é o agente comunitário de saúde e, este ato, deveria transparecer nos prontuários na forma de captações precoces para início de pré-natal, agendamento de consultas, recondução de gestantes faltosas e trabalho educativo. No entanto, há pouca informação a esse respeito nos prontuários e o volume de gestantes

iniciando o pré-natal tardiamente e não cumprindo o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério de Saúde, apontam para problemas na atuação do agente comunitário ou na equipe como um todo.

Na análise dos prontuários das gestantes das quatro unidades do PMF em estudo percebe a longitudinalidade da atenção, onde deveria se ter a dinâmica de atendimento iniciando com o agente comunitário de saúde captando a gestante o mais cedo possível e então encaminhando-a para a consulta, que deveria se iniciar com o auxiliar de enfermagem realizando procedimentos e condutas de sua alçada e em seguida encaminhada ao profissional enfermeiro ou médico para a consulta de pré-natal propriamente dita. Esta seqüência desejável não se apresenta na grande maioria dos prontuários revisados.

Quanto a abrangência da atenção pré-natal que deveria ser prestada pela equipe de saúde da família, que se pretende que seja holística, abordando aspectos físicos, psicológicos e sociais das gestantes, das suas famílias e de sua comunidade também não apareceu na totalidade dos registros analisados das quatro unidades de saúde.

No que concerne à coordenação de ações, atividades, procedimentos que permeiam o processo de atendimento pré-natal que representariam a integralidade da atenção, também não está muito presente quando se analisou os prontuários. Isto pode ser representado pela ausência quase que total de indicação da maternidade onde as gestantes realizarão o trabalho de parto, a não anotação de resultados exames laboratoriais essenciais ou se estes foram realizados ou não. Nos documentos explorados há residual anotação de contra-referência e quase nenhuma de atendimento simultâneo da Unidade de Saúde da Família.

O trabalho em equipe considerado um avanço em algumas práticas sanitárias é um dos pressupostos no PSF. Do mesmo modo que se muda o núcleo básico de abordagem do indivíduo para a família e seu espaço social – o trabalho passa de um conjunto de ações técnicas individuais para uma atuação em equipe (Franklin & Sousa, 2002), o que também não é percebido no frio exame dos registros das unidades estudadas. Os registros são monopolizados pelo profissional médico, com poucas anotações realizadas

pelos enfermeiros, algumas pelo agente comunitário de saúde e quase nenhuma pelo auxiliar de enfermagem. A importância desta constatação é que, como afirma Schraiber *et al* (1999) *“o trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomadas de decisões quanto à assistência ou cuidado a se prestar”* (na p. 12 deste trabalho estão as atribuições de cada profissional dentro da equipe de saúde da família).

Os dados que deveriam compor o perfil socioeconômico das gestantes e que deveriam estar anotados nos prontuários, como informação sobre renda e trabalho estão ausentes na maioria deles e nos dados sócio-institucionais não se sabe se a gestante procura diretamente a USF ou se foi através do agente comunitário de saúde.

A primeira consulta das gestantes dos prontuários revisados mostra ausência ou parcialidade de registros extremamente importantes como: achados importantes de antecedentes familiares e pessoais, antecedentes ginecológicos e obstétricos e principalmente a solicitação de exames laboratoriais em primeira consulta e controle da vacinação que certamente poderiam comprometer a continuidade da atenção nas consultas subseqüentes e a própria atenção pré-natal. O que se percebe é que a atenção é focalizada apenas na condição de gravidez no aspecto biológico, não se notando qualquer indício de atendimento integral e principalmente voltado para a família da gestante.

Nas consultas subseqüentes o item que chama mais atenção é falta de anotação de resultados de exames laboratoriais, que pode se traduzir em hipóteses: as gestantes não realizaram os exames solicitados e à época do estudo isto poderia ocorrer pela dificuldade de acesso aos laboratórios ou a burocracia constrangedora a que são submetidas para realização de exames como a sorologia de HIV, principalmente para as unidades A e B que se localizam em áreas desprovidas de rede laboratorial. Outra hipótese, os exames foram realizados e não foram anotados nos prontuários das gestantes. O mesmo tipo de análise pode ser atribuída aos dados relativos à vacinação,

que deveriam constar nas consultas subseqüentes registradas nos prontuários das quatro unidades de saúde.

A pouca ou ausente anotação de procedimentos, condutas, resultados de exame e rotinas da equipe de saúde da família, nos prontuários das gestantes atendidas nas quatro unidades de saúde do Programa Médico da Família de Manaus, durante o ano de 2001, dificulta um juízo definitivo acerca da qualidade da atenção pré-natal, se utilizarmos uma visão global de avaliação, já que esta pesquisa tem seu foco centrado em um de seus componentes, o processo. Porém os resultados do trabalho nos permitem dizer que neste aspecto o pré-natal das quatro unidades do Programa Médico da Família de Manaus deixa muito a desejar, pois não atinge padrões razoáveis de efetividade normatizados e recomendados pelo Ministério da Saúde e nem níveis de adequação satisfatórios quando comparados com outros estudos realizados sobre atenção pré-natal como o de Silveira *et al* (2001), o que certamente implica concluir que aspectos identificados como baixa captação das gestantes precocemente, baixa adesão ao pré-natal podem estar relacionados com a inabilidade da equipe de saúde neste tipo de atenção o que resultará na prestação de um serviço de qualidade ruim e não cumprindo premissas básicas da estratégia de Saúde da Família, como estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

Como última análise pode-se afirmar que com registros tão ruins estas unidades de saúde estão bastante vulneráveis, se porventura sofrerem algum tipo de ação jurídica decorrentes de possíveis problemas relacionados com o atendimento pré-natal e também se sofrerem algum tipo de auditoria oficial.

RECOMENDAÇÕES

- Buscar a divulgação dos objetivos da assistência pré-natal, para torná-los acessíveis e visíveis a todos os profissionais e usuáries do Programa Médico da Família.
- Praticar as normas e rotinas da atenção pré-natal para assegurar a direcionalidade pretendida.
- Capacitar a equipe no atendimento à saúde da família com ênfase na atividade da atenção pré-natal e para o trabalho em equipe.
- Estimular a correção na anotação de registros nos prontuários, visando a descrição mais detalhada possível de sinais e sintomas apresentados pelas gestantes, dos procedimentos realizados, dos resultados de exames, das prescrições, das orientações, das referências e dos agendamentos, por todos os integrantes da equipe de saúde da família.
- Incrementar as ações educativas relacionadas com o período de gestação para as gestantes e suas famílias.
- Implantar um processo de avaliação da qualidade da atenção pré-natal visando identificar avanços e entraves no atendimento às gestantes.
- Realizar e apoiar a realização de pesquisas avaliativas sobre a atenção pré-natal no âmbito do PMF.
- Rever o modelo de supervisão e monitoramento das atividades realizadas pelas unidades de saúde do PMF.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este trabalho tenta ser um marco inicial para avaliação do Programa Médico da Família de Manaus/AM, um programa que utiliza a estratégia de Saúde da Família do Ministério da Saúde e de outros modelos já implantados no país e no exterior., visando buscar a melhoria da qualidade dos serviços prestados às gestantes. Apesar dos cuidados metodológicos necessários, a pesquisa apresenta limitações que devem ser abordadas.

O número de equipes de saúde da família do PMF à época do estudo totalizava 173 equipes, portanto o número de equipes estudadas podem não representar o processo de atenção pré-natal global do programa, porém o fato de analisarmos registros de saúde da clientela em estudo realizados ou não por componentes das equipes nos permite validar o trabalho como base para a discussão sobre avaliação da atenção pré-natal e do PMF como um todo.

O trabalho é válido para chamar a atenção para futuros estudos que dêem conta de avaliar a reorganização dos serviços de atenção básica de saúde proposta pela estratégia Saúde da Família, principalmente em grandes centros urbanos. Também para verificar como está se dando o processo de trabalho em equipe, que pelos resultados desta pesquisa, ainda é uma quimera.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARAN, M.2001.Registros de saúde, Escola Politécnica Joaquim Venâncio(org.) *Cad. Saúde Pública*.V.17, n.º3.
- BRASIL.1996. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 06/11/1996.
- BRASIL.1997.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília.
- BRASIL.2000.MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Pré- natal :Normas e manuais técnicos*. Brasilia : Secretaria de Políticas de Saúde –MS.
- BRASIL,2001, Ministério da Saúde/SAS. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde.
- BRASIL,2001. Câmara Federal de Deputados, Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna.
- BRASIL.2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília
- BRASIL2002.MINISTÉRIO DA SAÚDE..*Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros- Síntese dos Principais Resultados*. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Ação Básica .
- BRASIL.2002.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria ministerial nº1.121 de 17 de junho de 2002.
- BUSS,P.M.2002. Promoção da Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*.Nº 6
- BUSS, P.M. et al.2000. Promoción de la Salud y la salud Pública- Una contribución para el debate entre las escuelas de salud publica de America Latina y el Caribe, Rio de Janeiro, mimeo
- CAMPOS,T.P.1997. *Perfil dos nascimentos e óbitos infantis: a busca da assistência no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado.ENSF/Fiocruz.
- CAMPOS, F. E. 1998. Cadernos de saúde : Legislação Básica do SUS, Belo Horizonte, Coopmed.

- CONTANDRIOPOULOS,AP.*et al.*1997. A Avaliação na área de saúde : conceitos e métodos.In: *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas* (Z.M.A HARTZ, org) Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- DATASUS,2001.Indicadores Básicos.Taxa de Mortalidade Materna 28 Feb 2003 <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2001/c03.htm>>
- DATASUS,2003.Indicadores Básicos.Taxa de Mortalidade Materna 28 Feb 2003 <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2001/c03.htm>>
- DE SETA,M.H.1997. *Instituto Fernandes Figueira: delineamento de 50 anos História Institucional*, Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva
- DONABEDIAN, A . 1966. Evaluating the Quality of Medical Care, Milbank Memorial Fund Quartely, 44 : 166-203
- DONABEDIAN, A 1981. Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean?. *American Journal of Public Health*. V. 71 nº4.
- DONABEDIAN, A .1984. *La calidad de la atención médica*, Mexico D.F. La Prensa Mexicana S. A.
- DONABEDIAN, A .1986. Criteria and standards for quality assessment and monitoring, Qual. Rev. Bull. 12: 99-108
- D'OLIVEIRA, A F. P.L. & SENNA.1996.Saúde da mulher. In :*Saúde do adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*(L.B. Schraiber,org),pp. 87-108 São Paulo, HUCITEC.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.2001. Assistência Pré-Natal – Manual de Orientação
- FRANCO,T.B.;MERHY,E.E.,1999. PSF : contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial, *UNICAMP*, mimeo, Campinas.
- GREENHILL,J.P. & FRIEDMAN,E.A. 1976.Obstetrícia. Rio de Janeiro. Ed. Interamericana
- GUIDO OSORIO,J.et al. 2002. Auditoria médica : herramienta de gestión moderna Subvalorada. *Revista . Med. Chile v.130n.2*
- HARTZ,Z.M.A ; POUVOURVILLE,G.1998.Avaliação de Programas de Saúde: a eficiência em questão, *Ciência e Saúde Coletiva*, 111(1)68-81

HARTZ,Z.M.A,1999. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais, *Ciência e Saúde Coletiva*,4(2) 341-353.

HARTZ,Z.M. A 2000. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento, *Saúde para Debate*,1,21-29

LEVCOVITZ, E. et. al.2001.política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde coletiva* v.6 nº 2. p.269-291.

MACHADO,C. V. et al.1994.Prevenção Primária de maus-tratos na infância: um Desafio para o pré-natal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*.104(1-2):11-15.

MAGALHÃES, M. C.2000. *Atenção hospitalar e a Mortalidade Neonatal no Município de Juiz de Fora*, Dissertação de Mestrado, ENSP/Fiocruz

MALUF, E. M. C. P.1996. Investigações de morbimortalidade materna. *Valorizando a Dignidade Materna*. Prefeitura Municipal de Curitiba.

MELLO-JORGE, H. P. et. al.2000. *As condições de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro,Ed. FIOCRUZ

NOGUEIRA,M. I.1994.Assistência Pré-Natal – prática de saúde a serviço da vida. São Paulo. Ed. Hucitec

NORONHA, J. C.1996. Utilização de Taxas de Mortalidade como Indicador de Qualidade em Hospitais de Agudos no Brasil. Memória apresentada à Academia Nacional de Medicina.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2000. Classificação Internacional de Doenças. 10ª Revisão 1975. Centro da OMS para classificação de doenças em português/ Ministério da Saúde/ USP/OPAS.

PAZ,F.A . Z.1996. O registro do ato médico. In: *Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade* (R. Bordin et. al,org) p.51-59. Porto Alegre. Da Casa Editora

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS,1999.Plano de Ação do Programa Saúde da Família, mimeo, Manaus

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS,2001. Relatório do Programa Saúde da Família, mimeo, Manaus

- REZENDE, J.1974. Obstetrícia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- SABBATINI,R.1998. Registro Médico Computadorizado.NiB. Unicamp 06 Feb 2003 <http://www.nib.unicamp.br/slides/registro/>
- SCHRAIBER,L.B.; PEDUZZI,M.;SALA,A.; NEMES,M.I.B.;CASTANHERA,E.R.L & KON,R.1999. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4: 221-242
- SCHRAMM,J.M. A & SZWARCOWALD,C.L.2000. Diferenças as taxas de mortalidade neonatal e natimortalidade hospitalar no Brasil : um estudo com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde(SIH/SUS). *Cadernos de Saúde Pública*,16: 1031-1040
- SEMSA (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus)2002. Relatório de Gestão de 2001 e 2002),mimeo
- SILVEIRA ,D.S. *et al*/2001. Atenção Pré-natal na rede básica : uma avaliação da estrutura e do Processo. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 131-139
- STARFIELD,B.2002. Atenção Primária : equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília : UNESCO, ministério da saúde.
- TRAVASSOS, C. *et al* 1999. Conjunto essencial de informações do prontuário do Paciente para integração da informação em saúde, mimeo.
- VUORI, H. 1991. A qualidade da Saúde. Caderno de Ciência e tecnologia. Divulgação em Saúde para Debate. CEBES
- VUORI, H. 1989. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona Masson, S.A.
- VILLAR J, CARROLI G.,KHAN-NEELOFUR D,PIAGGIO G.& GÜLMEZOGLU,M Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy(Cochrane Review). In ; *The Cochrane Library*, Issue 1, Chichester,UK : John Wiley & sons, Ltd.
- ZIEGEL,E. & CRANLEY,M. 1980. *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro. Ed Interamericana

ANEXO I

Atribuições da equipe de Saúde da Família (MS, 1997)

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;

- identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;

- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local de enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;

- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;

- valorizar a relação com o usuário e com a família para criação de vínculo de confiança, de afeto e respeito; realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;

- resolver os problemas de saúde no nível da atenção básica; prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;

- coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;

- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;

- fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais; incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

ANEXO II

Normas da Assistência Pré-Natal da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (2000).

- **Roteiro da primeira consulta**

ANAMNESE

História clínica

Identificação:

idade;

cor;

naturalidade;

procedência;

endereço atual.

Dados sócio-econômicos e culturais:

grau de instrução;

profissão/ocupação;

situação conjugal;

número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);

renda familiar per capita;

pessoas da família que participam da força de trabalho;

condições de moradia (tipo, nº de cômodos, alugada/própria);

condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);

Motivos da consulta:

assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade;

se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade – descrevê-la;

Antecedentes familiares, especial atenção para:

hipertensão;

diabetes;

doenças congênitas;

gemelaridade;

câncer de mama;

hanseníase;

tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco).

Antecedentes pessoais - especial atenção para:

hipertensão arterial;

cardiopatias;

diabetes;

doenças renais crônicas;

anemia;

transfusões de sangue;

doenças neuropsiquiátricas;

viroses (rubéola e herpes);

cirurgia (tipo e data);

alergias;

hanseníase;

tuberculose;

Sexualidade:

início da atividade sexual (idade da primeira relação);
desejo sexual (libido);
orgasmo (prazer);
dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores;
número de parceiros;

Antecedentes ginecológicos:

ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
infertilidade e esterilidade (tratamento);
doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro);
cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
mamas (alteração e tratamento);
última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).

Antecedentes obstétricos:

número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas - indicações);
número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
número de filhos vivos;
idade da primeira gestação;
intervalo entre as gestações (em meses);
número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37.^a semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4000g;
mortes neonatais precoces - até 7 dias de vida (número e motivos dos óbitos);
mortes neonatais tardias - entre 7 e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, exsanguinotransfusões;
intercorrência ou complicações em gestações anteriores (especificar);
complicações nos puerpérios (descrever);
histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
intervalo entre o final da última gestação e o início da atual;

Gestação atual:

data do primeiro dia da última menstruação - DUM (anotar certeza ou dúvida);
data provável do parto - DPP;
data da percepção dos primeiros movimentos fetais.
sinais e sintomas na gestação em curso;
medicamentos usados na gestação;
a gestação foi ou não desejada;
hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e uso de drogas ilícitas;
ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse).

EXAME FÍSICO

Geral:

determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante;
medida e estatura;
determinação da frequência do pulso arterial;
medida da temperatura axilar;
medida da pressão arterial;
inspeção da pele e das mucosas;
palpação da tireóide;
ausculta cardiopulmonar;
exame do abdome;
palpação dos gânglios inguinais;
exame dos membros inferiores;
pesquisa de edema (face, tronco, membros).

Específico: gineco-obstétrico

exame mamas (orientado, também, para o aleitamento materno);
medida da altura uterina;
ausculta dos batimentos cardíofetais (entre a 7.^a e 10.^a com auxílio do Sonar Doppler e após a 24^o semana com Pinnar).
identificação da situação e apresentação fetal (3.^o trimestre);
inspeção dos genitais externos;
exame especular;
a) inspeção das paredes vaginais;
b) inspeção do conteúdo vaginal;
c) inspeção do colo uterino;
d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme *Manual de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama*;
toque vaginal;
outros exames, se necessários;
educação individual (respondendo às dúvidas e inquietações da gestante).

SOLICITAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA E OUTROS, SE NECESSÁRIOS

dosagem de hemoglobina;
grupo sanguíneo e fator Rh;
Teste de Coombs;
sorologia para sífilis;
glicemia em jejum, teste de tolerância com sobrecarga oral de 75 g de glicose em 2 horas;
exame sumário de urina; urocultura com antibiograma;
exame parasitológico de fezes; colpocitologia oncótica;
bacterioscopia do conteúdo vaginal ;
Teste Anti- HIV ;
Coombs indireto.

Ações Complementares:

referência para atendimento odontológico;
referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada;
referência para práticas educativas coletivas;
referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado;
agendamento de consultas subseqüentes.

Roteiro das Consultas Subseqüentes

revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
cálculo e anotação da idade gestacional;
controle do calendário de vacinação;
exame físico geral e gineco-obstétrico:
determinação do peso;
medida da pressão arterial;
inspeção da pele e das mucosas;
inspeção das mamas;
palpação obstétrica e medida da altura uterina – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
ausculta dos batimentos cardíofetais;
pesquisa de edema;
toque vaginal, exame especular e outros, se necessários.
interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessários;
acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
realização de ações e práticas educativas (individuais e em grupos);
agendamento de consultas subseqüentes.

ANEXO III

Gráfico A - Distribuição de consultas por idade gestacional da USF-A do PMF, Manaus/AM 2001

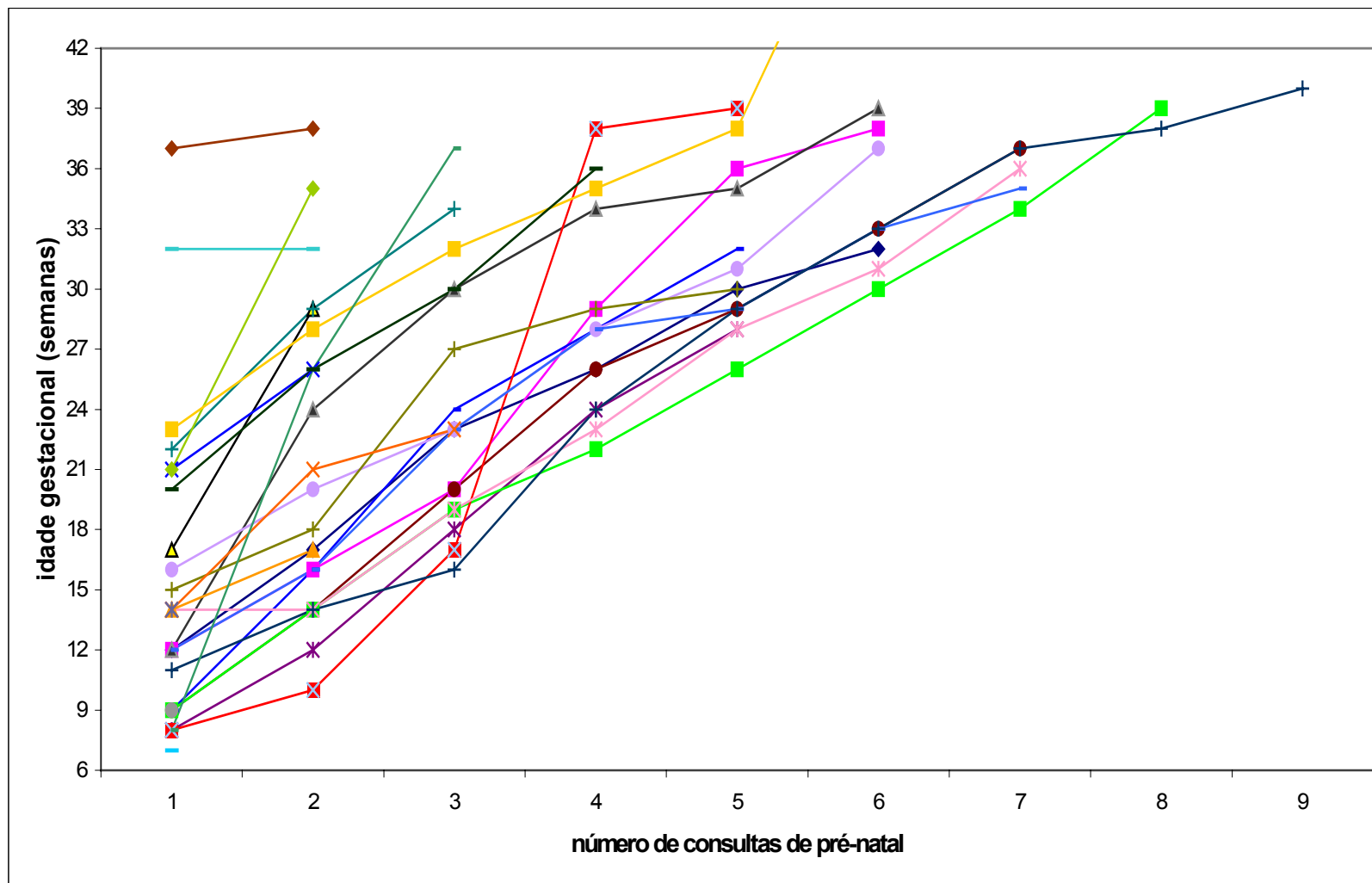


Gráfico B - Distribuição de consultas por idade gestacional da USF-B do PMF, Manaus/AM,2001.

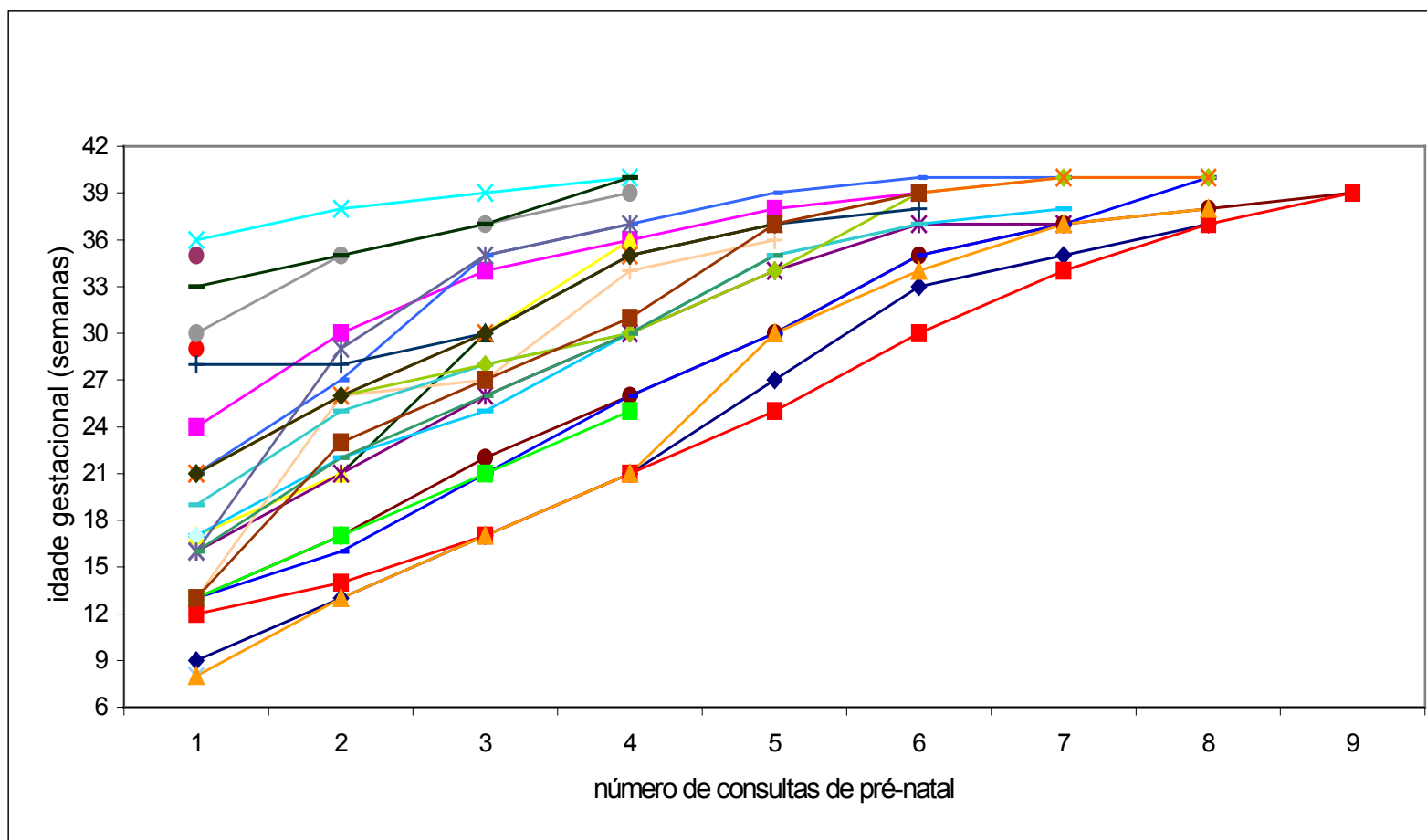


Gráfico C - Distribuição das consultas por idade gestacional da USF-C do PMF, Manaus/AM,2001

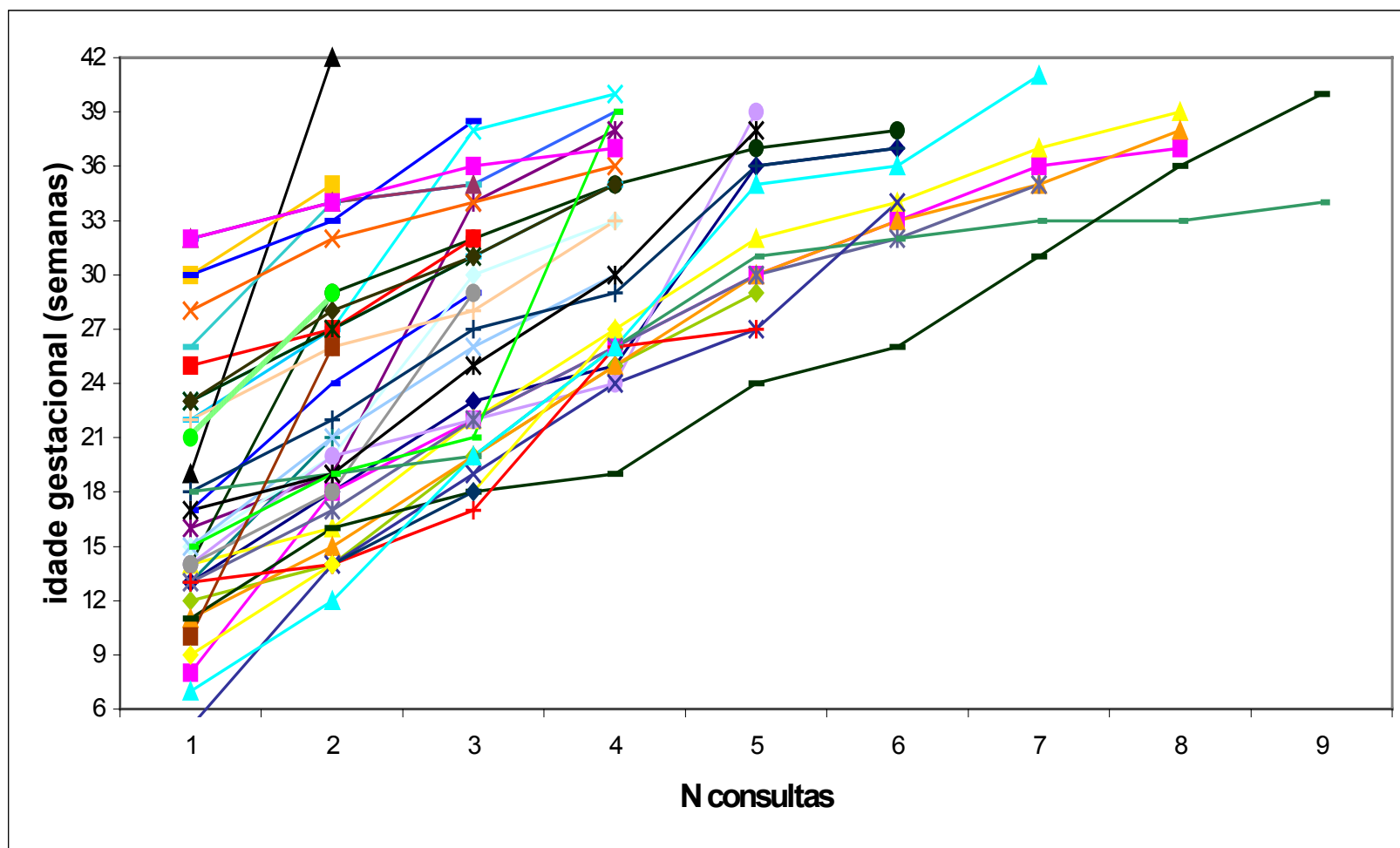
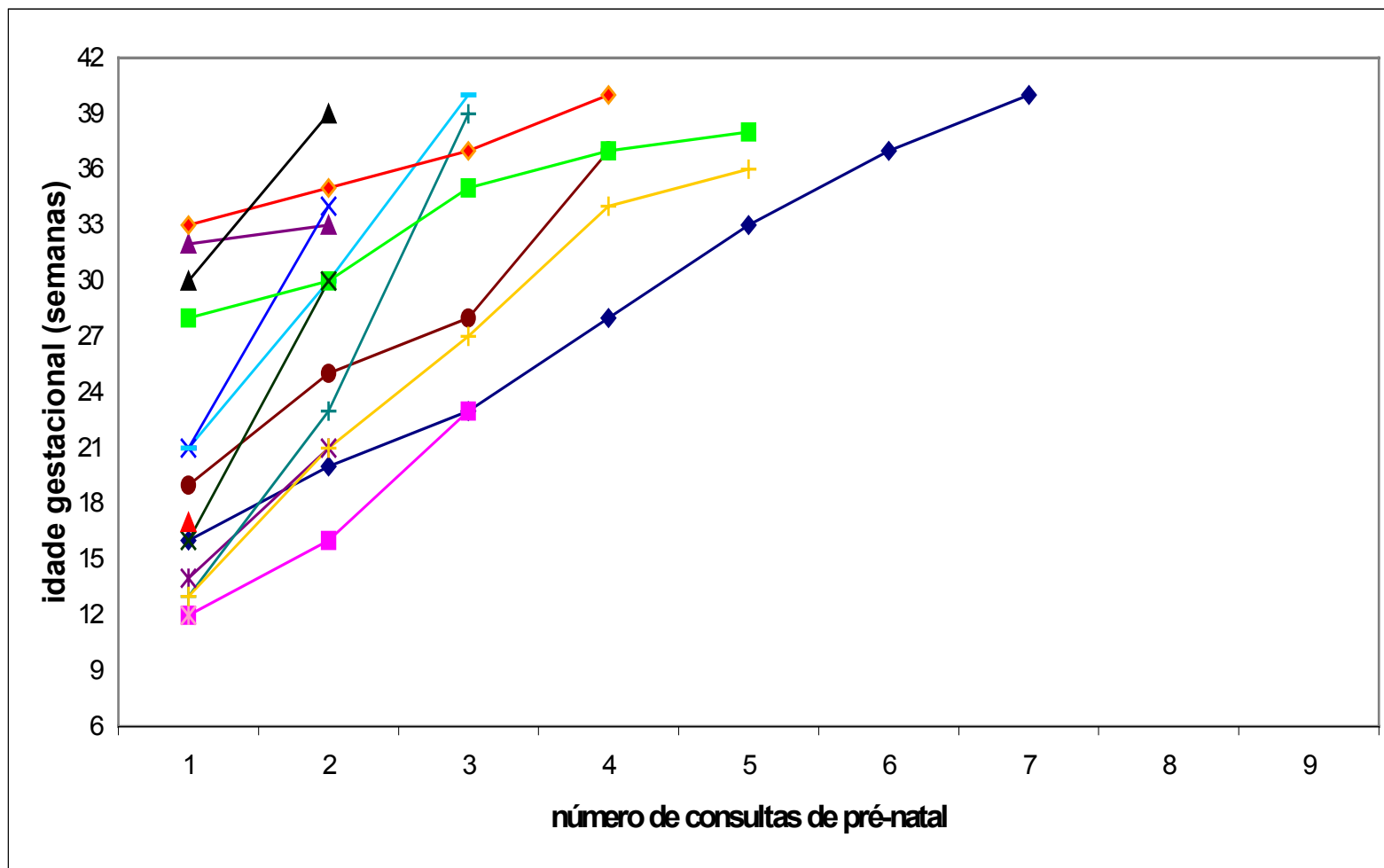


Gráfico D - Distribuição das consultas por idade gestacional da USF-D do PMF. Manaus/AM, 2001.



ANEXO IV FIOCRUZ/ENSP
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
PARA A AMAZÔNIA OCIDENTAL

INSTRUMENTO I – REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

N.º DO PRONTUÁRIO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.DADOS IDENTIFICADORES			
1.DATA DA CONSULTA ___/___/___			
2. DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	3. IDADE: ___ ANOS	4. SEXO: 1.MASC. 2. FEM. <input type="checkbox"/>	
5. NACIONALIDADE: <input type="checkbox"/> 0. ESTRANGEIRA; 1. BRASILEIRA; 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	6. MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	7. UF: <input type="text"/>	
8. PROCEDÊNCIA (ÚLTIMO BAIRRO ONDE MOROU)	9. ENDEREÇO ATUAL		

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS	
10. ESCOLARIDADE MÁXIMA 1. ANALFABETO 2. SABE LER E ESCREVER SEM INGRESSO NO SISTEMA FORMAL DE ENSINO 3. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO 4. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO 5. OUTROS _____ 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	10. <input type="checkbox"/>
11. CONTA COM ALGUM TIPO DE RENDA? 1.NÃO 2. SIM 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	11. <input type="checkbox"/>
12. A RENDA É PROVENIENTE DE (0. NÃO 1. SIM 8. NÃO SE APLICA 9. INFORMAÇÃO IGNORADA) 15.1. TRABALHO PRÓPRIO 15.2. RENDA FAMILIAR 15.3. BENEFÍCIO/PENSÃO 15.4. OUTRO TIPO DE RENDA. DESCREVER: _____	12. <input type="text"/> <input type="text"/>

4. DADOS DE SAÚDE**1.ª CONSULTA****19. ACHADOS IMPORTANTES DE ANTECEDENTES FAMILIARES**

(1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)

22.1. HIPERTENSÃO

19.1

22.2. DIABETES

19.2

22.3. DOENÇAS CONGÊNITAS

19.3

22.4. GEMELARIDADE

19.4

22.5. CÂNCER DE MAMA

19.5

22.6. HANSENÍASE

19.6

22.7. TUBERCULOSE

19.7

Obs: _____

20. ACHADOS IMPORTANTES DE ANTECEDENTES PESSOAIS

(1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)

23.1. HIPERTENSÃO

20.1

23.2. CARDIOPATIAS

20.2

23.3. DIABETES

20.3

23.4. DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS

20.4

23.5. ANEMIA

20.5

23.6. TRANSFUSÕES DE SANGUE

20.6

23.7. DOENÇAS NEUROPSIQUIÁTRICAS

20.7

23.8. VIROSES (RUBEOLA E HERPES)

20.8

23.9. ALERGIAS

20.9

23.10 HANSENÍASE

20.10

23.11 TUBERCULOSE

20.11

Obs: _____

21 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

(1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)

24.1. DADOS REFERENTES AO CICLO MENSTRUAL

21.1

24.2. USO DE CONTRACEPTIVO: _____

21.2

24.3. DATA DO ÚLTIMO PREVENTIVO: ___ / ___ / ___

21.3

24.4. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: _____

21.4

Obs: _____

22. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) 22.1. NÚMERO DE ABORTOS: _____ 22.2. NÚMERO DE GESTAÇÕES: _____ 22.3. NÚMERO DE PARTOS VAGINAIS: _____ 22.4. NÚMERO DE PARTOS CESÁREAS: _____ 22.5 INTERVALO ENTRE ÚLTIMA GESTAÇÃO E A ATUAL : ____ ANOS ____ MESES 22.6 NÚMERO DE FILHOS NASCIDOS VIVOS: _____ 22.7 NÚMERO DE FILHOS VIVOS ATUALMENTE: _____ 22.8 NÚMERO DE FILHOS QUE MORRERAM NA 1.ª SEMANA: _____ 22.9 NÚMERO DE FILHOS QUE MORRERAM NA 2.ª SEMANA: _____ 22.10 DATA TÉRMINO DAS GESTAÇÕES: ____/____/____ Obs: _____	
23. ÚLTIMA MESNTRUAÇÃO: (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) 23.1. DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO: ____/____/____ 23.2. TEM CERTEZA?	23.1 <input type="text"/> 23.2 <input type="text"/>
24. DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP): ____/____/____ (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)	24. <input type="text"/>
25. GESTAÇÃO DESEJADA? (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)	25. <input type="text"/>
26. ANOTADO ESTADO NUTRICIONAL? (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)	26. <input type="text"/>
27. EXAME FÍSICO (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) 27.1. PESO (_____) E ALTURA (_____) 27.2. P.A. (_____) E PULSO (_____) 27.3. ACHADOS IMPORTANTES Obs: _____	27.1 <input type="text"/> 27.2 <input type="text"/> 27.3 <input type="text"/>
28. EXAME GINECO-OBSTÉTRICO EM 1.ª CONSULTA (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)	

28.1. AU: _____	28.1 <input type="text"/>
28.2. REGISTRO DA IG: _____ QUAL: ____ / ____ / _____	28.2 <input type="text"/>
28.3. ACHADOS IMPORTANTES: _____	28.3 <input type="text"/>
Obs: _____	
29. AÇÕES COMPLEMENTARES (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)	
29.1. REGISTRO DE ENCAMINHAMENTOS: _____	29.1 <input type="text"/>
29.2. VIGILÂNCIA DE IMUNIZAÇÃO: _____	29.2 <input type="text"/>
Obs: _____	
30. SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS EM 1.ª CONSULTA (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)	
30.1. HEMOGRAMA	30.1 <input type="text"/>
30.2. GRUPO SANGUÍNEO (_____) E FATOR RH (_____)	30.2 <input type="text"/>
30.3. VDRL	30.3 <input type="text"/>
30.4. PARCIAL DE URINA	30.4 <input type="text"/>
30.5. TOXOPLASMOSE	30.5 <input type="text"/>
30.6. HIV	30.6 <input type="text"/>
30.7. PARASITOLÓGICO	30.7 <input type="text"/>
Obs: _____	
31. PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA (1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SE APLICA)	31. <input type="text"/>
Obs: _____	

CONSULTAS SUBSEQUENTES	
32. DATA DA CONSULTA: ___/___/___	32. DPP: ___/___/___
33. PRESENÇA DE EDEMA? (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) Obs: ___ Se tiver edema, Foi anotada prescrição? Foram anotadas orientações? _____	33. <input type="text"/>
34. IDADE GESTACIONAL: ___ Qual _____ (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)	34. <input type="text"/>
35. P.A.? (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) Obs: _____ mmHg -	35. <input type="text"/>
36. PESO? (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) Obs: _____ Kg	36. <input type="text"/>
37. BCF APÓS 20ª SEMANA? (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) 4. NÃO SE APLICA Obs: _____	37. <input type="text"/>
38. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO E APRESENTAÇÃO FETAL (3.º TRIMESTRE)? (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) 4. NÃO SE APLICA Obs: _____	38. <input type="text"/>
39. RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) 39.1. HEMOGRAMA 39..2. GRUPO SANGUINEO (_____) E FATOR RH (_____) 39.3. VDRL (1. POSITIVO 2. NEGATIVO) SE POSITIVO: 39.4. PRESCRIÇÃO ANOTADA 39.5. ENCAMINHAMENTO ANOTADO 39.6. REPETIÇÃO DO VDRL (1. POSITIVO 2. NEGATIVO 3. NÃO ANOTADO) 39..7 EXAME DE URINA. alguma alteração anotada? Prescrição anotada, novo exame solicitado? encaminhamento 39..8 TOXOPLASMOSE 39.9 HIV (1. POSITIVO 2. NEGATIVO)	39.1 <input type="text"/> 39.2 <input type="text"/> 39.3 <input type="text"/> 39.4 <input type="text"/> 39.5 <input type="text"/> 39.6 <input type="text"/> 39.7 <input type="text"/> 39.8 <input type="text"/> 39.9 <input type="text"/> 39.10 <input type="text"/>

SE POSITIVO: 39.10. PRESCRIÇÃO ANOTADA 39.11. ENCAMINHAMENTO ANOTADO Obs: _____	39.11 <input type="text"/>
40. PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA (1. SIM 2. NÃO) Obs: _____	40. <input type="text"/>
41. VACINAÇÃO ANTITETÂNICA: ▪ NÃO FOI IMUNIZADA 41.1. DATA DE VACINAÇÃO ANTITETÂNICA: ____/____/____ 41.2. DATA DE VACINAÇÃO ANTITETÂNICA REFORÇO: ____/____/____ ▪ FOI IMUNIZADA ANTERIORMENTE 41.3. DATA DE VACINAÇÃO ANTITETÂNICA REFORÇO: ____/____/____	
42. ENCAMINHAMENTO (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) Obs: _____	42. <input type="text"/>
43. REGISTRO DE CONTRA REFERÊNCIA (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) Obs: _____	43. <input type="text"/>
44. DATA DA PRÓXIMA CONSULTA: ____/____/____ (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) Obs: _____	44. <input type="text"/>
45. DATA CONSULTA DE PUERPÉRIO: ____/____/____ (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) Obs: _____	45. <input type="text"/>
46. REGISTRO DE PROFISSIONAIS NO PRONTUÁRIO: (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO) 46.1. MÉDICO 46.2. ENFERMEIRO 46.3. AUXILIAR DE ENFERMAGEM 46.4. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	46.1 <input type="text"/> 46.2 <input type="text"/> 46.3 <input type="text"/> 46.4 <input type="text"/>
47. LEGIBILIDADE DE REGISTROS: (1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO)	

47.1. NUMÉRICOS 47.2. DESCRITIVOS Obs: _____	47.1 <input type="text"/> 47.2 <input type="text"/>
--	--