

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.”

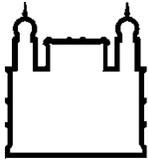
por

Edson Theodoro dos Santos Neto

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Leal

Rio de Janeiro, março de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.”

apresentada por

Edson Theodoro dos Santos Neto

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Angélica Espinosa Barbosa Miranda

Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

Prof. Dr. Mario Vianna Vettore

Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Leal – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 29 de março de 2012.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus por mais esta vitória alcançada. Por ter me guardado durante as viagens rodoviárias e aéreas entre Rio de Janeiro e Vitória (quase 200). Sejam dadas a Deus toda honra e toda glória!

Agradeço aos meus pais Edson Filho e Eudná Guimarães, que me ensinaram o caminho da honestidade e da perseverança. Elementos que são essenciais para a formação de um pesquisador.

À minha esposa Elisama Aira, que entrou definitivamente em minha vida na metade do curso de doutorado, fornecendo equilíbrio emocional para a coleta de dados e elaboração da tese. E aos meus sogros Pr. Manoel Luiz e Maria Madalena, pelas incansáveis orações e incentivos.

Agradeço ao Dr. Adauto Emmerich pelo encaminhamento acadêmico desde a graduação, até o mestrado e o doutorado. Sem o seu apoio seria impossível viabilizar a execução do projeto de pesquisa que originou a tese! Além disso, à Dra. Eliana Zandonade pelo apoio e supervisão de todas as análises estatísticas.

À Dra. Silvana Granado e ao Dr. Reinaldo Souza Santos, que me receberam afetuosamente no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública e forneceram todos os subsídios para realização do curso de Doutorado.

À Dra. Maria do Carmo Leal, agradeço por ter acreditado em meu potencial desde o início, por ter apoiado a execução do projeto de pesquisa, por orientar de maneira ética e eficaz a tese, reservando às vezes quase um dia inteiro para orientação.

Aos entrevistadores de campo, que foram incansáveis nas entrevistas e nas cópias dos cartões de gestantes. Além disso, agradeço à esteticista Regiany Diório, pela confecção e revisão minuciosa, do banco de dados.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo por ter escolhido e financiado o projeto que fundamenta a tese.

Enfim, agradeço a todos que atuaram direta ou indiretamente para a realização desse sonho! Principalmente, a todas as puerperas da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, que se dispuseram participar da pesquisa.

Resumo

Esta tese é apresentada sob forma de quatro artigos que buscam avaliar os diversos aspectos da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil. O presente estudo se propõe a fornecer um diagnóstico da assistência pré-natal no SUS da RMGV-ES por meio da avaliação sobre: a completude de informações da assistência pré-natal nos cartões de gestantes, segundo o tipo de cobertura de serviços de saúde; a concordância entre as informações da assistência pré-natal prestadas por puérperas e as registradas nos cartões das gestantes; a comparação dos índices mais utilizados na avaliação do acesso à assistência pré-natal; e a assistência odontológica no pré-natal, segundo a percepção das puérperas. Um estudo seccional de base populacional foi realizado, de abril a setembro de 2010, com uma amostra representativa constituída por 1035 puérperas que se internaram em oito principais unidades hospitalares ou maternidades da RMGV-ES por ocasião do parto. Entrevistadores treinados aplicaram um questionário estruturado fechado para coletar informações do cartão da gestante, do prontuário médico e da memória da puérpera. Os dados foram processados e analisados nos programas *SPSS versão 12.0*, *PEPI versão 4.0* e *Microsoft Excel 2007*. Testes estatísticos de *Qui-quadrado*, *McNemar*, *Kappa* e *Kappa ajustado pela prevalência*, foram aplicados para a verificação das associações significativas, tendências das discordâncias e concordâncias. Além disso, análises de sensibilidade, especificidade, preditividade, acurácia e razões de verossimilhança foram executadas para comparar índices de acesso à assistência pré-natal. Os resultados indicaram que a completude nos cartões das gestantes é ruim (incompletude >50%) e a concordância entre os registros dos cartões e o relato das puérperas também é ruim (*Kappa* < 0,20). Os índices de acesso ao pré-natal evidenciaram prevalências de adequação entre 0,5% e 55,8% e o acesso adequado à assistência odontológica esteve associado à realização de seis ou mais consultas pré-natais ($p < 0,05$). O estudo evidenciou um panorama da assistência pré-natal na RMGV-ES muito distante do preconizado nas políticas nacionais de saúde. Nesse sentido, estratégias para melhoria do acesso ao pré-natal e aprimoramento da prática avaliativa no SUS devem ser implementadas.

Palavras-Chave: Avaliação em saúde, Programas nacionais de saúde, Serviços de saúde materno-infantil, Acesso à serviços de saúde, Integração dos serviços de saúde.

Abstract

This thesis is presented in form of four papers that evaluates various aspects of prenatal care in the Unified Health System (SUS) in the Metropolitan Region of Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brazil. This study aims to provide a diagnosis of prenatal care at SUS in the RMGV- ES through assessment of: information completeness from prenatal care in pregnant cards, according to type health services coverage; concordance between information about prenatal care provided memory's mothers and registered in pregnant cards; evaluation index of access to prenatal care; and prenatal dental care, second women's perceptions. A population-based cross-sectional study was conducted from April to September 2010 with a representative sample of 1035 mothers who were hospitalized in eight major hospitals or maternity clinics of RMGV-ES during labor. Trained interviewers administered a structured questionnaire to collect information from pregnant cards, medical record and memory's woman. Data were processed and analyzed using SPSS version 12.0, PEPI version 4.0 and Microsoft Excel 2007. Statistical tests of Chi-square, McNemar and Kappa Kappa adjusted for prevalence, were applied to verify significant associations, trends of disagreements and agreements. In addition, analyzes of sensitivity, specificity, predictive, accuracy and likelihood ratios were performed to compare access levels to prenatal care. The results indicated that completeness in prenatal cards is bad (incomplete > 50%) and agreement between records in antenatal cards and maternal memory is also poor (kappa <0.20). The indices of access to prenatal care adequacy showed prevalences between 0.5% and 55.8%, and adequate access to dental care was associated with the performance of six or more visits ($p < 0.05$). This study found an overview of prenatal care in the RMGV-ES far from national policies advocated in health. Accordingly, strategies for enhancing access to prenatal care and improving evaluation practices should be implemented in SUS.

Keywords: Health Evaluation, National health programs, Maternal and child health services, Access health services, Health services integration.

Sumário

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	13
2.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	13
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL	14
2.3 INFORMAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL	18
2.4 ÍNDICES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	21
2.5 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL	25
3 JUSTIFICATIVA	29
4 OBJETIVOS	30
5 METODOLOGIA	31
5.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO	31
5.2 SERVIÇOS E INDICADORES DE SAÚDE	31
5.3 POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO	32
5.4 AMOSTRA	33
5.5 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE ENTREVISTADORES.....	33
5.6 ESTUDO PILOTO.....	34
5.7 COLETA DE DADOS	34

5.8 VARIÁVEIS SEGUNDO FONTES DE INFORMAÇÃO	35
5.8.1 Cartão da gestante.....	35
5.8.1.1 Completude	35
5.8.1.2 Doenças	35
5.8.1.3 Medicamentos e exames.....	36
5.8.1.4 Assistência pré-natal	36
5.8.2 Memória da puérpera	36
5.8.3 Prontuário médico.....	37
5.8.4 Dados secundários	37
5.9 VARIÁVEIS AVALIATIVAS	38
5.9.1 Completude.....	38
5.9.2 Concordância.....	38
5.9.3 Acesso à assistência pré-natal.....	38
5.9.4 Impacto da saúde bucal na qualidade de vida.....	40
5.9.5 Acesso à assistência odontológica no pré-natal.....	40
5.10 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	40
5.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
6 ARTIGO I.....	42

7 ARTIGO II	64
8 ARTIGO III.....	84
9 ARTIGO IV	105
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
11 REFERÊNCIAS GERAIS.....	131
ANEXOS	144

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1. Índices de avaliação de acesso à assistência pré-natal, critérios de julgamento e categorias de análise das variáveis. RMGV-ES. 2012. **39**

ARTIGO I

Figura 1. Percentuais de registros nos cartões de gestantes das consultas pré-natais, segundo a modalidade dos serviços de saúde pública. RMGV-ES. 2010. **50**

Tabela 1. Proporção de ausência dos registros nos cartões de gestantes, sobre variáveis do PHPN, segundo a modalidade de serviço de saúde pré-natal. RMGV-ES. 2010. **51**

Tabela 2. Proporção de ausência dos registros nos cartões de gestantes, sobre variáveis maternas, obstétricas e clínicas, segundo a modalidade de serviço de saúde pré-natal. RMGV-ES. 2010. **52**

Tabela 3. Avaliação da completude dos registros nos cartões de gestantes, sobre variáveis de registro cotidiano nas consultas pré-natais, segundo a modalidade de serviço de saúde. RMGV-ES. 2010. **53**

ARTIGO II

Tabela 1. Distribuição dos dados faltantes, segundo as fontes de informação: cartão da gestante e entrevistas com puérperas sobre assistência pré-natal. RMGV-ES. 2010. **73**

Tabela 2. Concordância entre as informações prestadas pelas puérperas e as registradas nos cartões das gestantes sobre o acompanhamento pré-natal. RMGV-ES. 2010. **74**

ARTIGO III

Tabela 1. Prevalência de adequação do acesso à assistência gestacional, segundo os diferentes índices de avaliação. RMGV-ES. 2010. **95**

Tabela 2. Concordância entre os índices de acesso à assistência pré-natal. RMGV-ES. 2010. **96**

Tabela 3. Comparação entre o índice de Kotelchuck e os demais índices de acesso à assistência pré-natal. RMGV-ES. 2010. **96**

Figura 1. Gráfico ROCC compara o índice de Kotelchuck e os demais índices de acesso à assistência pré-natal. RMGV-ES. 2010. **97**

ARTIGO IV

Figura 1. Avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das puérperas, segundo as dimensões do OHIP-14. RMGV-ES. 2010. **115**

Tabela 1. Avaliação da assistência odontológica no pré-natal segundo níveis de atenção à saúde. RMGV-ES. 2010. **116**

Figura 2. Avaliação do acesso aos níveis de assistência odontológica pré-natal, segundo impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) das puérperas durante a gestação. RMGV-ES. 2010. **117**

Figura 3. Diagrama de avaliação da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. RMGV-ES. 2010. **118**

Tabela 2. Avaliação da assistência odontológica pré-natal segundo atividades recomendadas no PHPN. RMGV-ES. 2010. **119**

1 APRESENTAÇÃO

O tema assistência pré-natal veio sendo gestado desde o momento da realização do curso de mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo. Ao estudar os “Fatores associados o tempo de aleitamento materno em coorte dos primeiros anos de vida”, eu, Edson Theodoro dos Santos Neto, percebi que muitos dos problemas relacionados à saúde infantil poderiam ser evitados, caso a assistência pré-natal fosse qualificada.

Nesse contexto, debruicei-me no estudo sobre a história das políticas de saúde materno-infantil e descobri que tais políticas são as mais antigas do mundo. Também comecei a estudar como seria um processo de assistência pré-natal considerado adequado, e descobri que existem diversos modos de se conduzir a assistência pré-natal no mundo, de acordo com os contextos econômicos e socioculturais de cada localidade.

Outro ponto relevante do acompanhamento pré-natal está relacionado à assistência odontológica que parece ser algo intocável. No senso comum, são nitidamente perceptíveis as barreiras de acesso, tanto por parte das gestantes quanto dos profissionais, que restringem a assistência odontológica na gravidez. Essa percepção foi adquirida ao atuar na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), na Prefeitura Municipal de Vila Velha, Espírito Santo. No serviço de saúde, pude perceber a dificuldade de acesso das gestantes à assistência odontológica, era originada por profissionais de saúde, que negavam ou proibiam qualquer procedimento, ou por mulheres que nutriam o medo.

Inicialmente, eu e o Dr. Adauto Emmerich construímos um projeto de pesquisa para avaliar somente a assistência odontológica no pré-natal. Em seguida, pensamos em ampliar o escopo incluindo a assistência pré-natal praticada no SUS. Depois, a Dra. Maria do Carmo Leal e Dra. Silvana Granado complementaram a fundamentação teórica e realizaram ajustes metodológicos. Nesse contexto, a Dra. Eliana Zandonade forneceu o embasamento estatístico da amostra.

Então, o projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-Natal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo (RMGV-ES): Acesso e Integração dos Serviços de Saúde”, que fundamenta a elaboração desta tese, foi formulado e conseguiu financiamento pelo EDITAL FAPES 003/2009, PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – 2009 - Ministério da Saúde/

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/ Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo/ Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, sob protocolo nº 45581630/09.

Essa pesquisa consiste numa investigação com puérperas em maternidades públicas da RMGV-ES. A elaboração do projeto, o treinamento de entrevistadores e o trabalho de campo foram realizados por meio de uma cooperação entre pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Esta tese de doutorado é apresentada em formato de artigos. O primeiro deles trata de uma avaliação sobre a completude dos cartões de gestantes, traçando uma avaliação panorâmica da assistência pré-natal, segundo o tipo de cobertura dos serviços de saúde. O segundo investiga a concordância entre fontes de informação – memória materna e cartão de gestante –, a fim de desvelar os problemas e dificuldades inerentes às fontes, que interferem no resultado das avaliações em saúde. O terceiro compara os índices avaliativos que definem a adequação do acesso à assistência pré-natal fornecendo uma visão crítica sobre os diversos índices utilizados nacionalmente e internacionalmente. O quarto artigo avalia o acesso à assistência odontológica na gravidez, a capacidade de resposta dos serviços às necessidades em saúde, conforme o impacto na qualidade de vida, e sua integração dos serviços odontológicos às propostas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

2 INTRODUÇÃO

2.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde tem se desenvolvido como um campo de conhecimento teórico, prático e metodológico, servindo como ferramenta fundamental para planejamento nos serviços de saúde, pelo acompanhamento de resultados e impactos das intervenções de saúde¹. A prática da avaliação em saúde vem se fortalecendo, principalmente na América Latina, a partir dos processos de redemocratização e reformas sanitárias².

Os estudos avaliativos em saúde sugerem a combinação de teorias, técnicas e métodos, trazidos da epidemiologia, das ciências sociais e do planejamento. Esses estudos são classificados em Estudos Estruturados (Experimental, Quase Experimental e Não Experimental) e Estudos Semi-estruturados (de Caso, de Casos Múltiplos Comparados, Centrados na Teoria e Desenhos Sintéticos, Pesquisas de Desenvolvimento), que fornecem uma visão ampliada do objeto de avaliação¹. Esse objeto pode ser uma política, um programa ou um projeto de saúde, analisados em nível de sistemas, estabelecimentos, serviços, ações e tecnologias³.

Admitindo-se um conceito genérico, a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer de seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões⁴. Esses julgamentos podem estar relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos, com o efeito produzido pelas ações, com os custos e a produtividade das ações, com a adequação das ações ao conhecimento técnico-científico vigente, com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde, com o processo de implantação das ações ou com características relacionais entre os agentes das ações^{1,5}.

Contudo, a aproximação com o objeto da avaliação em saúde, envolve a abordagem de três componentes fundamentais: a estrutura (recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica), o processo de assistência (atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões técnicos e/ou administrativos aceitos) e o resultado (efeito final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas)⁶. Esses elementos consolidam o campo teórico, metodológico e prático da avaliação normativa em saúde⁵.

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Um dos objetos-foco da avaliação em saúde são as políticas de saúde, que podem ser entendidas como as formas de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas de saúde na população⁷. Começaram a ser praticadas no século XVIII, na Inglaterra, voltadas para a priorização da infância e medicalização da família com objetivo de produzir maior número de crianças, com boas condições de vida impondo um conjunto de obrigações a pais e filhos⁸.

Embora carreadas pelo objetivo implícito de fortalecer um corpo social capaz de impulsionar o nascimento e oferecer subsídios para a expansão industrial, as políticas de saúde, proporcionaram um desenvolvimento social notável, comprovado pelo controle e erradicação de diversas doenças infecciosas, proporcionando a ampliação da expectativa de vida e aumento expressivo da população mundial⁹. No entanto, essa avaliação genérica que se faz das políticas de saúde no mundo não conseguiu ser precisamente quantificada, visto que o campo da avaliação em saúde consolida-se somente a partir da segunda metade século XX¹.

Theodoro et al¹⁰ destacam que o processo de medicalização conduzido pelo Estado no século XVIII, priorizou a saúde materno-infantil, institucionalizando o parto como forma de controlar a população. Isso permitiu avanços no conhecimento técnico e científico sobre processos fisiológicos e patológicos no âmbito dos hospitais, que por um lado fundamentaram intervenções médicas eficazes na gestação, parto e puerpério, mas por outro lado, resultou em iatrogenias originadas da medicalização excessiva, como a realização desnecessária de partos cesáreos¹¹.

No Brasil, as políticas de saúde materno-infantil remontam a década de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, perpassam o Regime Militar, com a elaboração de programas verticais, como: Programa de Saúde Materno-Infantil¹², Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco¹³, Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher¹⁴, e chegam ao Regime Democrático com a regulamentação constitucional de direitos e garantias fundamentais da mulher e da criança - Constituição Federal de 1988: Art. 5: L; Art. 6; Artigo 7: XVIII, XIX, XXV; Art. 196: II; Art. 226: § 7 - e a criação do Sistema Único de Saúde¹⁵.

A partir da criação do SUS, a década de 1990 será marcada pelas leis orgânicas da saúde n°. 8.080 e n°. 8.142, esclarecendo sobre a operacionalização do SUS, pelas Normas Operacionais Básicas¹⁶ e pela Norma Operacional da Assistência a Saúde¹⁷, a partir dos anos 2000, todas direcionando os modos de gestão do sistema em todo Brasil. Essas políticas, mesmo não sendo específicas, vão influenciar o campo da saúde materno-infantil. Em concomitância, outras regulamentações mais específicas pretendiam ampliar os direitos da mulher e da criança, como: o Estatuto da criança e do adolescente¹⁸ - Art. 8; 9; 10- e a portaria GM/MS n°. 1016/1992, que tornou obrigatória o alojamento conjunto, além do lançamento da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança¹⁹.

Em consonância, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de 1991, se consolidou como uma política altamente efetiva para redução da mortalidade infantil²⁰. Inicialmente implantado nas regiões Norte e Nordeste, priorizando atenção primária à saúde materno-infantil, o programa visava o aumento da cobertura vacinal, atendimento às gestantes e ampliação de cobertura dos serviços de saúde às populações nas periferias urbanas e áreas rurais²⁰.

O PACS contribuiu substancialmente para a melhoria do auto-cuidado em saúde da população assistida, para consolidação de sistemas locais de saúde e produção de informações que possibilitaram diagnósticos situacionais em saúde. Contudo, apesar das experiências bem sucedidas em vários municípios brasileiros, era necessário elaborar um modo mais abrangente de se operacionalizar o direito universal à saúde, ampliando a atenção à saúde da mulher e da criança no ciclo reprodutivo para outros ciclos do desenvolvimento humano. Nesse propósito, o Programa de Saúde da Família (PSF) inicia suas atividades em 1994, tendo como objeto de atenção a família, o que não era realçado pelo PACS²¹.

O Programa de Saúde da Família (PSF) começa a ser implantado em alguns municípios como projeto piloto, sob uma concepção de uma medicina bem simplificada para populações com pouca ou nenhuma assistência à saúde²². No entanto, a partir de 1997, o PSF é enxergado como uma proposta para a reorientação de todo o modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro. A partir desse momento, o PSF emerge como o modelo substitutivo da rede básica tradicional, com cobertura universal e equânime, tendo a atenção primária à saúde como o primeiro nível de assistência no SUS, com organização das

atividades de saúde num território-processo definido, realizado por uma equipe multiprofissional, em trabalho interdisciplinar, sob a égide do princípio da vigilância da saúde e estabelecimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população para enfrentamento dos problemas em saúde²³. Nesse contexto, o termo “Programa”, que esteve historicamente relacionado a ações de saúde pública verticais e transitórias, começa a ser substituído por “Estratégia” em Saúde da Família (ESF), representando um caráter mais democrático e permanente do modelo assistencial vigente.

Embora apresente vantagens em potencial para a melhoria das condições de saúde da população, a ESF ainda não atinge a todos os municípios do Brasil. Em alguns municípios convivem o modelo tradicional da atenção básica, o PACS e a ESF, seguindo lógicas distintas dentro de um mesmo território político-administrativo. Por isso, a caracterização da modalidade da unidade de saúde em que a gestante faz o acompanhamento pré-natal pode estabelecer diferenças quanto ao acesso aos serviços de saúde e ao processo de assistência dentro de cada estabelecimento de saúde.

Avaliações de impacto da cobertura do PACS e da ESF revelam que alguns indicadores relacionados à saúde materno-infantil, como: a taxa de internação por diarreia e infecção respiratória aguda em menores de cinco anos²⁴, cobertura vacinal e taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis²⁵ são sensíveis à implantação dos modelos. No entanto, os quadros de pobreza absoluta e ausência de esgotamento sanitário²⁵, ausência de esquemas de referência e contrarreferência, infraestrutura e insumos inadequados, além de dificuldades relacionadas à formação e capacitação biomédica²⁶, ainda são problemas que limitam a efetividade das ações de saúde.

No que tange à assistência pré-natal, autores destacam aspectos positivos da implantação do PSF em relação às unidades básicas tradicionais, como: realização de ações programáticas no pré-natal, realização de atividades em grupo com gestantes, ações de puericultura, aumento do número de consultas de pré-natal e realização de capacitação profissional em saúde da criança e da mulher²⁷. Esses estudos sugerem que a modalidade do serviço ao qual a gestante é submetida no pré-natal define o acesso e o processo de assistência.

Embora o PACS e a ESF tenham o seu mérito reconhecido no campo da atenção à saúde materno-infantil, no ano 2000, o Ministério da Saúde lança o PHPN, com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-

nascidos, promovendo a ampliação do acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde²⁸. A principal estratégia do PHPN é fazer com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido seja de qualidade e humanizada. Para tanto, institui a concentração de esforços nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) na operacionalização do programa.

A partir do PHPN são evidenciados os critérios para o acesso ao pré-natal e os modos de conduzir o processo de assistência à gestante em todo o Brasil, visto que o programa define que toda mulher grávida deve realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação e ser submetida a alguns procedimentos.

São recomendadas no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento. A solicitação básica de exames laboratoriais de tipagem sanguínea (ABO-Rh), Hemoglobina/Hematócrito (Hb/Ht) e testagem anti-HIV na primeira consulta; dois exames para testagem de sífilis (VDRL), medida glicêmica de jejum e exame de urina na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação. É preconizada a aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, além de atividades educativas; classificação de risco gestacional, a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subseqüentes; atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco²⁸.

O lançamento dessa política estabeleceu as bases referenciais para a promoção de uma assistência pré-natal de qualidade em todo Brasil. Contudo, os primeiros estudos avaliativos nacionais do PHPN revelaram que: cerca de 20% das mulheres realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e não mais que 5% realizaram o conjunto de atividades assistenciais estabelecidas²⁹. A iniquidade de acesso revela-se pela realização mais freqüente dos procedimentos previstos por mulheres residentes nos municípios brasileiros de grande porte³⁰; o início do pré-natal até o quarto mês e a realização dos exames laboratoriais é condicionado à disponibilidade dos serviços de saúde e a forma de organização da oferta³¹. A falta de integração entre os serviços de assistência ao pré-natal e ao parto é notória, assim

como é escassa a repetição dos exames laboratoriais (Glicemia, VDRL, Urina) e a realização da consulta de puerpério²⁹. Isso demonstra que, apesar dos esforços políticos para atenção à saúde materno-infantil ao longo das décadas, o acesso e o processo de assistência pré-natal não acontecem de modo adequado no SUS. Além disso, deve-se destacar que a implantação de uma política de saúde nacional é gradativa e que a efetividade das ações nem sempre podem ser medidas em curto prazo.

O PHPN também fundamentou estudos avaliativos locais³², municipais^{33, 34, 35, 36}, regionais³⁷ e estaduais³⁸ em todo território nacional, definindo os critérios de julgamento de adequação da assistência pré-natal. Esses estudos revelaram uma característica comum sobre a assistência pré-natal: o início do pré-natal precoce e a realização da quantidade de consultas preconizada – variáveis que qualificam o acesso –, possuem baixos percentuais de adequação; quando se acrescentam os exames laboratoriais básicos, esses percentuais se reduzem; e, quando se incluem a repetição dos exames indicados no PHPN, a adequação do processo de assistência reduz-se a níveis muito mais baixos ainda.

2.3 INFORMAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Um Sistema de Acompanhamento do PHPN – SISPRENATAL - foi elaborado e disponibilizado pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a fim de facilitar a gestão do programa em todo Brasil. O SISPRENATAL deve ser alimentado por informações da Ficha de Cadastro da Gestante e da Ficha de Registro Diário do Atendimento à Gestante, ambas preenchidas nos estabelecimentos de saúde onde a grávida realiza o pré-natal. Além de servir como mecanismo de repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde²⁸, o sistema permitiria a produção de dados para gerar informações fundamentais para a organização e planejamento dos serviços pré-natais³⁹.

Contudo, ao comparar os registros do SISPRENATAL e dos prontuários nos estabelecimentos de assistência à gestante, Moimaz et al⁴⁰ observaram muitas falhas de preenchimento das fichas de atendimento e um controle escasso dos prontuários e do agendamento das consultas nos estabelecimentos, pois apenas 17,4% das gestantes possuíam cadastro em ambos locais. A precariedade do registro de informações sobre assistência à saúde materno-infantil pode estar expressando a baixa qualidade dos serviços de pré-natal.

O SISPRENATAL permite avaliações precisas quanto às gestantes cadastradas no PHPN, visto que é possível construir indicadores tanto em relação ao acesso - início e quantidade de consultas -, quanto em relação ao processo de assistência - procedimentos e exames laboratoriais^{29, 37, 38}. Além disso, o sistema funciona como mecanismo de gestão para repasse de verbas, o que pode contribuir para maior completude de informações. No entanto, as informações podem ser camufladas visando o aumento do repasse de recursos, somando-se a isso, pode haver exclusão de municípios que não implementaram o PHPN e das gestantes que não realizam pré-natal ou que chegaram aos serviços de saúde em estado avançado de gravidez. Esses problemas resultam numa grande incongruência das informações entre os dados depositados no sistema e os disponíveis nos prontuários dos estabelecimentos de saúde⁴⁰, o que demonstra como o sistema é mal alimentado.

A ausência de informações de saúde para subsidiar políticas públicas voltadas às mulheres e crianças não é um problema recente^{41, 42}. Mesmo no sistema de informação mais antigo do Brasil, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), variáveis materno-infantis, como: peso ao nascer, semana gestacional do nascimento, raça/cor do recém-nascido, idade e escolaridade materna, apresentam elevados percentuais de incompletude em diversos estados brasileiros⁴³.

Ao avaliar a completude e a consistência das variáveis materno-infantis no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Romero e Cunha⁴⁴ descobrem que algumas variáveis, como: idade, escolaridade e estado civil da mãe, sexo e peso ao nascer da criança, número de consultas pré-natais, apresentam excelentes níveis de completude em quase todo território nacional. Por outro lado, as variáveis relacionadas à história reprodutiva, ocupação materna e raça/cor, possuem altos percentuais de incompletude e estão associados aos indicadores de pobreza e desigualdade nos estados⁴⁴.

Os estudos de Romero e Cunha^{43, 44} avaliam a completude dividindo-se o total de ausência de informação de uma variável pelo total de registros, em seguida a classificação é realizada segundo os níveis: Excelente (incompletude <5%), Bom (incompletude de 5% a 10%), Regular (incompletude de 10% a 20%), Ruim (incompletude de 20% a 50%), Muito Ruim (incompletude >50%). Esse método de avaliação tem sido utilizado em outros estudos que avaliam completude de informações^{45, 46}, sugerindo uma alternativa viável para o julgamento da qualidade da informação em saúde.

Os estudos de avaliação da assistência pré-natal vêm se utilizando de diversas fontes de informação para elaboração de diagnósticos panorâmicos, construção de indicadores e de índices de julgamento sobre a atenção materno-infantil. Dentre as fontes, o SINASC, construído a partir das informações da Declaração de Nascido Vivo, destaca-se por fornecer informações gerais sobre os perfis de acesso, medidos basicamente pela realização ou não do pré-natal e quantidade de consultas realizadas^{35, 36}. Contudo, deve-se considerar que o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo ocorre geralmente no estabelecimento de saúde, onde ocorreu o parto, com dados provenientes do auto-relato da puérpera, do prontuário médico ou do cartão da gestante, sem critério de prioridade para escolha da fonte de informação.

O prontuário da atenção básica também vem sendo utilizado como uma fonte de informação para avaliação dos serviços de pré-natal. A partir dele é possível obter informações detalhadas sobre a estrutura dos serviços de saúde, onde a gestante é acompanhada, processo de assistência pré-natal e resultados da intervenção⁴⁷. Permitem um diagnóstico situacional local profundo, que fundamentam diretrizes para o planejamento, melhoria dos serviços de atenção à saúde materno-infantil⁴⁸ e implementação de estratégias em nível de gestão municipal⁴⁹. Todavia, estudos que avaliam o pré-natal apenas pelo prontuário da atenção básica excluem as gestantes de alto risco, que geralmente são encaminhadas para níveis de atenção de maior complexidade. Além disso, por mais completo que esteja o prontuário, no SUS ele não acompanha a gestante até o estabelecimento do parto, onde um profissional de saúde realiza o parto sem as informações advindas desta fonte. Nesse momento, as informações da assistência pré-natal são cruciais para avaliar os riscos aos quais as mães e conceptos estão submetidos, bem como para evitar a negligência ou a repetição desnecessária de procedimentos terapêuticos ou exames clínicos e laboratoriais⁵⁰.

Outra fonte de informação dos estudos avaliativos sobre assistência pré-natal são os Cartões de Gestantes^{33, 34}. Sua utilização popularizou-se no Brasil, com o aumento da oferta de serviços da atenção básica, tornando-se uma das fontes para a avaliação do processo de assistência pré-natal⁵¹. Nele há campos para registros sobre dados socioeconômicos, história pregressa familiar, pessoal e obstétrica, exames clínicos e laboratoriais, além de informações rotineiras das consultas pré-natais, como: data da consulta, semana

gestacional, peso, pressão arterial, altura uterina, batimentos cardíacos fetais e movimento fetal.

O Cartão da Gestante tem funcionado como mecanismo de continuidade do cuidado entre o acompanhamento gestacional na Atenção Básica e a assistência ao parto e ao puerpério imediato na média e na alta complexidade⁵². Contudo, se o cartão apresenta as vantagens de ser amplamente utilizado no SUS, permitir o registro de informações essenciais e funcionar como elo entre o pré-natal e o parto; por outro lado, está sujeito à incompletude de registros pelos profissionais condutores do pré-natal e às perdas ou ao extravio pela gestante. Porém, essa limitação é diminuída pelo discurso da valorização do cuidado com a saúde e a noção de importância da prevenção⁵³, quando nota-se que as mulheres percebem a posse do cartão como uma garantia para a realização de uma atenção ao parto sem maiores intercorrências, pois quase todas as parturientes portam o cartão para o local de realização do parto⁵⁴.

As entrevistas com mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, também são fontes de informação usadas para avaliar a assistência pré-natal tanto no Brasil⁵⁵, quanto em outros países do mundo^{56, 57}. As informações são geralmente obtidas por meio de entrevistas face-a-face e anotadas em formulários de pesquisa, sendo exclusivamente dependentes do auto-relato recordatório da mulher, por isso podem estar sujeitas a limitações. O estudo Delgado-Rodriguez et al⁵⁸ sugere a presença do viés de memória no relato das puérperas sobre: o mês de início e número das consultas pré-natais, o desenvolvimento de doenças gestacionais e a administração de medicamentos na gravidez. No entanto, a entrevista pode funcionar como uma ferramenta valiosa para avaliar a percepção da mulher sobre o pré-natal e seus modos de interação com os serviços de saúde⁵².

2.4 ÍNDICES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A tentativa de desenvolver métodos para avaliação da assistência pré-natal não é uma prática recente^{59, 60}. Os critérios de julgamento para uma atenção pré-natal adequada sofreram diversas mudanças ao longo dos anos, acompanhando o desenvolvimento de novas ferramentas diagnósticas e das evidências científicas geradas no campo da saúde materno-infantil^{61, 62}. No entanto, deve-se ressaltar que a fonte de informação utilizada para definição dos critérios de adequação da assistência possivelmente influenciarão nos resultados dos índices de julgamentos avaliativos.

Os métodos de avaliação da assistência pré-natal podem ser classificados em: índices que medem o acesso, entendido como a entrada dos usuários nos serviços de saúde e a continuidade do cuidado⁶³; e, índices que avaliam a adequação do processo de assistência, entendido como atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes de acordo com padrões técnicos, científicos e/ou administrativos⁶. Esses índices podem ser utilizados separadamente ou de forma conjugada nas avaliações de serviços de saúde no pré-natal, como métodos parciais de mensuração da qualidade da assistência.

Os índices que avaliam acesso a assistência pré-natal vão considerar a adequação relacionada ao o mês gestacional da primeira consulta e a quantidade de consultas ao longo da gestação.

O índice de Ciari et al⁵⁹ e de Kotelchuck⁵⁶ consideram na avaliação do acesso à assistência pré-natal a razão entre consultas realizadas e as esperadas. Porém, Ciari et al⁵⁹ defende que o total de consultas esperadas em gestações a termo deve ser igual a cinco com razão superior a 0,80, enquanto Kotelchuck⁵⁶ considera o número de consultas pré-natais ponderado pela idade gestacional com categorias de julgamento da atenção pré-natal.

Segundo esse autor, um acompanhamento gestacional mais que adequado é aquele iniciado antes ou durante o 4º mês, com razão superior ou igual 110%, entre as consultas realizadas e esperadas segundo a idade gestacional. Enquanto isso, a razão seria de 80% a 109% para um pré-natal adequado e de 50% a 79% para um pré-natal considerado intermediário. O acompanhamento gestacional inadequado acontece quando as gestantes iniciam o pré-natal depois do 4º mês com uma razão menor que 50% ⁵⁶.

No entanto, esse índice não inclui na classificação as mulheres que não realizaram pré-natal, nem as mulheres que iniciaram o pré-natal até o quarto mês, com menos de 50% das consultas esperadas, nem mulheres que iniciaram o pré-natal depois do quarto mês, com mais de 50% das consultas esperadas, situações consideradas no indicador modificado por Leal et al⁶⁴.

O *Revised Graduated Prenatal Care Utilization Index* (GINDEX revisado) proposto por Alexander e Cornely⁶⁵ também considera que a quantidade de consultas pré-natais deve incluir a idade gestacional, pois atribui como critério de adequação da assistência a realização de uma consulta até o 4º mês, com um total de nove consultas até a 36ª semana

gestacional. A partir da 36ª semana, uma consulta semanal deve ser realizada até o momento do parto.

Já o índice de Kessner et al⁶⁰ destaca que o pré-natal deve iniciar até o terceiro mês de gestação, com a realização de nove consultas, em gestações maiores ou iguais a 36 semanas. Considerando-se uma modificação do índice de Kessner et al⁶⁰, Takeda⁶⁶ definiu que um pré-natal adequado deve iniciar até a vigésima semana gestacional, com realização de seis ou mais consultas. Contudo, Rosen et al⁶⁷ incluem o critério da paridade, defendendo que em múltíparas sete consultas seriam suficientes, enquanto em primíparas nove consultas classificariam o pré-natal como adequado, desde que nas duas situações a primeira consulta seja realizada até a oitava semana de gestação.

O PHPN permite classificar como adequado todo acompanhamento pré-natal iniciado até o quarto mês de gestação com seis consultas ou mais, sendo uma consulta realizada no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro trimestre²⁸. Outras variações do índice proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil²⁸, como o de Coutinho et al³⁴, avaliam o acesso adequado ao pré natal quando é iniciado até a 14ª semana gestacional perfazendo um total de seis ou mais consultas. Já o índice de Carvalho e Novais⁶⁸ considera as mesmas quantidades de consultas nos dois primeiros trimestres gestacionais do índice de Ministério da Saúde do Brasil acrescentando uma consulta ao último trimestre.

Os critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) definem que em gestações de baixo risco o pré-natal adequado deve ter a primeira consulta realizada antes da 12ª semana gestacional, a segunda consulta entre a 24ª e 28ª semana, a terceira consulta entre a 30ª e 34ª semana e a quarta consulta entre a 36ª e 40ª semana⁶⁹.

Os índices que avaliam o processo da assistência são muito mais detalhados e variados. A construção desses índices nacionais é muito influenciada por critérios estabelecidos pelo PHPN, que define um conjunto de exames laboratoriais, administração de vacinas, realização de atividades educativas, classificação de risco e encaminhamento dos casos de riscos²⁸.

Koffman e Bonadio³² avaliam o processo de assistência considerando no PHPN, a repetição e a não repetição dos exames de VDRL, Glicemia e Urina. Além disso, acrescenta como critério de adequação da assistência a realização de atividades cotidianas nas consultas pré-natais como: a medida da altura uterina e pressão arterial, cálculo da idade gestacional e

pesagem materna, verificação dos batimentos cardíacos e movimentos fetais. Silveira et al⁷⁰ considera os mesmos conjuntos de exames clínicos, físicos e laboratoriais para avaliar o processo de assistência com pequenas variações.

Entretanto, Coutinho et al³⁴ estabelece três níveis para avaliar plenamente a assistência pré-natal. O nível I refere-se ao acesso em tempo ideal com quantidade total de consultas satisfatórias. No nível II soma-se ao nível anterior a realização de atividades de exames laboratoriais. Já no nível III, somam-se ao processo de assistência o nível anterior a execução de clínicos e físicos na gestante e no feto.

Puccini et al⁶¹, inova os critérios de classificação para avaliação de adequação do processo de assistência pré-natal, incluindo além da realização de exames laboratoriais de ABORh, Glicemia, Hemoglobina, Hematocrito, VDRL e testagem anti-HIV, o exame de ultrassonografia, o exame clínico de mamas e a medida da pressão arterial em pelo menos uma das consultas.

Deve-se considerar que em nível internacional os índices que avaliam o processo de assistência variam muito entre países. Os critérios definidos para julgar o processo de assistência dependem das políticas de saúde instituídas nos territórios e dos principais problemas de saúde pública enfrentados pela população local⁷¹. Contudo, algumas atividades são defendidas pela OMS, como critérios cruciais para a qualificação do processo de assistência pré-natal.

A OMS⁶⁹ define que na primeira consulta devem ser realizados os exames laboratoriais de hemoglobina, VDRL, ABORh e Urina, cálculo da idade gestacional, medida da altura uterina e altura materna, aferição do peso materno e pressão arterial, administração da vacina antitetânica e suplementação com ferro e ácido fólico. Na segunda consulta, deve ser realizado o cálculo da idade gestacional, a medida da altura uterina e da pressão arterial, pesagem materna, verificação dos batimentos cardíacos fetais, repetição do exame de urina em primigestas e em gestantes com histórico de pré-eclâmpsia, além de recomendações sobre serviços de emergências. Na terceira consulta, incluem-se todos os procedimentos anteriores, exceto o exame de urina e as recomendações sobre emergências. Mas somam-se a repetição da hemoglobinemia, a administração da segunda dose da vacina antitetânica e orientações sobre aleitamento materno. Na quarta consulta, a idade gestacional deve ser calculada, a altura uterina, a pressão arterial e o peso medidos, os batimentos cardíacos e os

movimentos fetais verificados, além disso, a gestante deve ser referenciada a uma maternidade/hospital para realização do parto.

Os índices que avaliam o acesso e o processo de assistência possuem critérios diferentes para considerar a adequação da assistência pré-natal. Por isso, sugere-se que as utilizações de diferentes índices, quando comparados, resultam em concordância, sensibilidade, especificidade, preditividade, acurácia e razões de verossimilhança diferenciadas para julgar a adequação, que é fundamental para planejamento dos serviços de saúde materno-infantil no SUS.

2.5 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL

A assistência odontológica na gestação é repleta de barreiras, que vão desde a baixa percepção de necessidade, ansiedade, medo até dificuldade de acesso no serviço público⁷². Contudo, o Programa Brasil Sorridente, lançado em 2004, visa ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. O programa trouxe uma reorientação no modelo assistencial de saúde bucal, integrando o atendimento odontológico à atenção básica pela Estratégia em Saúde da Família⁷³. Isso possibilitou a ampliação da assistência odontológica a diversos grupos populacionais, inclusive à gestante, que neste momento do ciclo da vida necessita de prioridade de cuidados e necessidades em saúde bucal peculiar⁷⁴.

Essa política definiu que a assistência odontológica na gestação deve ser oferecida na atenção básica em três níveis em acordo com as necessidades em saúde. No nível educativo, incluem-se orientações de toda equipe de saúde sobre amamentação, higiene bucal materna e infantil, uso de bicos artificiais, uso dos alimentos cariogênicos, uso de flúor, uso de outros medicamentos e alterações gengivais na gestação. No nível preventivo, incluem-se intervenções odontológicas para adequação do meio bucal, evidenciamento de placa bacteriana, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, profilaxia profissional e aplicação de selantes. Já no nível curativo, incluem-se intervenções de maior complexidade, como: tratamentos restauradores, tratamentos endodônticos, tratamentos periodontais, utilização de medicamentos e realização de exames radiográficos⁷⁴. Nesse contexto, nota-se que a assistência odontológica é tratada de modo abrangente, integrada às demais especialidades, mas deve-se considerar que existem problemas específicos da saúde bucal na gestação. Há representações sociais que desaconselham a atenção odontológica na

gravidez, fundamentadas no receio dos profissionais para execução de tratamentos curativos seguros e no medo das gestantes de algum malefício em potencial da atenção odontológica para o bebê^{75,76}.

Nos estudos científicos é contraditória a afirmação de que quadros patológicos bucais, especificamente a doença periodontal, interfira diretamente em desfechos gestacionais, como prematuridade e o baixo peso ao nascer, visto que a maioria dos estudos apresenta falta de controle de variáveis de confusão e limitações de método que inviabilizam a determinação do efeito isolado da doença periodontal gestacional nesses desfechos⁷⁷. Contudo, deve-se ressaltar que a gestante está mais vulnerável às alterações gengivais, devido às modificações hormonais, que podem provocar ou agudizar processos inflamatórios episódicos ou pré-existentes, impulsionados pela interação entre o tipo e a quantidade de bactérias periodontopáticas no sulco gengival de uma mulher imunologicamente suscetível⁷⁸.

Mesmo tendo reconhecida sua multifatorialidade, a cárie dental constitui-se num problema de elevada importância durante a gestação, visto que os microrganismos promotores dessa patologia são transmitidos pelas mães aos bebês desde seus primeiros meses de vida⁷⁹. Entretanto, além da reprodução da doença entre mães e filhos, os resultados dos processos cariosos geralmente resultam em dor ou mutilação parcial ou total dos elementos dentários, piorando a qualidade de vida da gestante e demandando atenção de acordo com as necessidades em saúde.

Tais necessidades se configuram de acordo com diversos sentidos. Sob a ótica do profissional da saúde, tais necessidades geralmente são definidas segundo o sentido funcionalista do Paradigma da História Natural das Doenças, em que ter necessidade em saúde é ter necessidade de boas condições fisiológicas de vida⁸⁰. Do ponto de vista do usuário dos serviços a necessidade em saúde é construída a partir do encontro das subjetividades e estabelecimento de vínculos, desvelando-se em diferentes graus de autonomia dos sujeitos⁸⁰. Portanto, nem sempre as definições objetivas de necessidades em saúde, propostas pelos profissionais, coincidem com os conceitos de necessidades definidos pelos usuários dos serviços.

Como uma aproximação de necessidades em saúde percebidas pelos usuários, Slade et al⁸¹ propuseram o *Oral Health Index Profile (OHIP-14)*, que consiste num questionário de

quatorze perguntas com cinco opções de resposta para cada questão, dispostas em nível hierárquico de importância. Esse instrumento pressupõe medir o impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida dos indivíduos, estabelecendo sete dimensões para avaliação de impacto: a limitação funcional, a dor física, o desconforto psicológico, a incapacidade física, a incapacidade psicológica, a incapacidade social e a deficiência. O impacto é considerado relevante quando os dois últimos níveis são relatados pelos respondentes. As percepções subjetivas relacionadas à boca podem limitar a capacidade plena das atividades cotidianas em alguma dimensão da vida⁸¹. O instrumento foi validado em vários países de línguas diferentes^{82, 83, 84} e vem sendo utilizado em diversos estudos nacionais e internacionais em populações distintas^{85, 86, 87}.

O OHIP-14 compõe um conjunto de indicadores chamados de “sociodentais” que têm sido muito estudados e utilizados⁸⁸, não com a finalidade de estabelecer necessidade clínica de tratamento odontológico, mas com o objetivo de priorizar ações e planejar serviços de saúde⁸⁹. Além disso, esses indicadores psicométricos tem sido válidos para mensurar, não necessariamente a doença, mas a influência das condições bucais na percepção subjetiva de saúde e qualidade de vida das populações humanas^{88,90}.

O termo “qualidade de vida” é polissêmico e multidimensional. Envolve um conjunto de fatores relacionados ao viver humano de ordem física, psicológica, social e até ambiental. Segundo a OMS, qualidade de vida refere-se “à percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁹¹. Segundo essa concepção, pode referir-se tanto à sensação de bem-estar experimentada pelos indivíduos segundo a capacidade de realização plena de suas atividades cotidianas quanto pode ser influenciada pelo estado de saúde, no que se refere ao desenvolvimento de doenças e intervenções clínicas para o tratamento das mesmas⁹². Contudo, nos estudos científicos, a tentativa de mensurar a qualidade de vida tem sido objeto de estudo de grande interesse, principalmente após o movimento mundial pela Promoção da Saúde⁹³.

Há uma estreita relação entre qualidade de vida e promoção da saúde, visto que a elaboração de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento em potencial de uma mentalidade sanitária nos indivíduos por meio da informação em saúde

são campos centrais da Promoção da Saúde, que refletem em elevo do bem-estar e incremento da qualidade de vida⁹⁴.

No que se refere ao processo de assistência pré-natal nos serviços de saúde pública, a estreita relação entre profissionais e gestantes pode propiciar um ambiente favorável à promoção da qualidade de vida não apenas por meio de medidas clínicas e terapêuticas, mas também por meio de atividades educativas que resignifiquem os modos das usuárias quanto ao enfrentamento de problemas de saúde em suas famílias e comunidades.

Entretanto, a educação não pode ser um depósito de conteúdos – educação bancária – mas deve ser centrada na dialogicidade, na problematização dos homens em suas relações com o mundo. Nesse sentido, o educador não é mais o que apenas educa, mas o que enquanto educa é educado em diálogo com o educando onde ambos tornam-se sujeitos do processo⁹⁵. Possivelmente, a participação de profissionais de saúde e gestantes em um projeto educativo no pré-natal pode gerar uma experiência cumulativa, de aperfeiçoamento das habilidades e dos valores com uma perspectiva de transformação dos parceiros-atores participantes, que continuem a refletir após o início do processo, a trocar idéias e aperfeiçoar e reconstruir a partir de novos problemas⁹⁶.

3 JUSTIFICATIVA

Estabelecer diagnósticos precisos sobre as debilidades enfrentadas no âmbito dos serviços de pré-natal é um desafio para assistência à saúde materno-infantil. Portanto, além de seu ineditismo, este estudo sobre avaliação da assistência pré-natal na RMGV-ES justifica-se por que:

- Supre a carência de estudos nessa região para sugerir a reorientação de políticas públicas e atitudes profissionais, somadas ao incentivo de incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde, visando à promoção da saúde materno-infantil no SUS;
- Avalia criticamente as diferentes fontes de informação – memória materna e cartão da gestante – comumente utilizadas nos estudos epidemiológicos avaliativos sobre assistência pré-natal;
- Avalia criticamente a utilização de diferentes índices avaliativos que emitem julgamentos sobre adequação do acesso à assistência pré-natal em estudos nacionais e internacionais;
- Propõe um método para avaliação do acesso à assistência odontológica no pré-natal, que mensura a capacidade de utilização dos serviços de saúde bucal em responder às necessidades em saúde auto-percebidas pela puérpera de um modo integrado.

4 OBJETIVOS

- a) Avaliar a completude de informações sobre assistência pré-natal nos cartões de gestantes, segundo o tipo do serviço de saúde pública: Estratégia em Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários (PACS) e Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.
- b) Verificar a concordância entre as informações prestadas por puérperas e as registradas nos cartões das gestantes sobre assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.
- c) Comparar os diferentes índices de avaliação de acesso à assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.
- d) Avaliar a resposta da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

5 METODOLOGIA

5.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO

A Região Metropolitana de Vitória, ou Grande Vitória (RMGV), é formada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. Foi constituída pela Lei Complementar Estadual 58, de 21/02/1995, e posteriormente modificada em 1999 e 2001, quando incorporou, respectivamente, os municípios de Guarapari e Fundão. Esses sete municípios abrigam quase metade da população total do Espírito Santo (46%) e 57% da população urbana do Estado. Produzem 58% da riqueza e juntos somam uma área territorial de 2.331,01 km². São municípios que apresentam entre si diferenças estruturais de desenvolvimento socioeconômico e populacional, integrando desde municípios com predomínio de atividades agropecuárias quanto industriais (Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves. <http://www.ijsn.es.gov.br/>, acessado em 09/Jul/2007).

5.2 SERVIÇOS E INDICADORES DE SAÚDE

No que se refere aos indicadores relativos a serviços de saúde na atenção básica da RMGV-ES, as diferenças são acentuadas. Quanto à cobertura da Estratégia de Saúde da Família da população adstrita, os dados de 2006 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), evidenciaram que essa cobertura chega a quase 100% no município de Fundão, entretanto, não chega a 21% nos municípios de Cariacica, Guarapari e Serra (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>, acessado em 02/set/2008).

Também existem desigualdades no que se refere aos indicadores de mortalidade infantil e materna. Em 2007, Fundão apresentou o maior Coeficiente de Mortalidade Infantil (16,5/1.000) e Vitória e Guarapari tiveram o menor coeficiente; igual a 11,5 óbitos para cada grupo de 1.000 nascidos vivos (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10es.def>, acessado em 02/set/2008). No mesmo ano, os municípios de Viana, Fundão e Guarapari não registraram nenhuma morte materna. Em oposição, Cariacica apresentou a Razão de Mortalidade Materna igual a 122,3 mortes maternas para cada grupo de 100.000 nascidos vivos,

enquanto em Vitória esse indicador foi de 45,1/100.000. (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/mat10es.def>, acessado em 02/set/2008).

Já em relação aos estabelecimentos de saúde que realizam os partos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), são 13 estabelecimentos públicos e/ou conveniados com 293 leitos obstétricos, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Dentre estes estabelecimentos foram selecionados oito que realizaram 80% do volume de partos no ano de 2007. Nessa seleção, três maternidades incluídas são especializadas em assistência à gravidez de alto risco. A principal maternidade, em volume de partos, é a Pró-Matre Vitória, que realizou 38% dos partos da RMGV-ES, e o menor volume foi registrado pelo Hospital Municipal de Cobilândia Vila Velha, que realizou apenas 4% dos partos no ano de 2007 (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/>, acessado em 23/set/2008).

Outro indicador relevante para a composição deste estudo foi o percentual de nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal. Esse indicador foi construído com informações extraídas do SINASC, para o ano de 2007, segundo o município de residência da mãe do recém-nascido. O indicador foi formulado dividindo-se a quantidade de nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal pelo número de nascidos vivos, no mesmo município e ano, multiplicado por 100. Os indicadores de cobertura da assistência pré-natal, para cada município da RMGV-ES, foram os seguintes: Cariacica (58,2%), Viana (60,9%), Vitória (74,4%), Serra (63,4%), Fundão (68,4%), Guarapari (79,7%), Vila Velha (66,9%). (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nves.def>, acessado em 06/Mai/2008).

5.3 POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma investigação epidemiológica observacional analítica do tipo estudo seccional, desenvolvida a partir de uma amostra representativa de parturientes residentes nos municípios da RMGV-ES, que se hospitalizaram em estabelecimentos de saúde por

ocasião do parto. Para cada município, as parturientes foram selecionadas nos principais estabelecimentos que realizam partos para o SUS nos municípios da RMGV-ES.

5.4 AMOSTRA

Para alcançar os objetivos propostos, o tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula de tamanho amostral para estimar uma proporção. Por meio dos dados fornecidos pelo SINASC, estimou-se o total de 17.980 nascidos vivos na rede pública ou conveniada ao SUS na RMGV-ES em 2007, visto que esse quantitativo reflete aproximadamente a quantidade de parturientes. Também foi considerado o indicador “Percentual de Nascidos Vivos Cobertos por Sete ou Mais Consultas de Pré-natal” nos municípios da RMGV-ES, como uma aproximação da assistência pré-natal no SUS. Então, se considerou a população estimada de 17.980, e o menor indicador de cobertura pré-natal, correspondente ao município de Cariacica (58,2%), uma precisão desejada de 4%, o efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância de 5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 850 puérperas. O total foi aumentado em cerca de 30% para considerar as possíveis perdas ou recusas, o que resultou em uma amostra de 1131 puérperas.

Considerando as diferenças de contingente populacional de nascidos vivos entre os municípios, a representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação de acordo com as seguintes proporções: Cariacica (22,6%), Fundão (1,0%), Guarapari (6,3%), Serra (26,3%), Viana (3,7%), Vila Velha (22,2%) e Vitória (17,9%). Além disso, escolha das parturientes que compuseram o estudo, presentes no momento da visita dos entrevistadores em um dos oito estabelecimentos de saúde, foi feito também considerando a proporção de partos que são realizados em cada local.

5.5 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Os entrevistadores foram selecionados por edital público, que considerou o interesse de alunos de graduação de qualquer das áreas ciências da saúde e a disponibilidade diurna para participação no curso de treinamento de entrevistadores para o projeto “Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal na RMGV-ES: Acesso e Integração dos Serviços de Saúde”. O curso de treinamento, realizado por pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – UFES e do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

– ENSP/Fiocruz, foi composto por uma carga horária teórica de 16h, um treinamento prático de 12h. Por conseguinte, os alunos candidatos foram submetidos a um teste avaliativo teórico, que pontuou os sete melhores alunos para compor a equipe de entrevistadores.

5.6 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto envolveu o teste do instrumento elaborado para a coleta de dados e finalização do treinamento dos sete entrevistadores em uma amostra de 67 parturientes (não incluídas no estudo) em um dos estabelecimentos onde foi conduzido o estudo principal. Essa etapa da pesquisa consistiu na adequação do instrumento para coleta de dados. O processo teve como objetivo a verificação das apresentações gráficas dos questionários, bem como o teste sobre o entendimento dos seus itens e a avaliação do tempo médio de preenchimento dos formulários. Adequações na apresentação e no vocabulário foram realizadas para início do estudo principal.

5.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por uma equipe de sete entrevistadoras, previamente treinadas, por meio de aplicação de entrevista estruturada fechada às parturientes (Anexo A), além da cópia integral do Cartão da Gestante e a retirada de algumas informações do prontuário médico do estabelecimento de saúde onde foi realizado o parto.

O momento de coleta de dados, após o parto, é a ocasião em que toda a assistência do pré-natal foi indubitavelmente concluída. Além disso, é nesse momento em que é possível detectar a realização da assistência pré-natal prestada, por meio de uma logística abrangente e executável.

Essas entrevistadoras visitavam no mínimo uma vez por semana todas as oito maternidades incluídas no estudo, abordavam mulheres no momento após o parto, para relato de informações sobre a assistência pré-natal. Nos dias das visitas, as entrevistadoras listavam todas as puérperas residentes em um dos municípios da RMGV-ES, em seguida, realizavam a amostragem sistemática intercalando-se de duas em duas para selecionar puérperas a serem abordadas. Esse método foi realizado até atingir o total da amostra. Na abordagem foram incluídas todas as puérperas residentes na RMGV-ES que realizaram o pré-natal no

SUS em um dos sete municípios da região. Nesse momento, verificava-se a possibilidade da realização da entrevista e posse do Cartão da Gestante, excluindo-se mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal (todo ou parte) no sistema privado ou em outros municípios fora da RMGV-ES, além de puérperas com menos de 12 horas pós-parto cesáreo.

5.8 VARIÁVEIS SEGUNDO FONTES DE INFORMAÇÃO

5.8.1 Cartão da Gestante

5.8.1.1 Completude

A avaliação sobre a completude dos cartões de gestantes considerou os registros como variáveis dicotômicas: ausente e presente. Esses registros nos campos do cartão foram verificados segundo temáticas: variáveis utilizadas no cadastramento e no registro diário do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN); informações maternas, antecedentes obstétricos e exames clínicos; e, registros cotidianos inerentes às consultas.

Os dados de cadastro no PHPN verificado nos cartões foram: o local de realização do pré-natal, a data da primeira consulta e a data da última menstruação, enquanto as variáveis de registro diário foram relacionadas a um ou dois registros dos exames de tipagem (ABO) e fator (Rh) sanguíneo, VDRL, urina (EAS), Glicemia, Hemoglobina, Hematócrito, Anti-HIV, HbsAg, Toxoplasmose. Além disso, foram consideradas informações maternas, antecedentes pessoais e obstétricos, exames clínicos. Nos campos direcionados aos registros cotidianos das consultas pré-natais avaliou-se a presença das datas das consultas, pesagem, medidas da pressão arterial, exame de toque, semanas de amenorréia, medidas da altura uterina, batimentos cardíacos fetais (BCF) e movimentos fetais (MF).

5.8.1.2 Doenças

Informações sobre Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus* pré-gestacionais foram retirados do campo “antecedentes pessoais” no cartão da gestante. Considerou-se que a gestante era portadora de hipertensão arterial quando a média da pressão arterial sistólica foi ≥ 140 mmHg e diastólica ≥ 90 mmHg. Esse cálculo considerou no mínimo dois e registros e no máximo seis registros de pressão nos cartões para ambas as medidas.

A suspeita de diabetes gestacional foi definida pelo registro de pelo menos um nível glicêmico ≥ 105 mg/dl. Já a diabetes gestacional confirmada considerou-se quando pelo

menos em dois exames o nível glicêmico foi $\geq 105\text{mg/dl}$ ou em apenas um dos exames o nível foi $\geq 200\text{mg/dl}$. A anemia gestacional foi definida com base no registro de um nível de hemoglobina $< 11\text{g/dl}$. O histórico de infecção urinária na gestação foi constatado pelos registros positivos para exames de urocultura.

5.8.1.3 Medicamentos e Exames

A administração de medicamentos e vacina antitetânica foi positiva quando anotada em qualquer local do cartão. A realização dos exames de tipagem sanguínea e fator Rh (ABO-Rh), VDRL, Glicemia de jejum, exame de urina (EAS), Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito, Testagem de HIV/AIDS e Toque vaginal, além da repetição do VDRL, Glicemia de jejum e Exame de Urina, foram considerados quando registrados no cartão.

5.8.1.4 Assistência pré-natal

A quantidade de consultas de acompanhamento pré-natal foi obtida pela contagem dos registros no cartão da gestante. Enquanto a verificação dos batimentos cardíacos fetais foi considerada quando pelo menos um registro foi detectado nas três primeiras consultas. A pesagem e a medida da pressão arterial nas consultas de acompanhamento pré-natal foram calculadas pelo razão entre o número de registros e o número de consultas anotadas. Em seguida, os resultados dos cálculos foram discriminados em categorias, segundo intervalos numéricos: nunca ($< 0,40$), às vezes (de $0,40$ a $0,79$) e sempre ($> 0,80$).

5.8.2 Memória da Puérpera

As variáveis sobre o acompanhamento pré-natal consideraram as informações fornecidas pelas à puérpera sobre a quantidade de consultas, mês gestacional da primeira e da última consulta, quantidade de filhos – paridade -. As doenças pré-gestacionais e gestacionais como: *Diabetes Mellitus*, Hipertensão, Anemia e Infecção Urinária, administração de medicamentos e vacina antitetânica foram categorizadas de modo dicotômico. A realização de exames de rotina do acompanhamento pré-natal como: verificação dos batimentos cardíacos fetais, pesagem e a medida da pressão arterial foram categorizadas em nunca/às vezes/sempre.

Variáveis sobre assistência odontológica no pré-natal as parturientes incluíram a utilização de serviços odontológicos durante a gravidez: atividades educativas, preventivas e

curativas, de acordo com as recomendações de assistência odontológica na atenção básica⁷⁴.

No nível educativo considerou-se na investigação se algum profissional de saúde orientou sim/não sobre: amamentação exclusiva por seis meses, amamentação por dois anos ou mais, prejuízos do uso de mamadeira e de chupetas para a saúde da criança, a relação positiva entre amamentação e desenvolvimento dos músculos ossos e dentes, efeitos benéficos da amamentação para a prevenção de doenças respiratórias, higiene bucal materna e infantil, alimentação saudável, uso de flúor materno e infantil. Esses itens foram considerados, segundo o livro “A primeira viagem de mamãe Eva: Uma história de promoção da saúde materno-infantil”, premiado na edição 2010 do Prêmio de Incentivo à Ciência e Tecnologia para o SUS⁹⁷.

Quanto às variáveis odontológicas relacionadas ao nível preventivo, a puérpera respondeu se durante a gravidez realizou ou não consulta odontológica de revisão, escovação supervisionada, profilaxia profissional e aplicação de flúor.

A avaliação da assistência odontológica no nível curativo considerou o relato da puérpera sobre a realização ou não de consulta odontológica por motivo de dor, para extração dentária, restauração dentária, tratamento endodôntico, tratamento gengival e administração de medicamentos odontológicos.

4.8.2 Prontuário Médico

As únicas informações retiradas dos prontuários das puérperas foram: a idade gestacional (Método Capurro) e a data de nascimento da criança. De posse destas informações, foi calculada a idade gestacional na primeira e na última consulta, conforme a data registrada nos cartões de gestantes.

4.8.3 Dados Secundários

A classificação da modalidade dos serviços de saúde em: ESF, PACS e UBS tradicional, foram obtidas relacionando os nomes das unidades de saúde, presentes nos cartões ou os locais de residência das puérperas (quando não havia informação no cartão), com as informações públicas divulgadas pelas secretarias de saúde de cada município, sobre bairros cobertos por tipos serviços de saúde.

5.9 VARIÁVEIS AVALIATIVAS

5.9.1 Completude

Os critérios utilizados para julgamento sobre a completude dos registros de dados seguiram os parâmetros de Romero e Cunha^{43,44}, que avaliam dividindo-se o total de ausência de informação de uma variável pelo total da amostra. Em seguida, realizam a classificação segundo os níveis de qualidade: Excelente (incompletude < 5%), Bom (5% ≤ incompletude < 10%), Regular (10% ≤ incompletude < 20%), Ruim (20% ≤ incompletude < 50%), Muito Ruim (incompletude ≥ 50%).

5.9.2 Concordância

A variável “nível de concordância” foi definida considerando as categorias segundo Landis e Koch⁹⁸ para os valores do *Teste Kappa*: concordância quase perfeita (0,80-1,00), substancial (0,60 a 0,79), moderada (0,41-0,59), razoável (0,21-0,40), ruim (< 0,20).

5.9.3 Acesso à assistência pré-natal

Os índices de avaliação do acesso à assistência pré-natal foram construídos na forma de variáveis, conforme os critérios de julgamento em: adequado/inadequado. Alguns índices apresentam mais de três categorias de adequação, no entanto, neste estudo foram considerados apenas os critérios que julgam à assistência pré-natal como acesso adequado, conforme mostrado na Tabela 1.

Tabela 1. Índices de avaliação de acesso à assistência pré-natal, critérios de julgamento e categorias de análise das variáveis em gestações com 36 semanas ou mais. RMGV-ES. 2012.

Índices de Avaliação	CrITÉrios de Julgamento	Categorias
Ciari et al⁵⁹ (1972)	Uma consulta no 1º trimestre	Adequado
	Mínimo de 80% para a razão entre consultas realizadas e cinco esperadas Outras situações	Inadequado
Kessner et al⁶⁰ (1973)	Uma consulta antes do 4º mês	Adequado
	Mínimo de nove consultas	
	Outras situações	Inadequado
Alexander e Cornely⁶⁵ (1987)	Uma consulta antes do 4º mês	
	9 e 10 consultas na 36ª e 37ª semana	
	11 e 12 consultas na 38ª e 39ª semana	Adequado
	13 e 14 consultas na 40ª e 41ª semana	
	15 a 17 consultas na 42ª a 44ª semana Outras situações	Inadequado
Rosen et al⁶⁷ (1991)	Uma consulta até o 2º mês	Adequado
	Mínimo de nove consultas para primíparas e sete para multíparas Outras situações	Inadequado
Takeda⁶⁶ (1993)	Uma consulta até a 20ª semana	Adequado
	Mínimo de seis consultas	
	Outras situações	Inadequado
Kotelchuck⁵⁶ (1994)	Uma consulta até o 4º mês	Adequado
	Mínimo de 80% para a razão entre consultas realizadas e esperadas Outras situações	Inadequado
Brasil²⁸ (2000)	Uma consulta no 1º trimestre	Adequado
	Duas consultas no 2º trimestre	
	Três consultas no 3º trimestre	
	Outras situações	Inadequado
Villar et al⁶⁹ (2001)	Uma consulta antes da 12ª semana	
	Uma consulta na 25ª, 26ª ou 27ª semana	
	Uma consulta na 31ª, 32ª ou 33ª semana	Adequado
	Uma consulta na 37ª, 38ª ou 39ª semana	
	Outras situações	Inadequado
Coutinho et al³⁴ (2002)	Uma consulta até a 14ª semana	Adequado
	Seis ou mais consultas	
	Outras situações	Inadequado
Carvalho e Novaes⁶⁸ (2004)	Uma consulta no 1º trimestre	
	Duas consultas no 2º trimestre	Adequado
	Quatro consultas no 3º trimestre	
	Outras situações	Inadequado

5.9.4 Impacto da saúde bucal na qualidade de vida

A avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi realizada a partir do *Oral Health Index Profile* (OHIP-14), adaptado transculturalmente⁹⁹ e utilizado no Brasil especificamente para mulheres no ciclo gravídico-puerperal¹⁰⁰, que estabelece duas questões, referindo-se aos seis meses anteriores ao momento da entrevista, para definir cada uma das dimensões: deficiência, limitação funcional, incapacidade social, incapacidade física, incapacidade psicológica, dor física, desconforto psicológico¹⁰¹. Cada uma das dimensões é dividida duas questões com cinco categorias: Nunca/ Raramente/ Às vezes/ Repetidamente/ Sempre. O impacto foi considerado quando as respostas das puérperas para duas questões de cada dimensão foram: sempre e/ou repetidamente¹⁰².

5.9.5 Acesso à assistência odontológica no pré-natal

O acesso à assistência odontológica em nível educativo foi considerado adequado quando a puérpera respondeu positivamente de cinco a dez informações desse nível. O acesso à assistência odontológica em nível preventivo foi adequado quando a puérpera relatou pelo menos uma das atividades desse nível durante a gravidez. O acesso à assistência odontológica em nível curativo foi considerado adequado quando as puérperas foram submetidas à, no mínimo, um dos procedimentos desse nível durante a gravidez.

A assistência odontológica no pré-natal foi avaliada considerando o julgamento sobre impacto da saúde bucal na qualidade de vida e os níveis de assistência odontológica. Admitiu-se que puérperas cujo diagnóstico do OHIP-14 não demonstrou qualquer impacto deveriam ter recebido na gestação assistência em nível educativo e preventivo, enquanto puérperas em que foi detectado algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida deveriam ter recebido assistência odontológica em nível educativo, preventivo e curativo. Somente nessas duas situações a assistência odontológica no pré-natal foi considerada como adequada.

5.10 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As informações obtidas pelos formulários foram revisadas e digitadas no *software* SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Antes da digitação, os formulários de pesquisa foram revisados por pesquisador para análise da completude e consistência de informações, dando retorno aos entrevistadores de campo, em seguida, digitados por

profissional estatístico. Após a digitação, o mesmo pesquisador realizava a conferência do banco de dados com os formulários. Por último, o pesquisador e o estatístico juntos realizaram uma última revisão conferindo todas variáveis dos formulários com os dados do banco.

A análise estatística foi realizada pela descrição de Prevalências com Intervalos de confiança de 95%, aplicação dos testes de *Qui-quadrado*, *Kappa*, *Kappa ajustado pela prevalência* e *McNemar*, para avaliar as associações, concordâncias e tendências das discordâncias entre as variáveis dependentes e independentes. Além disso, análises de Sensibilidade, Especificidade, Preditividade, Acurácia e Razões de Verossimilhança foram executadas no *Microsoft Excel 2007* a fim de comparar índices de adequação do acesso à assistência pré-natal. Considerou-se o nível de significância estatística estabelecido para todas as análises de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises estatísticas foram realizadas nos programas SPSS versão 12.0 e PEPI versão 4.0 (Computer Programs for Epidemiologists; <http://www.sagebrushpress.com/pepi>).

5.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa atende às recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 04/11/2009, sob protocolo nº 93/2009 (Anexo B). As autorizações formais para execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde (maternidades, hospitais, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde) foram obtidas.

Todas as mulheres entrevistadas foram informadas sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, os pesquisadores receberam orientação para alertar à equipe de saúde caso alguma questão estrutural de risco ou agravos à saúde da criança ou da puérpera fosse detectada.

5. ARTIGO I

O QUE OS CARTÕES DE GESTANTES REVELAM SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA?

Resumo

Objetivo: Avaliar a completude de informações sobre assistência pré-natal nos cartões de gestantes, segundo o tipo do serviço de saúde pública: Estratégia em Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários (PACS) e Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil. **Metodologia:** Entrevistadores treinados foram aos estabelecimentos de saúde que realizam cerca de 80% dos partos da região e neles selecionaram aleatoriamente 1006 puérperas, em quantidade proporcional ao número de nascidos vivos de cada município. A completude dos cartões de pré-natal foi avaliada pelos critérios de Romero e Cunha (2006) que mensuram a qualidade numa escala decrescente entre Excelente (incompletude <5%) e Muito Ruim (incompletude >50%). **Resultados:** No geral, o preenchimento das informações nos cartões foi ruim (incompletude >20%), contudo na ESF o cartão foi mais bem preenchido do que no PACS e a UBS, principalmente para vacinação antitetânica ($p=0,016$), pesagem gestacional ($p=0,039$), informações maternas, antecedentes obstétricos e exames clínicos ($p<0,05$). **Conclusão:** Os níveis de completude nos cartões de gestantes são predominantemente ruins nos serviços públicos de assistência pré-natal na RMGV, todavia, a ESF apresenta os melhores níveis de qualidade, enquanto no PACS concentram-se os piores resultados.

Palavras-chave: cuidado pré-natal, avaliação em saúde, qualidade da assistência à saúde, exames médicos, saúde da família, políticas públicas de saúde.

Abstract

Objective: To assess completeness of information about prenatal care by means of antenatal cards according to the type of coverage of public health services: Family Health Strategy (ESF), Community Agents Program (PACS), Basic Health Unit (UBS) traditional, in Metropolitan Region of Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brazil. **Methodology:** Trained interviewers went to health services that perform about 80% of deliveries in this region and randomly selected 1,006 mothers, according to number of live births in each municipality. Completeness of cards prenatal was assessed by Romero and Cunha's (2006) criteria that measures quality on a sliding scale from Excellent (incompleteness <5%) to Very Poor (incompleteness > 50%). **Results:** Overall, information completeness on antenatal cards was Poor (incompleteness >20%); however, ESF's prenatal cards was better filled than PACS and UBS cards, especially for tetanus vaccination ($p = 0.016$), gestational weight ($p = 0.039$), maternal information, obstetric history and clinical examinations ($p < 0.05$). **Conclusion:** Completeness levels of antenatal cards are predominantly poor in public prenatal care in RMGV-ES; however, ESF has highest quality levels, while PACS concentrate worst results.

Keywords: Antenatal care, health evaluation, quality of health care, medical examination, family health, public health policy.

Introdução

O Cartão da Gestante foi criado no Brasil em 1988, com o propósito de armazenar informações, facilitando a comunicação entre os profissionais que realizavam a assistência pré-natal e os que realizavam o parto nas maternidades¹. Seu uso se popularizou nos serviços de saúde pública funcionando como um mecanismo de continuidade do cuidado nos níveis de atenção². Por isso, recomenda-se que nele deva conter o máximo de informações³, evitando que, no momento do parto, procedimentos ou exames que protejam o feto e a mãe de riscos sejam negligenciados ou repetidos desnecessariamente⁴.

Além do seu papel no referenciamento ao parto, os cartões de gestantes funcionam como fonte de informação para Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)⁵ e são utilizados em estudos que avaliam a qualidade da assistência pré-natal⁶ para fundamentar políticas de saúde materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua preservação pela parturiente vem sendo muito valorizada, visto que quase todas chegam para o parto em posse dos seus respectivos cartões^{7,8}. Contudo, o cartão está sujeito à incompletude de registros pelos profissionais que assistem ao pré-natal e às perdas ou extravios pela gestante que, algumas vezes, têm dificuldades quanto ao entendimento dos registros anotados nos cartões⁹.

A ausência de informações sobre saúde materno-infantil nos cartões pode expressar diretamente a qualidade dos serviços de assistência pré-natal e limitar a produção de dados para gerar informações fundamentais à organização e ao planejamento dos serviços pré-natais¹⁰. Nesse sentido, devido à insuficiência histórica de informações relevantes para elaboração de políticas no campo da saúde materno-infantil, a partir de 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) contribuiu substancialmente para produção de informações que possibilitaram diagnósticos situacionais em saúde em várias locais do Brasil¹¹. Aos municípios habilitados que não alimentem permanentemente os sistemas de informação, como o SINASC, suspende-se o cadastramento e o repasse de recursos federais ao programa¹².

O PACS pressupõe que agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiros numa área adstrita, dentre outras ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, identifiquem e encaminhem gestantes ao pré-natal, acompanhem a vacinação periódica por meio Cartão da Gestante, além de identificar as situações de risco e encaminhar aos setores responsáveis¹².

No intuito de ampliar o escopo do PACS, o Programa de Saúde da Família (PSF) reorientou o modelo assistencial do sistema público de saúde brasileiro facilitando o levantamento de informações de saúde pelo incentivo à cobertura universal, num território definido sob a égide do princípio da vigilância da saúde. Dentre outras atividades, a incorporação do médico generalista na equipe de saúde permitiu executar as ações de assistência em todos os ciclos de vida¹³. No âmbito da assistência pré-natal, verificam-se vantagens da implantação do PSF sobre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais¹⁴. Nesse sentido, espera-se que no PSF seja realizado o máximo de atividades educativas, clínicas e diagnósticas qualificando a assistência pré-natal.

Embora apresente vantagens em potencial, a Estratégia em Saúde da Família (ESF) ainda não alcança todos os municípios do Brasil. Em alguns deles convivem as UBS tradicionais, o PACS e a ESF, seguindo lógicas distintas dentro de um mesmo território. Por isso, este estudo se propõe a avaliar a completude de informações sobre assistência pré-natal nos cartões de gestantes, segundo o tipo de serviços de saúde pública, na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

Métodos

Um estudo epidemiológico seccional foi conduzido na RMGV-ES, que abriga quase metade da população do estado do ES e cerca de 60% da população urbana¹⁵. Nos sete municípios dessa região, situam-se oito maternidades públicas e conveniadas ao SUS, que assistem às puérperas produzindo cerca de 80% dos partos.

O universo amostral foi composto por todas as mulheres que se internaram em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS localizadas na RMGV-ES, por ocasião do parto, no período de Abril a Setembro de 2010. O tamanho da amostra foi definido considerando a população de 17.980 nascidos vivos em 2007, uma proporção esperada igual a 50%, correspondente a falta de informação prévia sobre este percentual, uma precisão desejada de 4%, o efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância de 5%, resultando em 872 mulheres. Aumentou-se em cerca de 30% para considerar as possíveis perdas, recusas ou ausência do cartão de gestante no local do parto, o que resultou em 1131 abordagens e 1006 cartões avaliados. A representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação de acordo com as seguintes proporções: Cariacica (22,6%),

Fundão (1,0%), Guarapari (6,3%), Serra (26,3%), Viana (3,7%), Vila Velha (22,2%) e Vitória (17,9%).

Sete entrevistadoras de campo foram selecionadas, após a aprovação em testes teóricos e práticos do curso de treinamento de entrevistadores, promovido por professores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Além disso, um estudo piloto foi conduzido com 67 puérperas – não incluídas no estudo principal – para aprimoramento do formulário de pesquisa e treinamento das entrevistadoras.

Essas entrevistadoras visitavam no mínimo uma vez por semana todas as oito maternidades incluídas no estudo, abordavam mulheres no momento após o parto. No dia da visita, todas as puérperas residentes em um dos municípios da RMGV-ES eram listadas, em seguida, realizava-se a amostragem sistemática intercalando-se de duas em duas. Na abordagem, excluía-se mulheres que não tinham cartão, as que realizaram acompanhamento pré-natal (todo ou parte) no sistema privado e as que foram acompanhadas em municípios fora da RMGV-ES.

Após a identificação das puérperas sorteadas, as entrevistadoras explicavam os objetivos da pesquisa e solicitavam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 04/11/2009, sob protocolo nº 93/2009. Em seguida o cartão da gestante foi solicitado e copiado na íntegra. No formulário de pesquisa, as entrevistadoras anotavam o endereço completo das puérperas e os locais de realização do acompanhamento pré-natal. As variáveis do estudo foram construídas a partir das informações contidas nos cartões e nos formulários.

Cada registro nos campos do cartão foi avaliado segundo temáticas: variáveis utilizadas no cadastramento e no registro diário do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN); informações maternas, antecedentes obstétricos e exames clínicos; e, registros cotidianos inerentes às consultas.

Os dados de cadastro no PHPN verificado nos cartões foram: o local de realização do pré-natal, a data da primeira consulta e a data da última menstruação, enquanto as variáveis de registro diário foram relacionadas a um ou dois registros dos exames de tipagem (ABO) e fator (Rh) sanguíneo, VDRL, urina (EAS), Glicemia, Hemoglobínia, Hematócrito, Anti-

HIV, HbsAg, Toxoplasmose. Além disso, foram consideradas informações maternas, antecedentes pessoais e obstétricos, exames clínicos. Nos campos direcionados aos registros cotidianos das consultas pré-natais avaliou-se a presença das datas das consultas, pesagem, medidas da pressão arterial, exame de toque, semanas de amenorréia, medidas da altura uterina, batimentos cardíacos fetais (BCF) e movimentos fetais (MF).

A classificação da modalidade dos serviços de saúde em: ESF, PACS e UBS tradicional, foi obtida relacionando os nomes das unidades de saúde, presentes nos cartões ou os locais de residência das puérperas (quando não havia informação no cartão), com as informações públicas divulgadas pelas secretarias de saúde de cada município, sobre bairros cobertos por tipos serviços de saúde.

O banco de dados foi construído a partir das informações digitadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* 12.0 (SPSS), submetido a exaustivo controle de qualidade e revisão. Os critérios utilizados para julgamento dos registros sobre os dados seguiram os parâmetros de Romero e Cunha¹⁶, que avaliam a completude dividindo-se o total de ausência de informação de uma variável pelo total da amostra. Em seguida, realizam a classificação segundo os níveis de qualidade: Excelente (incompletude <5%), Bom ($5\% \leq$ incompletude <10%), Regular ($10\% \leq$ incompletude <20%), Ruim ($20\% \leq$ incompletude <50%), Muito Ruim (incompletude $\geq 50\%$). Após a classificação, testes de qui-quadrado foram aplicados para testar a associação entre a modalidade do serviço de pré-natal e os registros das informações, adotando-se nível de significância estatística menor que 5%.

Resultados

Na RMGV-ES, quase metade das puérperas (48,2%) possuía sete ou mais consultas registradas. Na **figura 1**, aponta-se o indicador sobre quantidade de consultas pré-natais registradas nos cartões segundo a modalidade de serviços de saúde pública. Nota-se que nos cartões da ESF é mais expressiva a frequência de sete ou mais consultas registrada e menos freqüente o registro de uma a três consultas pré-natais, em relação ao PACS e à UBS.

A **tabela 1** apresenta os percentuais de ausência do registro das principais variáveis de cadastro e acompanhamento no PHPN. Observa-se que a data da primeira consulta é a que apresenta o menor percentual de campos em branco, sendo considerada de qualidade excelente. O registro sobre o local de realização do acompanhamento pré-natal diferiu

significativamente entre os serviços de saúde, sendo menos registrados no PACS do que na UBS e na ESF.

Sobre o primeiro registro de realização de exames laboratoriais diagnósticos nos cartões, nota-se que todos possuem nível de qualidade Ruim ($20\% \leq \text{incompletude} < 50\%$), exceto os exames de HbsAg e de Toxoplasmose, que apresentam predominantemente nível Muito Ruim (incompletude $\geq 50\%$). Contudo, verifica-se que nas UBS o percentual de incompletude é significativamente menor que na ESF e PACS. Quando se avalia a repetição desses exames, todos sem exceção apresentam nível de registro Muito Ruim. Quanto à administração da vacina antitetânica, dose inicial ou de reforço, seu nível de registro foi Muito Ruim em todos os serviços de saúde. Porém, na ESF a ausência do registro foi menos acentuada que no PACS e na UBS.

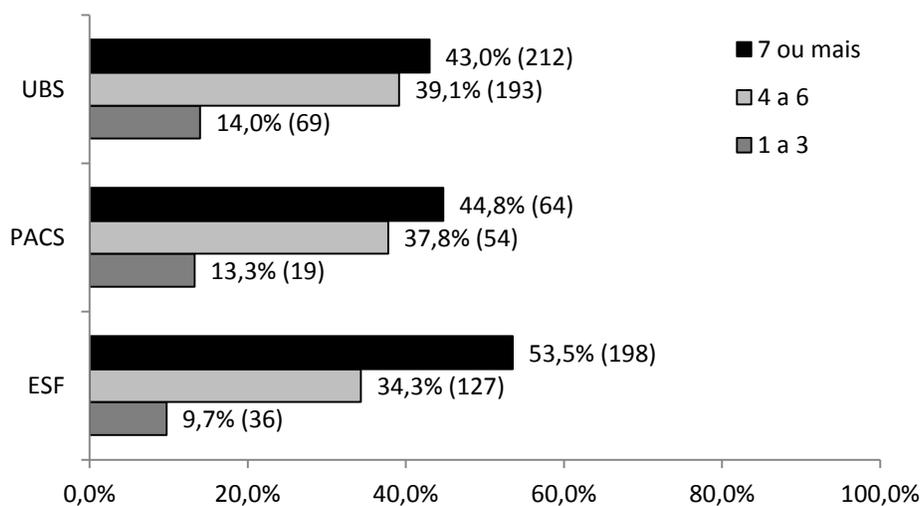
A **tabela 2** mostra os percentuais de campos em branco sobre informações provenientes da anamnese e de alguns exames clínicos no acompanhamento pré-natal. Observa-se que as informações maternas possuem um nível de registro predominante Muito Ruim e Ruim. Contudo, verifica-se que para o registro de todas as variáveis existe uma diferença entre modalidades de serviço, exceto para idade e tabagismo materno.

No que se referem aos antecedentes obstétricos, os também são muito ruins, com exceção das variáveis abortos e partos. Mas, para registro das variáveis sobre a existência de algum recém-nascido de baixo peso e nascimento do filho de maior peso, é na ESF que se conseguem os menores percentuais de campos sem informação. Já em relação aos exames clínicos verifica-se que todos apresentam qualidade de registro muito ruins. Contudo, no PACS e na UBS encontram-se, significativamente mais campos em branco nos cartões, para as variáveis: exames clínicos geral, de mamas de pélvis e Papanicolau, do que na ESF.

Na **tabela 3**, a qualidade sobre os registros foi avaliada considerando o total de campos em branco de cada variável dividido pelo total de consultas registradas, multiplicado por 100. Em seguida, julgou-se o nível de qualidade do registro das variáveis em cada cartão de gestante segundo os critérios de Romero e Cunha¹⁶.

Em mais de 80% dos cartões, as datas das consultas e as medidas da pressão arterial, apresentaram um nível de preenchimento bom ou excelente. Entre 40% e 60% dos cartões, constatarem-se bons ou excelentes níveis para registro das semanas gestacionais e dos BCF. As pesagens nas consultas apresentaram altos percentuais de preenchimento. Contudo, os

cartões da ESF possuem um nível de completude significativamente maior que do PACS e da UBS. Mais de 90% dos cartões apresentaram nível de registro ruim ou muito ruim para o exame de toque vaginal. Entre 35% a 45% dos cartões, tiveram níveis de completude ruins ou muito ruins para a medida da altura uterina e para a verificação dos MF, sem diferenças estatísticas entre os serviços de saúde.



(Teste qui-quadrado= 9,64; p-valor=0,047)

Figura 1. Percentuais de registros nos cartões de gestantes das consultas pré-natais, segundo a modalidade dos serviços de saúde pública. RMGV-ES.2010.

Tabela 1. Proporção de ausência dos registros nos cartões de gestantes, sobre variáveis do PHPN, segundo a modalidade de serviço de saúde pré-natal. RMGV-ES. 2010.

Registro	Serviço de Saúde										
	(Total=1006)		ESF (Total=370)		PACS (Total=143)		UBS (Total=493)		Estatística		
	N	%	N	%	N	%	N	%	X2	Sig.	
PHPN Cadastro	Local do Pré-natal	470	46,7	155	41,9	90	62,9	225	45,6	21,2	0,001
	Data 1ª Consulta	16	1,6	3	0,8	4	2,8	9	1,8	3,0	0,218
	Data Última Menstruação	241	24,0	86	23,2	29	20,3	126	25,6	1,9	0,395
PHPN Registro Diário	Exame ABORh(1)	374	37,2	142	38,4	50	35,0	182	36,9	0,3	0,848
	Exame VDRL(1)	284	28,2	105	28,4	40	28,0	139	28,2	0,0	0,999
	Exame EAS(1)	331	32,9	130	35,1	50	35,0	151	30,6	2,2	0,332
	Glicemia(1)	276	27,4	103	27,8	47	32,9	126	25,6	3,3	0,189
	Hemoglobinemia(1)	288	28,6	108	29,2	45	31,5	135	27,4	1,1	0,571
	Hematócrito(1)	350	34,8	133	35,9	57	39,9	160	32,5	3,3	0,195
	Anti-HIV(1)	342	34,0	137	37,0	44	30,8	161	32,7	2,2	0,341
	HbsAg(1)	503	50,0	193	52,2	62	43,4	248	50,3	2,6	0,267
	Toxoplasmose(1)	812	80,7	312	84,3	122	85,3	378	76,7	11,4	0,003
	Vacina antitetânica	597	59,3	208	56,2	98	68,5	291	59,0	8,3	0,016
	Exame ABORh(2)	910	90,5	334	90,3	130	90,9	446	90,5	1,1	0,574
	Exame VDRL(2)	659	65,5	239	64,6	104	72,7	316	64,1	5,2	0,074
	Exame EAS(2)	655	65,1	242	65,4	101	70,6	312	63,3	3,5	0,178
	Glicemia(2)	643	63,9	236	63,8	99	69,2	308	62,5	3,0	0,223
	Hemoglobinemia(2)	641	63,7	231	62,4	101	70,6	309	62,7	4,7	0,095
	Hematócrito(2)	683	67,9	243	65,7	109	76,2	331	67,1	7,5	0,024
	Anti-HIV(2)	752	74,8	284	76,8	106	74,1	362	73,4	0,9	0,646
HbsAg(2)	808	80,3	294	79,5	120	83,9	394	79,9	2,9	0,238	
Toxoplasmose(2)	845	84,0	304	82,2	120	83,9	421	85,4	3,1	0,210	

Legenda: Excelente Ruim Muito Ruim

Tabela 2. Proporção de ausência dos registros nos cartões de gestantes, sobre variáveis maternas, obstétricas e clínicas, segundo a modalidade de serviço de saúde pré-natal. RMGV-ES. 2010.

Registro	Serviço de Saúde								Estatística		
	(Total=1006)		ESF (Total=370)		PACS (Total=143)		UBS (Total=493)				
	N	%	N	%	N	%	N	%	X2	Sig.	
Informações Maternas	Idade	240	23,9	82	22,2	42	29,4	116	23,5	3,5	0,175
	Alfabetização	436	43,3	139	37,6	79	55,2	218	44,2	15,3	0,001
	Anos de Estudo	456	45,3	145	39,2	82	57,3	229	46,5	16,2	0,001
	Estado Civil	459	45,6	153	41,4	79	55,2	227	46,0	9,6	0,008
	Antecedentes Familiares	580	57,7	194	52,4	93	65,0	293	59,4	9,9	0,007
	Antecedentes Pessoais	774	76,9	265	71,6	113	79,0	396	80,3	12,7	0,002
	Peso Anterior a Gestação	502	49,9	133	35,9	108	75,5	261	52,9	74,4	0,001
	Altura	544	54,1	160	43,2	113	79,0	271	55,0	59,4	0,001
	Tabagismo	647	64,3	245	66,2	98	68,5	304	61,7	3,5	0,170
	Data Provável do Parto	288	28,6	92	24,9	52	36,4	144	29,2	6,8	0,033
Antecedentes Obstétricos	Nº abortos	463	46,0	176	47,6	63	44,1	224	45,4	0,4	0,827
	Nº partos	274	27,2	103	27,8	38	26,6	133	27,0	0,0	0,976
	Nº partos vaginais	497	49,4	196	53,0	72	50,3	229	46,5	3,4	0,184
	Nº partos cesáreas	733	72,9	273	73,8	105	73,4	355	72,0	0,4	0,832
	Nº filhos nascidos vivos	535	53,2	199	53,8	79	55,2	257	52,1	0,7	0,718
	Nº nascido mortos	905	90,0	336	90,8	128	89,5	441	89,5	0,2	0,885
	Nº filhos que vivem	606	60,2	225	60,8	93	65,0	288	58,4	2,6	0,267
	Nº filhos mortos (1ª semana)	954	94,8	357	96,5	135	94,4	462	93,7	4,0	0,134
	Nº filhos mortos (após 1ª semana)	955	94,9	357	96,5	133	93,0	465	94,3	2,0	0,368
	Recém-nascido (Peso<2500g)	791	78,6	280	75,7	120	83,9	391	79,3	7,2	0,027
Recém-nascido (de maior peso)	775	77,0	273	73,8	120	83,9	382	77,5	9,2	0,010	
Exames Clínicos	Exame Clínico Geral	858	85,3	307	83,0	131	91,6	420	85,2	10,9	0,004
	Mamas	873	86,8	312	84,3	131	91,6	430	87,2	9,7	0,008
	Odontológico	946	94,0	346	93,5	136	95,1	464	94,1	4,6	0,101
	Pélvis	928	92,2	333	90,0	134	93,7	461	93,5	11,3	0,004
	Papanicolau	916	91,1	325	87,8	134	93,7	457	92,7	16,4	0,001
	Colposcopia	955	94,9	352	95,1	136	95,1	467	94,7	1,9	0,391
	Cérvix	947	94,1	345	93,2	135	94,4	467	94,7	5,4	0,069

Legenda:  Ruim  Muito Ruim

Tabela 3. Avaliação da completude dos registros nos cartões de gestantes, sobre variáveis de registro cotidiano nas consultas pré-natais, segundo a modalidade de serviço de saúde. RMGV-ES. 2010.

Registro	Qualidade	Serviço de Saúde						Estatística	
		ESF (Total=370)		PACS (Total=143)		UBS (Total=493)			
		N	%	N	%	N	%	X2	Sig.
Datas das Consultas	Muito Ruim/ Ruim	17	4,6	3	2,1	18	3,7	3,7	0,442
	Regular	13	3,5	8	5,6	27	5,5		
	Bom/Excelente	333	90,0	126	88,1	433	87,8		
Pesagem nas Consultas	Muito Ruim/ Ruim	30	8,1	13	9,1	73	14,8	10,1	0,039
	Regular	35	9,5	14	9,8	44	8,9		
	Bom/Excelente	291	78,6	110	76,9	360	73,0		
Medidas da Pressão Arterial	Muito Ruim/ Ruim	30	8,1	9	6,3	56	11,4	4,9	0,298
	Regular	27	7,3	12	8,4	35	7,1		
	Bom/Excelente	304	82,2	115	80,4	382	77,5		
Exame de Toque nas Consultas	Muito Ruim/ Ruim	358	96,8	137	95,8	472	95,7	5,6	0,234
	Regular	3	0,8	0	0,0	1	0,2		
	Bom/Excelente	1	0,3	0	0,0	5	1,0		
Cálculos das Semanas Gestacionais	Muito Ruim/ Ruim	110	29,7	51	35,7	170	34,5	6,8	0,149
	Regular	50	13,5	16	11,2	79	16,0		
	Bom/Excelente	202	54,6	70	49,0	229	46,5		
Medidas da Altura Uterina	Muito Ruim/ Ruim	165	44,6	62	43,4	192	38,9	8,8	0,065
	Regular	83	22,4	20	14,0	99	20,1		
	Bom/Excelente	114	30,8	55	38,5	187	37,9		
Verificação dos Batimentos Cardíacos Fetais	Muito Ruim/ Ruim	123	33,2	49	34,3	162	32,9	9,4	0,052
	Regular	78	21,1	17	11,9	72	14,6		
	Bom/Excelente	161	43,5	71	49,7	244	49,5		
Verificação dos Movimentos Fetais	Muito Ruim/ Ruim	177	47,8	57	39,9	220	44,6	9,2	0,057
	Regular	56	15,1	25	17,5	53	10,8		
	Bom/Excelente	129	34,9	55	38,5	205	41,6		

Discussão

A avaliação dos cartões das gestantes permite inferir diretamente sobre a qualidade da assistência pré-natal nos serviços de saúde pública. Enquanto, os registros revelam a passagem da gestante pelos serviços, os campos em branco nos cartões sugerem a ausência dessa passagem ou a passagem nos serviços sem registro (sub-registro). As anotações das consultas revelam o acesso à assistência pré-natal, entendido como a entrada dos usuários nos serviços de saúde e a continuidade do cuidado¹⁷.

Menos da metade dos cartões apresentou sete ou mais consultas registradas. Percentuais em torno de 70% foram descritos por Coutinho et al¹⁸ em Juiz de fora, Minas Gerais, enquanto valores em torno de 30% foram evidenciados por Lima et al¹⁹ em Salvador, Bahia. Isso mostra que o acesso à assistência pré-natal na RMGV-ES encontra-se deficitário. Em relação às variáveis de cadastro e acompanhamento indicadas nos protocolos do PHPN, os cartões provenientes de áreas com cobertura da ESF também apresentaram melhores resultados, enquanto os cartões do PACS apresentaram sistematicamente os piores níveis de completude.

Deve-se destacar que a realização de exames depende de um fluxo que se estabelece a partir do momento que a gestante realiza o encontro com o pré-natalista. Isso requer a solicitação do exame, a procura pelo laboratório, a realização do exame, a emissão do resultado, o retorno ao profissional, e, por fim, a anotação no cartão da gestante. Os piores resultados do PACS podem ser explicados pelo fato desses serviços serem ofertados em áreas geográficas de maior índice de pobreza, áreas remotas, distantes dos centros urbanos, que não conseguem reter profissionais médicos e, portanto, contam apenas com enfermeiros, técnicos e ACS. Esses profissionais podem ter dificuldade no fluxo de envio e recebimento dos exames laboratoriais, bem como no encaminhamento de gestantes de alto risco para a realização de exames específicos adequados à atenção pré-natal. Por outro lado, nessas áreas as gestantes podem não aderir ao pré-natal devido ao baixo nível de escolaridade e de renda. Além disso, deve-se ressaltar que por ser considerado um modelo de assistência de transição entre a UBS e a ESF, o PACS está sendo gradativamente extinto, o que também pode contribuir para seu pior desempenho.

Para os exames que possuem obrigatoriedade quanto à realização, no mínimo uma vez, segundo o PHPN, os níveis de registro nos cartões foram ruins, excetuando-se a realização

do segundo exame de hematócrito que foi significativamente maior na ESF. Quando se avalia a repetição obrigatória dos exames de VDRL, EAS e Glicemia, os níveis de registro são piores ainda, com mais de 50% de incompletude. Resultados similares foram encontrados por Vettore et al²⁰ no município do Rio de Janeiro: nível de registro regular, para o exame de Hb; ruim, para o VDRL; e, muito ruins, para a testagem anti-HIV e EAS. Carvalho e Araújo²¹ avaliaram cartões e prontuários de assistência às grávidas de alto risco na cidade de Recife, Pernambuco, e encontraram um nível de registro regular do Fator Rh; ruim, dos exames de VDRL, EAS, Hb e Glicemia; e, nível muito ruim, da testagem anti-HIV. Ressalte-se a gravidade desses resultados, contrastando com o presente estudo, composto principalmente de gestantes de baixo risco.

A abordagem da sífilis no pré-natal é considerada um dos marcadores da qualidade da assistência²². Embora o nível completude para repetição do exame VDRL tenha sido considerado muito ruim, aproximadamente 35%, está próximo aos descritos por Campos et al²³ e por Coutinho et al²⁴, e muito melhor do que o descrito por Lima et al¹⁹, que foi cerca de 10%. Isso sugere que, apesar de distante do ideal, a pesquisa da sífilis está sendo valorizada na RMGV-ES de modo similar a outros municípios das regiões do Sul e Sudeste do Brasil.

Outro exame essencial é a testagem anti-HIV, importante para a descoberta da doença e prevenção da transmissão vertical. Nesta avaliação, a ausência de realização desse exame chegou a 35%, sem diferenças entre os serviços saúde, muito semelhante ao encontrado numa cidade do interior de Minas Gerais¹⁸. Morimura et al²⁵ destacaram que cerca de 40% das mulheres chegam ao momento do parto sem o resultado da testagem. Problemas de diversas naturezas podem explicar esses resultados, mas sugere-se que o conjunto de problemas esteja mais relacionado à organização do SUS²⁶.

Quanto ao registro do exame sobre pesquisa de toxoplasmose, as UBS apresentaram resultado significativamente melhor do que as demais modalidades de serviços. Sua realização não é obrigatória no PHPN²⁷, mas recomendada sempre que possível²⁸. O rastreamento da Toxoplasmose no pré-natal é recomendado pelos ginecologistas obstetras devido às graves repercussões fetais²⁹. O que pode explicar as diferenças de registros, entre as modalidades de serviços de acompanhamento pré-natal, é a presença de especialistas, geralmente médicos ginecologistas, envolvidos na condução do pré-natal nas UBS. Ao

passo que no PACS e na ESF, são os enfermeiros e médicos generalistas quem acompanham as gestantes e solicitam os exames³⁰.

Quanto à administração obrigatória da vacina antitetânica²⁷, importante para a prevenção do tétano neonatal³¹, apresentou maior quantidade de registros nos cartões da ESF. Isso é corroborado por Guimarães et al³² que revelam expressivo aumento da cobertura vacinal nas áreas da implantação da ESF. Porém, o registro dessa informação foi muito inferior ao encontrado no estudo de Trevisan et al³³, mais de 90%, que considerou as informações do cartão, do prontuário e da própria puérpera, possivelmente porque as fontes de informação foram somadas para a obtenção dos resultados, o que não é o caso deste estudo o qual considerou apenas cartões.

Os registros das informações maternas e antecedentes obstétricos dependem de uma anamnese bem conduzida. Ao avaliar o preenchimento desses quesitos, o PACS apresentou os piores resultados, exceto para o registro dos antecedentes pessoais, enquanto nos cartões da ESF foram menores os percentuais de ausência de informação. Em síntese, nota-se que essas informações são muito desvalorizadas na assistência pré-natal.

A ausência desses dados nos cartões não pode ser totalmente explicada pelo uso do cartão como fonte de informação, pois Oba e Tavares³⁴ também observaram ausência de informações maternas em todos os prontuários de acompanhamento pré-natal, além de percentual expressivo de prontuários sem registro dos antecedentes obstétricos. No presente estudo, verificou-se que essas variáveis tiveram seus registros muito negligenciados nos cartões, sugerindo o desprezo dos profissionais da saúde por eles em todas as modalidades de serviços públicos. Essa deficiência nos registros também foi encontrada em todos os cartões de gestantes da ESF avaliados no estudo de Costa et al³⁵. Diferentemente, o PACS e a UBS apresentaram piores resultados que a ESF.

Este estudo revelou que os registros dos exames clínicos foram negligenciados no cartão da gestante por mais de 90% dos profissionais que conduziram o pré-natal. Esse fenômeno também foi descrito em unidades de referência à gravidez de alto risco, onde os exames de mamas e ginecológicos não constavam em 80% dos prontuários nem nos cartões de pré-natal²¹. De modo semelhante, percentuais próximos a este foram detectados no SUS do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul³⁶.

Deve-se considerar que os resultados foram semelhantes entre acompanhamento pré-natal de profissionais médicos e enfermeiros, visto que o PACS e a UBS apresentaram resultados parecidos. Estudos que avaliaram a assistência pré-natal praticada por enfermeiros e médicos, em diferentes estados brasileiros, revelaram que exames de mamas e ginecológicos são realizados por cerca de 40% a 60% desses profissionais^{33,34,37,38}. Quanto ao registro das atividades clínicas de rotina realizadas nas consultas de acompanhamento pré-natal e que devem ser repetidas em cada visita, nota-se um padrão diferente: são mais elevadas os níveis de completude do que para os itens analisados previamente. Entretanto, o PACS permanece com o pior desempenho, a UBS com níveis intermediários e a ESF com os melhores indicadores.

As datas das consultas, pesagem, medidas da pressão arterial, cálculos das semanas gestacionais e verificação dos BCF tiveram bons ou excelentes níveis de registro. Resultados semelhantes foram observados por Coutinho para Juiz de Fora em 2002¹⁸ e 2006²⁴. Já o estudo de Vettore et al²⁰ encontrou resultados mais expressivos ainda, chegando ao registro de 95% da pesagem e da medida da pressão arterial. A comparação com esses estudos revelam um déficit na qualidade da assistência pré-natal no SUS da RMGV-ES. Neste estudo foram ruins e muito ruins o registro do exame de toque, medida da altura uterina e verificação dos MF, em concordância com o estudo de um município do sudeste brasileiro^{18,24} que também referiu níveis de preenchimento nos cartões dessas variáveis bastante reduzidos.

Nota-se que as atividades atribuídas aos profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem como, por exemplo, pesagem e verificação da pressão arterial, são melhores registradas do que aquelas realizadas por médicos e enfermeiros. Isso sugere que os profissionais de nível técnico são formados para cumprir os protocolos de assistência estabelecidos³⁹.

Como visto, de um modo geral, os registros foram significativamente mais valorizados nos cartões provenientes de puérperas cobertas pela ESF. Esse fenômeno deve ser relacionado ao nível de organização diferenciado da ESF, onde atuam diferentes categorias profissionais no processo de trabalho e conseqüentemente no preenchimento do cartão do pré-natal³⁰. Parece ser coerente afirmar que a qualidade do preenchimento dos cartões de gestantes tem maior possibilidade de acontecer na ESF do que no PACS e UBS. Como mostra análise de discurso de Melo e Coelho⁴⁰ sobre assistência pré-natal de adolescentes

nas USF, o preenchimento do cartão da gestante por ACS, Enfermeiros e Médicos é parte integrante da assistência.

Entretanto, para algumas dimensões não se encontrou diferenças estatisticamente significativas entre cartões de gestantes provenientes de áreas cobertas pela ESF, PACS e UBS. Isso evidencia que os serviços de assistência pré-natal estão num momento de transição, longe dos requisitos esperados, segundo os critérios das políticas de saúde nacionais. Mesmo com toda a filosofia da ESF, centrada no trabalho em equipe, na interdisciplinaridade e nos princípios de solidariedade, percebe-se que a mesma não conseguiu superar limitações das práticas de saúde baseadas no modelo biomédico⁴⁰.

As marcantes diferenças entre o registro das atividades desempenhadas por profissionais de nível superior e de nível técnico traduzem a ausência de interdisciplinaridade. Isso se destaca como um dos impedimentos para o cuidado humanizado no pré-natal, principalmente quando a lógica do trabalho é centrada na produtividade, com consultas rápidas e sem profundidade⁴¹. Embora sejam essenciais a uma gravidez segura, deve-se destacar que a proposta da ESF para o processo de assistência pré-natal vai além da realização de exames físicos, clínicos e laboratoriais. A formação de vínculos e coresponsabilização entre profissionais e usuárias também são aspectos cruciais na atenção porque quebra a impessoalidade e diminui as distâncias entre os sujeitos levando a bons resultados⁴⁰.

Conclusão

De um modo geral, os serviços de assistência pré-natal na RMGV-ES, avaliados por meio dos cartões de gestantes, são muito semelhantes. Contudo, a ESF apresenta níveis de qualidade um pouco melhores, enquanto o PACS demonstra sistematicamente os piores níveis.

Há negligência profissional no registro da condução da anamnese pré-natal, quanto à avaliação de informações maternas e antecedentes obstétricos, o que infere o desprezo implícito pelo diálogo nas consultas. Além disso, os exames clínicos, que dependem de maior proximidade entre gestante e profissionais pré-natalistas, não são realizados na maioria dos acompanhamentos pré-natais.

A questão crucial, relacionada aos exames laboratoriais, sejam estes obrigatórios ou apenas recomendados pela política brasileira de saúde materno-infantil merecem atenção porque são dependentes dos fluxos de referência e contrarreferência ainda não resolvidos na organização da assistência ao pré-natal e ao parto na RMGV.

Questiona-se se os profissionais de saúde estão preparados para executar adequadamente o processo de trabalho da assistência pré-natal nos serviços de saúde pública. Portanto, investigações científicas sobre a gestão do trabalho na assistência pré-natal no SUS, parecem sinalizar um caminho que aponte soluções para a melhoria da qualidade do cuidado à gestante.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Assistência Pré-natal*. Brasília; 1988.
2. Perim EB, Passos ADC. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. *Rev. Bras. epidemiol.* 2005; 8(3): 272-281.
3. Essén B, Laurell L, Peña R, Ostergren PO, Liljestrand J. Antenatal cards - what should they contain? *J Trop Pediatr.* 1994 ;40(3):130-2.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant* 2002; 2(1): 69-71.
5. Mishima FC, Scochi CGS, Ferro MAR, Lima RAG, Costa IAR. Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(2): 387-395.
6. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(6): 1053-1064.
7. Dode MASO, Santos IS. Validade do auto-relato de diabete mellitus gestacional no pós-parto imediato. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2): 251-258.
8. Alonso-Silva MSS. *Análise da assistência pré-natal na rede pública do município do Rio de Janeiro, 2007-2008*. Rio de Janeiro, 2009. [Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Publica - Fiocruz].
9. Draper J, Field S, Thomas H, Hare MJ. Should women carry their antenatal records. *British Medical Journal* 1986; 292(1): 603.
10. Branco MAF. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: Ministério da Saúde (org). *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 163-169.
11. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N.(Orgs.) *Epidemiologia e saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003; 567-86.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília; 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília; 1997.
14. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2007; 7(1): 75-82.
15. Espírito Santo, (Estado). *Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves*. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/>. Acesso em: 09/07/2010.
16. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22 (3): 673-681.
17. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995; 36:1-10.
18. Coutinho T, et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2003; 25(10): 717-724.
19. Lima BGC, Costa MCN, Dourado MIC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2008; 17(2):123-153.
20. Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, Vettore MV, Leal MC. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(5): 1021-1034.
21. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2007; 7(3): 309-317.
22. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4): 1244-1250.

23. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(9): 1747-1755.
24. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2010; 32(11): 563-569.
25. Morimura MCR, Mendes MDC, Souza AI, Alencar LCA. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2011; 6 (Supl 1): S69-S76.
26. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(1): 98-104.
27. Brasil. *Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000*. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/atendimento-humanizado/Portaria_569.pdf> Acesso em: 09/07/07.
28. Brasil. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
29. Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009; 31(3): 148-155.
30. Coradini SR, Azzi LMW, Mendonça CS, Oliveira DL. Processo de trabalho no programa saúde da família em Porto Alegre: a discussão das competências profissionais como proposta de mudança. *Boletim da Saúde* 2004; 18(1): 169-174.
31. Vieira LJ, Oliveira MHP, Lefèvre F. O uso da expressão "mal-de-sete-dias" por mães de crianças que morreram de tétano neonatal em Minas Gerais (1997-2002). *Texto contexto - enferm.* 2006; 15(1): 51-59.
32. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(4): 868-876.

33. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2002; 24(5): 293-299.
34. Oba MDV, Tavares MSG. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ribeirão Preto - SP. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1998; 6(1): 53-61.
35. Costa GD et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2009; 14(suppl.1): 1347-1357.
36. Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2009; 55(3): 290-295.
37. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc. Anna Nery* 2009; 13(1): 145-153.
38. Narchi NZ. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2010; 44(2): 266-273.
39. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº4 de 22 dezembro 1999. Dispõe sobre diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. *Diário Oficial da União* 1999; 22 dez.
40. Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(5): 2549-2558.
41. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010; 10(3): 359-367.

6. ARTIGO II

CONCORDÂNCIA ENTRE INFORMAÇÕES DO CARTÃO DA GESTANTE E DA MEMÓRIA MATERNA SOBRE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Artigo publicado nos Cadernos de Saúde Pública em fevereiro de 2012, no volume 28, número 2, páginas 256-266.

Resumo

Este estudo seccional objetivou verificar a concordância entre as informações prestadas por puérperas e as registradas nos cartões das gestantes sobre assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. Considerou-se uma população de estudo de 1035 puérperas, entrevistadas em oito maternidades, onde os cartões foram copiados. A representatividade da amostra foi garantida pela estratificação segundo a proporção de nascidos vivos. Informações foram coletadas, processadas e submetidas aos testes de *Kappa* e *McNemar*. Os níveis de concordância sobre assistência pré-natal foram predominantemente ruins ($K \leq 0,20$). Puérperas tendem a superestimar a quantidade de consultas pré-natais ($McNemar=51,73$; p-valor=0,001), afirmar doenças gestacionais, como: Diabetes, Anemia, Hipertensão e Infecções urinárias, relatar a execução de exames laboratoriais e clínicos. Os resultados sugerem uma reflexão sobre dados utilizados para o planejamento de políticas em saúde pública materno-infantil, visto que há variação conforme a fonte de informação.

Palavras-Chave: Cuidado Pré-natal, Avaliação em Saúde, Viés (Epidemiologia)

Abstract

This cross-sectional study aimed to verify agreement between information given by mothers after delivery and data recorded in pregnant cards about antenatal care at National Health System in Metropolitan Region of Vitória, Espírito Santo, Brazil. The study was considered a population of 1035 postpartum mothers, interviewed in eight hospitals, where the cards were copied. Representativeness of sample was ensured by following the stratification according to the proportion of births. The information was collected, processed and submitted to Kappa and McNemar tests. Agreement levels about antenatal care were predominantly poor ($K \leq 0,20$). Mothers tend to overestimate antenatal visits number ($McNemar= 51,73$; p-valor= 0,001); affirm diseases during pregnancy, such as diabetes, anemia, hypertension and urinary infections; report the performance of laboratory tests; report implementation of clinical examination. Results suggest a reflection about data used for planning and executing in maternal and child public health polices, since the data vary according to information sources.

Keywords: Antenatal Care, Health Evaluation, Bias (Epidemiology)

Introdução

A assistência pré-natal tem sido foco de investigação no Brasil¹ e no mundo². Desde a medicalização do parto no século XVIII, as políticas relacionadas à saúde materno-infantil vieram se intensificando para abranger a desfechos positivos em saúde, desde a concepção até a gestação e o puerpério³, que são fenômenos fisiológicos naturalmente esperados no desenvolvimento da espécie humana, mas sujeitos a intercorrências desfavoráveis.

Por isso, estudos epidemiológicos permitem identificar que o cuidado com a saúde e possíveis intervenções médicas, nesses momentos específicos do ciclo da vida humana, podem minimizar muito o risco de complicações e óbitos do recém-nascido e da parturiente, além da redução de fatores de risco de mortalidade, como o baixo peso ao nascer e prematuridade¹. Evidências revelam que em países de média e baixa renda o número reduzido de consultas de acompanhamento pré-natal é fator de risco significativo para aumento da mortalidade perinatal⁴. Além disso, o tempo de permanência de bebês em unidade intensivas de tratamento é muito maior quando a assistência pré-natal não é adequada⁵.

Contudo, um acompanhamento eficaz de pré-natal vai muito além da quantidade de encontros que gestante tem com profissionais de saúde. A Organização Mundial de Saúde avalia que um pré-natal realizado com número reduzido de consultas bem conduzidas, em gestações de baixo risco, pode ser tão efetivo quanto a realização de várias consultas⁶. No que se referem aos cuidados primordiais, evidências revelam que o controle e tratamento de infecções urinárias, HIV, sífilis, malária, verminoses e doença periodontal durante gestação podem reduzir o risco de óbito fetal⁷. Além disso, o diagnóstico precoce, monitoramento e tratamento da hipertensão arterial e do *Diabetes Mellitus*, somados ao acompanhamento dos sinais fetais, suplementação alimentar com ácido fólico, ferro, vitamina A, cálcio e magnésio, são evidências de que cuidados médicos podem reduzir o risco da mortalidade perinatal^{7,8,9}.

O Ministério da Saúde regulamentou no ano 2000 as principais atividades a serem desenvolvidas durante qualquer acompanhamento de pré-natal em todo Brasil, incluindo seu início até o 4º mês, realização de seis ou mais consultas, de exames de tipagem sanguínea, de fator Rh, de VDRL, de dosagem de Hemoglobina e Hematócrito, de Glicemia do jejum, de testagem anti-HIV, além da administração da vacina-antitetânica,

classificação do risco gestacional e realização de atividades educativas¹⁰. O estabelecimento de tais parâmetros foi fundamental para estabelecer critérios claros de avaliação nos serviços de saúde pública, principalmente no que se refere à assistência pré-natal na atenção básica articulada à média e à alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, visando oferecer uma atenção humanizada à mulher e à criança¹¹.

Por conseguinte, diversos estudos epidemiológicos avaliativos sobre assistência pré-natal têm sido conduzidos no Brasil para vislumbrar a qualidade do acompanhamento pré-natal, utilizando-se critérios consagrados internacionalmente, como os indicadores de Kessner¹ e Kotelchuk¹² ou propostas nacionais^{13,14}. No entanto, os métodos para obtenção das informações têm variado entre a auditoria de cartões de gestante¹³, entrevista com puérperas¹², análise de prontuário de acompanhamento gestacional¹⁴ ou a combinação de fontes¹⁶.

Supondo que informações sobre acompanhamento pré-natal podem diferir de acordo com a fonte de informação utilizada, este estudo propõe verificar a concordância entre as informações prestadas por puérperas e as registradas nos cartões das gestantes sobre assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

Métodos

Um estudo epidemiológico seccional foi desenvolvido na RMGV-ES, que abrigam quase metade da população total do estado do Espírito Santo e cerca de sessenta por cento da população urbana¹⁷. Nesses municípios, situam-se oito principais maternidades públicas e conveniadas ao SUS que assistem às puérperas da região produzindo grande volume de partos.

O universo amostral foi composto por todas as mulheres que se internaram em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS localizadas na RMGV-ES, por ocasião do parto, no período de Abril a Setembro de 2010. A amostra foi definida pela fórmula de tamanho amostral para estimar a proporção de nascidos vivos cobertos por 7 ou mais consultas de pré-natal, considerando a população de 17980 nascidos vivos em 2007, proporção esperada igual a 58,2%, correspondente ao município com pior indicador de cobertura, ambos de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). A precisão desejada foi de 4%, o efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância de

5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 849 mulheres. O total foi aumentado em cerca de 30% para considerar as possíveis perdas ou recusas, o que resultou em 1131 abordagens e uma população de estudo de 1035 puéperas.

Considerando as diferenças de contingente populacional de nascidos vivos entre os municípios, a representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação de acordo com as seguintes proporções: Cariacica (22,6%), Fundão (1,0%), Guarapari (6,3%), Serra (26,3%), Viana (3,7%), Vila Velha (22,2%) e Vitória (17,9%).

Sete entrevistadoras de campo foram selecionadas, após a aprovação em testes teóricos e práticos do curso de treinamento de entrevistadores, promovido por professores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Além disso, um estudo piloto foi conduzido com 67 puéperas – não incluídas no estudo principal – para aprimoramento do formulário de pesquisa e treinamento das entrevistadoras.

Essas entrevistadoras visitavam no mínimo uma vez por semana todas as oito maternidades incluídas no estudo, abordavam mulheres no momento após o parto, para relato de informações sobre a assistência pré-natal. Nos dias das visitas, as entrevistadoras listavam todas as puérperas residentes em um dos municípios da RMGV-ES, em seguida, realizavam a amostragem sistemática intercalando-se de duas em duas para selecionar puérperas a serem abordadas. Esse método foi realizado até atingir o total da amostra.

Na abordagem, verificava-se a possibilidade da realização da entrevista e posse do “Cartão da Gestante”, excluindo-se mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal (todo ou parte) no sistema privado ou em outros municípios fora da RMGV-ES, puérperas com menos de 12 horas pós-parto cesáreo.

Após a identificação das puérperas sorteadas, as entrevistadoras explicavam os objetivos da pesquisa e solicitavam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 04/11/2009, sob protocolo nº 93/2009. Informações do prontuário médico da mulher e da criança foram transcritas no formulário, o cartão da gestante foi copiado na íntegra e, por último, a puérpera foi entrevistada. As variáveis do estudo foram construídas considerando as três fontes de informação para aumentar a completude das informações.

Perguntou-se à puérpera, sobre a realização de acompanhamento pré-natal, quantidade de consultas, mês gestacional da primeira e da última consulta, doenças pré-gestacionais e gestacionais como: *Diabetes Mellitus*, Hipertensão, Anemia e Infecção Urinária. Além disso, foi questionado sobre a administração de medicamentos e vacina antitetânica e a realização de exames de rotina do acompanhamento pré-natal.

De acordo com as informações colhidas no cartão da gestante, a quantidade de consultas de acompanhamento pré-natal foi obtida pela contagem dos registros. As únicas informações retiradas dos prontuários das puérperas foram a idade gestacional (Método Capurro) e a data de nascimento da criança. De posse destas informações, foi calculada a idade gestacional na primeira e na última consulta. Informações sobre Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus* pré-gestacionais foram retirados do campo “antecedentes pessoais” no cartão da gestante. Considerou-se que a gestante era portadora de hipertensão arterial quando a média da pressão arterial sistólica foi ≥ 140 mmHg e diastólica ≥ 90 mmHg. Esse cálculo considerou no mínimo dois e registros e no máximo seis registros de pressão nos cartões para ambas as medidas. A suspeita de diabetes gestacional foi definida pelo registro de pelo menos um nível glicêmico ≥ 105 mg/dl. Já a diabetes gestacional confirmada considerou-se quando pelo menos em dois exames o nível glicêmico foi ≥ 105 mg/dl ou em apenas um dos exames o nível foi ≥ 200 mg/dl. A anemia gestacional foi definida com base no registro de um nível de hemoglobina < 11 g/dl. O histórico de infecção urinária na gestação foi constatado pelos registros positivos para exames de urocultura. A administração de medicamentos e vacina antitetânica foi positiva quando anotada em qualquer local do cartão. A realização dos exames de tipagem sanguínea e fator Rh (ABO-Rh), VDRL, Glicemia de jejum, exame de urina (EAS), Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito, Testagem de HIV/AIDS e Toque vaginal, além da repetição do VDRL, Glicemia de jejum e Exame de Urina, foram considerados quando registrados no cartão.

A verificação dos batimentos cardíacos fetais foi considerada quando pelo menos um registro foi detectado nas três primeiras consultas. A pesagem e a medida da pressão arterial nas consultas de acompanhamento pré-natal foram calculadas pelo razão entre o número de registros e o número de consultas anotadas. Em seguida, os resultados dos cálculos foram discriminados em categorias, segundo intervalos numéricos: nunca ($< 0,40$), às vezes (de $0,40$ a $0,79$) e sempre ($> 0,80$).

O banco de dados foi construído a partir das informações digitadas no programa SPSS versão 12.0. Antes da digitação, os formulários de pesquisa foram revisados por pesquisador para análise da completude e consistência de informações, dando retorno aos entrevistadores de campo, em seguida, digitados por profissional estatístico. Após a digitação, o mesmo pesquisador realizava a conferência do banco de dados com os formulários. Por último, o pesquisador e o estatístico juntos realizaram uma última revisão conferindo todas variáveis dos formulários com os dados do banco.

Em seguida, foram aplicados os testes de *Kappa*, para mensurar os níveis de concordância, considerando segundo Landis e Koch¹⁸: concordância quase perfeita (0,80-1,00), substancial (0,60 a 0,79), moderada (0,41-0,59), razoável (0,21-0,40), ruim ($\leq 0,20$). Além disso, foram aplicados os testes de *Kappa ajustado pela prevalência* e de *McNemar* no programa PEPI versão 4.0, para verificar a direção (tendência) da discordância, adotando-se nível de significância estatística menor que 5%.

Resultados

A partir da amostra inicial de 1035 puérperas entrevistadas, 23(2,2%) não obtiveram qualquer assistência em saúde durante a gestação e 6(0,6%) afirmaram ter realizado o acompanhamento pré-natal, mas não portavam o cartão da gestante. Isso resultou o total de 1006 cartões avaliados. A ausência de informações para algumas variáveis nos cartões e nos formulários da puérperas justificam a variação nos totais.

A **tabela 1** apresenta a distribuição dos dados faltantes para cada variável segundo as fontes de informação. Nota-se que as variáveis: diabetes gestacional (confirmado), uso de medicamentos na gestação e vacinação antitetânica, foram as que apresentaram um percentual de ausência nos cartões maior que 50%. Enquanto as variáveis relacionadas aos registros dos exames um percentual de ausência em torno de 3,0%, justificado pela ausência do cartão.

Considerando as demais variáveis, relacionadas à realização de atividades no pré-natal, os campos em branco representaram a não realização do exame. No que se refere a não-respostas das puérperas, nota-se que os percentuais de dados faltantes foram inferiores a 10% em todas as variáveis, o que reflete o treinamento adequado da equipe de entrevistadores de campo.

A soma dos totais apresentou grande variabilidade de acordo com a natureza das variáveis, visto que variáveis dependentes de exames diagnósticos e do preenchimento correto no cartão foram as que apresentaram maiores percentuais de dados faltantes. Deve-se destacar que os valores do total não são cumulativos, porque a ausência de informação no cartão pode ter coincido com a ausência no formulário.

Os resultados dos testes de concordância entre cartões das gestantes e da memória da puérpera, para as variáveis avaliadas são apresentados na **tabela 2**. Nela são demonstrados os valores absolutos e relativos das discordâncias do cartão em relação à puérpera e da puérpera em relação ao cartão para evidenciar sua tendência. Além disso, são apresentados os valores para os testes de *Kappa*, com intervalos de confiança de 95%, os testes de *Kappa ajustado pela prevalência*, os testes de *McNemar* e os níveis de significância para as estatísticas de teste.

Comparando a quantidade de consultas pré-natais informadas pelas puérperas e coletadas nos cartões de gestantes, nota-se uma tendência de superestimação do número de consultas pelas puérperas em relação aos cartões (*McNemar* = 51,7; p-valor= 0,001) embora seja observada uma concordância substancial entre as fontes de informação (*Kappa* = 0,68; p = 0,001). Quanto ao início e ao término do acompanhamento pré-natal, observa-se que as puérperas tendem a informar um início mais precoce do pré-natal (*McNemar* = 212,8; p-valor= 0,001), com um nível de concordância ruim em relação aos dados do prontuário (*Kappa* =0,17; p-valor= 0,001). O mesmo acontece com a informação sobre o término do pré-natal, com tendência a informar o mês de realização da última consulta mais precoce do que o calculado pelos registros do prontuário e do cartão (*McNemar* =70,9 p-valor= 0,001), contudo com um nível de concordância razoável (*Kappa*=0,25; p-valor= 0,001).

Sobre os resultados dos principais procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados durante o acompanhamento pré-natal, nota-se concordância moderada para o diagnóstico da hipertensão pré-gestacional, da anemia gestacional, do diabetes pré-gestacional e do diabetes gestacional suspeito e confirmado; concordância razoável para a vacinação antitetânica, para diagnóstico da infecção urinária, para a repetição dos exames de VDRL, EAS e Glicemia de jejum; e, concordância ruim para todas as demais variáveis.

Todos os testes apresentaram valores estatisticamente significantes ao nível inferior 5%, exceto para a variável diabetes gestacional confirmado, em que o *Kappa* apresentou nível

moderado, enquanto a tendência na discordância medida pelo teste de *McNemar* não foi observada. Outra exceção se refere ao estado de hipertensão pré-gestacional em que se percebe uma tendência materna de negação, em todas as demais variáveis, sejam relacionados a exames diagnósticos, procedimentos terapêuticos ou mesmo quadros patológicos, verificam-se afirmações maternas positivas que não se confirmam pelo cartão da gestante.

No que se refere às informações sobre procedimentos rotineiros executados no acompanhamento pré-natal: a pesagem nas consultas e a medida da pressão arterial, nota-se que as puérperas tendem a superestimar a realização desses procedimentos no pré-natal. Considerando o elevado teor de subjetividade envolvido nessa variável, maioria delas opina que tais procedimentos sempre ocorreram, enquanto no registro verifica-se que estes às vezes ou nunca foram realizados. Por conseguinte, nota-se uma concordância ruim e uma discordância estatisticamente significativa, sendo a concordância entre as fontes de informação sobre a medida da pressão arterial significativa ao nível de 5%.

Ao comparar as análises de *Kappa* e *Kappa ajustado pela prevalência* observam-se diferenças muito importantes. Isso ocorre prioritariamente quando o valor da discordância é pequeno e o nível de concordância é baixo. As variáveis que apresentaram tal característica foram: verificação dos batimentos cardíacos fetais (*Kappa*=0,09; *Kappa ajustado*= 0,86), pesagem nas consultas (*Kappa*=0,11; *Kappa ajustado*= 0,84) e medida da pressão arterial (*Kappa*=0,11; *Kappa ajustado*= 0,86). Contudo, para variáveis: quantidade de consultas pré-natais e mês gestacional da primeira consulta, as análises de *Kappa ajustado* não diferem muito dos testes de *Kappa*. A única variável que apresentou *Kappa ajustado* negativo foi a realização de exame de toque nas consultas em que a concordância foi muito ruim, enquanto para as variáveis relacionadas à repetição de exames de VDRL, EAS e Glicemia de jejum os níveis de concordância ajustados diminuíram.

Tabela 1. Distribuição dos dados faltantes, segundo as fontes de informação: cartão da gestante e entrevistas com puérperas sobre assistência pré-natal. RMGV-ES. 2010.

Variáveis	Cartão n=1006		Puérpera n=1035		Total	%
	n	%	n	%		
Acesso ao pré-natal						
Quantidade de consultas pré-natais	34	3,4	63	6,1	99	9,6
Mês Gestacional da primeira consulta	98	9,7	39	3,8	114	11,0
Mês gestacional da última consulta	139	13,8	28	2,7	144	13,9
Doenças						
Hipertensão pré-gestacional	447	44,4	26	2,5	449	43,4
Hipertensão gestacional	101	10,0	23	2,2	101	9,8
Anemia gestacional	330	32,8	26	2,5	332	32,1
Diabetes pré-gestacional	438	43,5	25	2,4	439	42,4
Diabetes gestacional (suspeito)	318	31,6	23	2,2	318	30,7
Diabetes gestacional (confirmado)	711	70,7	23	2,2	711	68,7
Infecção urinária	352	35,0	26	2,5	355	34,3
Medicamentos						
Medicamentos na gestação	628	62,4	25	2,4	630	60,9
Vacina antitetânica	521	51,8	35	3,4	526	50,8
Exames laboratoriais						
Exame ABORh	29	2,9	37	3,6	43	4,2
Exame VDRL	29	2,9	47	4,5	53	5,1
Exame de urina (EAS)	29	2,9	26	2,5	32	3,1
Exame glicemia de jejum	29	2,9	27	2,6	33	3,2
Exame hemoglobina	29	2,9	34	3,3	40	3,9
Exame hematocrito	29	2,9	34	3,3	40	3,9
Testagem HIV/AIDS	29	2,9	27	2,6	33	3,2
Repetição exame VDRL	29	2,9	49	4,7	55	5,3
Repetição exame de Urina (EAS)	29	2,9	29	2,8	35	3,4
Repetição glicemia de jejum	29	2,9	36	3,5	42	4,1
Exames clínicos						
Verificação dos batimentos cardíacos fetais	31	3,1	25	2,4	31	3,0
Exame de toque vaginal	29	2,9	23	2,2	29	2,8
Pesagem nas consultas	32	3,2	23	2,2	32	3,1
Medida da Pressão Arterial	32	3,2	24	2,3	33	3,2

Tabela 2. Concordância entre as informações prestadas pelas puérperas e as registradas nos cartões das gestantes sobre o acompanhamento pré-natal. RMGV-ES. 2010.

Variáveis Comparadas	Discordantes				Kappa	IC=95%	Kappa ajustado	p-valor	McNemar	p-valor
	Cartão <i>versus</i> Puérpera		Puérpera <i>versus</i> Cartão							
	Puérpera	%	Cartão	%						
Acesso ao pré-natal										
Quantidade de consultas	45	4,8	132	14,1	0,68	0,63-0,72	0,72	0,001	48,4	0,001
Mês Gestacional da primeira consulta	474	51,5	154	16,7	0,17	0,14-0,21	0,23	0,001	212,8	0,001
Mês gestacional da última consulta	175	19,6	124	13,9	0,25	0,20-0,30	0,56	0,001	70,9	0,001
Doenças										
Hipertensão pré-gestacional	19	3,2	5	0,9	0,52	0,35-0,69	0,92	0,001	7,3	0,007
Hipertensão gestacional	0	0,0	150	16,1	0,08	0,03-0,13	0,68	0,001	148,0	0,001
Anemia gestacional	49	7,0	116	16,5	0,41	0,34-0,48	0,53	0,001	26,4	0,001
Diabetes pré-gestacional	3	0,5	4	0,7	0,46	0,12-0,79	0,98	0,001	0,0	1,000
Diabetes gestacional (suspeito)	3	0,4	19	2,6	0,44	0,24-0,63	0,94	0,001	10,2	0,001
Diabetes gestacional (confirmado)	7	2,2	10	3,1	0,56	0,37-0,75	0,90	0,001	0,2	0,629
Infecção urinária	18	2,6	140	20,6	0,33	0,25-0,40	0,54	0,001	92,7	0,001
Medicamentos										
Medicamentos na gestação	12	3,0	115	28,4	0,19	0,10-0,27	0,37	0,001	81,9	0,001
Vacina antitetânica	45	8,8	74	14,5	0,27	0,17-0,37	0,53	0,001	6,6	0,010
Exames Laboratoriais										
Exame ABORh	16	1,6	338	34,1	0,11	0,07-0,14	0,29	0,001	291,1	0,001
Exame VDRL	27	2,7	253	25,8	0,10	0,05-0,15	0,43	0,001	180,8	0,001
Exame de urina(EAS)	8	0,8	326	32,5	0,05	0,02-0,08	0,33	0,001	300,9	0,001
Exame glicemia de jejum	26	2,6	261	26,0	0,07	0,02-0,12	0,43	0,001	190,8	0,001
Exame hemoglobina	20	2,0	272	27,3	0,09	0,04-0,13	0,41	0,001	215,8	0,001
Exame hematócrito	18	1,8	330	33,2	0,07	0,03-0,11	0,30	0,001	277,9	0,001
Testagem HIV/AIDS	16	1,6	323	32,2	0,07	0,03-0,11	0,32	0,001	276,2	0,001
Repetição exame VDRL	16	1,6	380	38,8	0,29	0,25-0,33	0,19	0,001	332,8	0,001
Repetição exame de Urina(EAS)	14	1,4	431	43,1	0,24	0,20-0,28	0,11	0,001	388,9	0,001
Repetição glicemia de jejum	22	2,2	381	38,4	0,28	0,24-0,32	0,19	0,001	318,0	0,001
Exames Clínicos										
Verificação dos batimentos cardíacos fetais	8	0,8	61	6,1	0,09	-0,01-0,18	0,86	0,001	67,0	0,001
Exame de toque vaginal	11	1,1	541	53,8	0,07	0,05-0,10	-0,10	0,001	507,0	0,001
Pesagem nas consultas	8	0,8	91	9,1	0,11	0,03-0,20	0,84	0,001	26,9	0,001
Medida da Pressão Arterial	23	2,3	68	6,8	0,11	0,02-0,21	0,86	0,001	24,4	0,001

Discussão

A verificação da concordância entre as fontes de informação sobre assistência pré-natal é fundamental para se estabelecer perspectivas avaliativas do serviço de acompanhamento a gestantes. Nos estudos de avaliação, o Prontuário da Atenção Básica^{15,19,20,21,22,23}, o Cartão da Gestante¹³ e as entrevistas com mãe¹⁴, gestantes²⁴ e puérperas¹², e a combinação da fontes^{1,16,25} tem sido métodos utilizados para obtenção de informações. Entretanto, algumas dificuldades têm sido encontradas no que se refere à assistência integrada à gestação, parto e puerpério, no SUS.

O acompanhamento pré-natal é realizado prioritariamente por médicos ou enfermeiros da atenção básica que elaboram o prontuário rotineiro de consultas, exames e procedimentos terapêuticos¹⁵. Contudo, por mais completo que esteja, geralmente o prontuário não acompanha a gestante até o hospital ou maternidade, onde outro profissional realiza o parto sem nunca antes ter avaliado a mulher. Essa desarticulação entre os níveis de atenção de referência e contrarreferência é abordado por Zampieri e Erdmann²⁶. Devido à falta de informação dos profissionais que realizam o parto, dados indispensáveis sobre o feto e a mãe, que implicam em riscos para ambos, podem ser negligenciados ou exames e procedimentos terapêuticos podem ser repetidos desnecessariamente²⁷.

O registro adequado dos dados no cartão da gestante é valorizado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) como fonte de informações do pré-natal da mulher²⁷. Nesse contexto, o Cartão da Gestante parece ser o elemento de ligação entre o acompanhamento gestacional na Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. Nele é possível registrar as informações essenciais da gravidez que implicam em riscos para puérpera e criança.

A guarda do cartão pode ser vulnerável a perdas ou extravio, no entanto, Darmont et al²⁸ analisa o discurso da valorização do cuidado com a saúde e a noção de importância da prevenção de puérperas HIV positivas que é traduzido pela preservação do cartão da gestante. Nota-se que as mulheres percebem o cartão como uma garantia para a realização de uma atenção ao parto sem maiores intercorrências, por isso o presente estudo encontrou poucas mulheres que realizaram o pré-natal sem o cartão na maternidade.

Isso mostra que a parturiente leva o cartão ao local do parto, entendendo que as informações são importantes, cumpre o papel de referenciamento, que deveria ser

responsabilidade do sistema de saúde. Vale destacar que na maioria das vezes o cartão é fornecido, entretanto as informações registradas parecem não ser compartilhadas com as gestantes, o que sugere as diferenças encontradas, além, é claro, do precário preenchimento do cartão.

Contudo, propostas mais avançadas sugerem a criação de um sistema de informações integrado que permita o levantamento pelas maternidades ou hospitais das informações descritas no acompanhamento pré-natal²⁹. Isso favoreceria a integração dos níveis de complexidade no SUS para atenção materno-infantil e a integralidade das ações em saúde. Mas, deve-se considerar que a informatização não garante qualidade de informação. Independente de ser manual ou digital, o que é de extrema relevância é a boa qualidade do preenchimento de dados nos sistemas de informação. Enquanto essas propostas não entram em vigor, esforços para preencher corretamente o Cartão da Gestante e guardá-lo a salvo de intempéries parecem ser responsabilidades a serem compartilhadas entre usuárias do SUS e profissionais de saúde²⁶.

Os resultados do presente estudo demonstraram que as puérperas tendem a relatar que realizaram uma quantidade de consultas maior do que a registrada no cartão, além de referirem início e término do pré-natal mais precoce que o calculado pela idade gestacional de nascimento do bebê. Essas constatações, além de concordarem com Delgado-Rodriguez et al³⁰ implicam diretamente nas categorias de avaliação da qualidade da assistência pré-natal dos índices de Kessner¹ e de Kotelchuck¹², que consideram o número de consultas e o mês gestacional da primeira consulta como critérios de qualidade da assistência.

Além disso, existem repercussões significativas para avaliação e planejamento nos serviços de saúde no Brasil, no que se refere ao Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), em que se destaca um aumento expressivo de recém-nascidos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal nos últimos anos³¹, que pode não ser real. Visto que o preenchimento da informação sobre o número de consultas realizadas no pré-natal é realizado em um estabelecimento de saúde ou cartório sem especificação da fonte de informação, que pode ser a mãe da criança, o prontuário, ou o próprio cartão de pré-natal.

Considerando as informações sobre as principais doenças anteriores à gravidez ou desenvolvidas durante a gestação, as puérperas tenderam a não assumir a hipertensão pré-gestacional e a afirmar o desenvolvimento de doenças gestacionais, como: hipertensão

arterial, anemia, diabetes e infecção urinária, sem que estas estivessem diagnosticadas nos cartões. Essa tendência só não foi verificada para as variáveis: Diabetes Pré-gestacional e Diabetes Gestacional (confirmado). Deve-se ressaltar que, mesmo presentes nos cartões, as informações pregressas foram fornecidas pela mulher e anotadas pelo pré-natalista, assim como as informações da entrevista. O estudo de Delgado-Rodriguez et al³⁰ também demonstrou um nível de concordância razoável ou moderada, entre o relato da hipertensão arterial e anemia gestacional das puérperas, e o registro do prontuário hospitalar de pré-natal. Contudo, para o diagnóstico do episódio de infecção geniturinária o estudo revelou uma concordância muito superior ao presente estudo, possivelmente devido à alta especificidade dos critérios e à valorização dos casos graves, em detrimento aos casos leves, limítrofes ou suspeitos, na relação entre profissional de saúde e usuário do sistema. Tais achados possuem influência direta em estudos que consideram o diagnóstico dessas doenças como fatores de risco para desfechos desfavoráveis maternos e infantis⁴.

Sobre o uso de remédios na gravidez, as puérperas tendem a afirmar uso de medicamentos não confirmados no cartão, o que resulta numa concordância ruim, próxima à concordância razoável encontrada pelos autores que estudaram viés de memória³⁰, que justifica esse baixo nível pela ausência de registro das prescrições nos prontuários médicos de acompanhamento pré-natal ou pela prática da automedicação. Considerando a vacinação antitetânica, que apresentou uma concordância razoável, em pouco mais de um terço (393) dos cartões a informação sobre a administração da dose de reforço ou primeira dose foi encontrada. O percentual 31,4% foi descrito por Parada²² em São Paulo e de 89,5% por Moura et al¹⁹ na Microrregião de Baturité no Ceará, ambos colhidos de prontuários da atenção básica. Já em auditoria em cartões de gestantes em Juiz de Fora – MG, um percentual de 42,4% foi encontrado¹³ o que demonstra uma variabilidade acentuada quanto ao registro da vacinação que é crucial para definir condutas no momento do parto.

Quanto à realização dos principais exames laboratoriais no pré-natal, as puérperas tendem a afirmar a execução de todos os exames preconizados pelo PHPN¹⁰, o que ocasiona uma concordância ruim para todos os exames. Deve-se considerar que esse fenômeno pode ser também explicado pela falta de preenchimento das informações no cartão, tornando-se imprescindíveis a realização de estudos que testem a concordância entre prontuários, cartões e mulheres.

Já em relação à repetição dos exames de VDRL, EAS e Glicemia de jejum, o nível de concordância aumenta, mas não chega a ser considerado moderado para nenhum deles. Coutinho et al¹³ destacam percentuais de registros superiores a 70% para registro dos exames pelo menos uma vez nos cartões, enquanto no presente estudo os percentuais variam de 58% para o exame do tipo e fator sanguíneo e 69% para a glicemia de jejum. Em oposição, enquanto o estudo por auditoria de cartões¹³ registra um percentual em torno de 15% para a repetição dos exames de VDRL, Glicemia e Urina, neste estudo foram encontrados percentuais próximos a 30%, semelhantes ao estudo de Parada²².

Nesse contexto, pode-se supor que algumas mulheres conseguiram realizar os primeiros exames e repeti-los no SUS, mas um percentual aproximadamente equânime não conseguiu realizar nenhum único exame, concordando com as principais idéias/vivências descritas nos discursos analisados por Almeida e Tanaka³², que evidenciam como a organização do serviço e oferta de procedimentos influencia na realização dos exames. Supõe-se que dois elementos possam estar envolvidos nessa questão: se por um lado pode haver a deficiências de organização dos serviços de saúde com ausência insuficiente de oferta de exames, por outro existe uma cobrança social de responsabilidade para que as gestantes assumam uma postura de autocuidado, fazendo com que estas tenham a sensação do “dever cumprido” como “boas mães” durante a gravidez, quando afirmam que realizaram exames sem sequer ter consciência de suas verdadeiras atitudes. Sobre essa questão Zampieri e Erdmann²⁵ exemplificam o reforço da idéia de realização do acompanhamento pré-natal adequado pelos discursos das gestantes como uma questão de responsabilidade com a sua própria vida e com a do novo ser.

Em relação aos principais exames clínicos realizados rotineiramente nas consultas de acompanhamento pré-natal encontramos concordâncias muito ruins para os exames ginecológicos e para a verificação dos batimentos cardíacos fetais. As mulheres tendem a afirmar que profissionais de saúde que conduziram o pré-natal realizaram tais procedimentos, contudo não se verifica nos cartões, o que sugere a possibilidade de confusão pelas puérperas. Embora em cerca de 90% dos cartões tenham sido encontrados os registros dos batimentos cardíacos fetais, semelhante a Coutinho et al¹³ e Carvalho e Novaes²⁵, somente em 8% o exame de toque vaginal foi registrado, enquanto 53% das mulheres afirmaram terem sido submetidas ao exame, percentual em conformidade com

estudo de Neumann et al¹⁴. Além da negligência profissional quanto à anotação do exame clínico ginecológico no cartão, que explica a discordância entre memória materna e registro, o baixo percentual pode ser devido à desvalorização do exame clínico²³.

Outros procedimentos de acompanhamento muito comuns são: a verificação do peso e a medida da pressão arterial, que neste estudo tiveram sua frequência superestimada pela puérperas, corroborando com o estudo sobre a opinião, em que cerca de 98% das primigestas da cidade de Curitiba – PR relataram que “sempre” esses procedimentos foram realizados durante o pré-natal²⁵. Os níveis de concordância tão ruins podem ser explicados pelo alto grau de subjetividade envolvida no entendimento e expressão das respostas maternas codificadas em categorias, contrastando com o alto nível de objetividade traduzido pelos cálculos baseados nos registros dos cartões. As mulheres tendem a expressar que esses procedimentos sempre foram executados, quando na verdade estes nunca ou às vezes foram registrados.

O método estatístico do ajuste de *Kappa* pela prevalência permitiu aumentar em muitas vezes os níveis de concordância para a maioria das variáveis, entretanto para as variáveis: repetição de exames e realização de toque vaginal, as concordâncias ajustadas foram menores. Isso revela a relevância da utilização do método para equilibrar possíveis distorções dos resultados. No entanto, deve-se ressaltar que isso não anula os resultados das demais análises, mas permite visualizar o fenômeno sobre diferentes pontos de vista.

Conclusões

Os níveis de concordância entre os dados encontrados nos Cartões das Gestantes e a Memória Materna, sobre a assistência pré-natal, foram predominantemente ruins. Destacando-se a superestimação da quantidade de consultas realizadas, além da tendência de negação materna da hipertensão pré-gestacional em oposição à afirmação de todas as demais doenças gestacionais: Hipertensão, Diabetes, Anemia e Infecção Urinária. Adiciona-se a afirmação das puérperas sobre a realização e repetição de exames laboratoriais propostos no PHPN, que nunca foram registrados, e o relato sobre a realização de exames clínicos como: a pesagem e a medida da pressão arterial com uma frequência aumentada em relação ao cartão.

Verifica-se que explicações de natureza diferenciadas estão envolvidas no contexto do estudo, onde se percebem que tanto falhas na interlocução entre profissional de saúde e usuário, quanto negligência profissional de registro de doenças e exames clínico-laboratoriais nos cartões das gestantes contribuem para níveis de concordância tão ruins. Além disso, investigações mais específicas contribuirão para explicitar a subjetividade envolvida na documentação do processo de assistência pré-natal.

Os resultados sugerem reflexão sobre as diferentes fontes de informação consultadas para elaboração de estudos epidemiológicos avaliativos, que geralmente são utilizados como ferramentas para planejamento e execuções de medidas de saúde pública no âmbito dos serviços de saúde voltados para assistência materno-infantil no SUS.

Referências

1. Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Ohsfeldt RL. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. *Health Policy Plan* 2009; 24(3): 175-88.
2. Villar J, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 19(357):1551-64.
3. Theodoro ESN, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude soc* 2008; 17(2): 107-119.
4. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GG. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 6(10): CD000934.
5. Carroli G, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 19(357): 1565-70.
6. World Health Organization (WHO). What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Networks. Copenhagen; 2005.
7. Menezes EV, Yakoob MY, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 7(9): Suppl 1:S4.
8. Haws RA, Yakoob MY, Soomro T, Menezes EV, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: screening and monitoring during pregnancy and labour. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009; 7(9): Suppl 1:S5.
9. Yakoob MY, Menezes EV, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: behavioural and nutritional interventions before and during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 7(9): Suppl 1:S3.
10. Brasil. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao_sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atendimento-humanizado/Portaria_569.pdf> Acesso em: 09/07/07.
11. Brasil. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

12. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (suppl.1): S63-S72.
13. Coutinho T, et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2003; 25(10): 717-724.
14. Neumann NA, Tanaka OU, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2003; 6(4): 307-318.
15. Succi RCM et al. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2008; 16(6): 986-992.
16. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2002; 24(5): 293-299.
17. ESPIRITO SANTO, (Estado). Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/>. Acesso em: 09/07/07.
18. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33(1): 159-174.
19. Moura ERF, Holanda Jr. F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(6): 1791-1799.
20. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(1): 131-139.
21. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(1): 173-179.
22. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2008; 8(1): 113-124.
23. Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da

- colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2009; 55(3): 290-295.
24. Costa GD et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(suppl.1): 1347-1357.
25. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(suppl.2): S220-S230.
26. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010; 10(3): 359-367.
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant* 2002; 2(1): 69-71.
28. Darmont MQR et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(9): 1788-1796.
29. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. Governo lança projeto Rede da Mulher e da Criança. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>> Acesso em: 24/03/10.
30. Delgado-Rodríguez M, Gómez-Olmedo M, Bueno-Cavanillas A, García-Martín M, Gálvez-Vargas R. Recall bias in a case-control study of low birth weight. *J Clin Epidemiol.* 1995; 48(9): 1133-40.
31. Moraes MS, Kujumjian FG, Chiaravalloti NF, Lopes JCC. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2004; 4(4): 375-384.
32. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(1): 98-104.

7. ARTIGO III

AVALIAÇÃO DOS ÍNDICES DE ACESSO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Resumo

O objetivo deste estudo foi comparar os índices de avaliação de acesso à assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil. As informações para compor os índices de avaliação foram retiradas de 1006 formulários de pesquisa, cartões de gestantes e prontuários médicos de puérperas, que se internaram por ocasião do parto em maternidades da RMGV-ES, no período de abril a setembro de 2010. Os índices de avaliação do acesso ao pré-natal, propostos por Ciari et al (1972), Kessner et al (1973), Alexander e Cornely (1987), Rosen et al (1991), Takeda (1993), Ministério da Saúde do Brasil (2000), Villar et al (2001), Coutinho et al (2003) e Carvalho e Novaes (2004), foram comparados ao índice de Kotelchuck (1994), o padrão de referência. Prevalências de adequação foram calculadas e análises de sensibilidade, especificidade, preditividade, acurácia e razões de verossimilhança foram utilizadas para verificar as diferenças entre os indicadores de avaliação do acesso à assistência pré-natal. A maior prevalência de adequação ao acesso à assistência pré-natal foi encontrada pelo índice Takeda, 55,8% (IC95%=52,6-59,0), enquanto a menor prevalência foi calculada pelo de Rosen et al igual a 0,5% (IC95%=0,1-1,0). A maior concordância ocorreu entre os índices de Villar et al e Rosen et al (Kappa ajustado=0,84). O índice mais sensível foi o de Takeda e o mais específico foi o de Rosen et al. O índice que apresentou maior acurácia foi o de Kessner et al. As razões de verossimilhança negativa indicaram que o índice de Rosen et al possui maior probabilidade de erro dentre os demais índices (99%). Conclui-se que os índices de avaliação do acesso à assistência pré-natal são diferentes entre si. Sugere-se uma reflexão sobre as avaliações de acesso ao pré-natal, utilizadas para o direcionamento das políticas públicas no campo da saúde materno-infantil, visto que podem chegar a resultados díspares de acordo com o índice.

Palavras-chaves: Avaliação em saúde, Serviços de saúde materno-infantil, Acesso à serviços de saúde.

Abstract

This study aims to compare evaluation index of access to prenatal care in the Unified Health System (SUS) in the Metropolitan Region of Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brazil. Information to compose evaluation indexes were obtained from 1006 survey forms, pregnant cards and medical records of mothers who were hospitalized at time of birth in RMGV-ES maternity, between April to September 2010. Evaluation indexes of access to prenatal care, proposed by Ciari et al (1972), Kessner et al (1973), Alexander and Cornely (1987), Rosen et al (1991), Takeda (1993), Brazil (2000) , Villar et al (2001), Coutinho et al (2003) and Carvalho and Novaes (2004), were compared to Kotelchuck index (1994), the gold standard. Prevalence of adequacy were calculated and analyzes about sensitivity, specificity, predictive, accuracy and likelihood ratios were used to evaluate differences between evaluation indexes of access to prenatal care. The higher prevalence of adequate access to prenatal care was found by Takeda's index 55.8% (95% CI = 52.6 to 59.0), while the lowest prevalence was calculated by Rosen et al index, 0.5% (95% CI = 0.1 to 1.0). The highest agreement was between Rosen et al and Villar et al indexes (Kappa adjusted = 0.84). Takeda's index was more sensitive and index more specific was Rosen et al. The more accurate index was Kessner et al. Negative likelihood ratios indicated that Rosen et al index has a higher probability of error among the other indices (99%). It is concluded that evaluation indexes of access to prenatal care are different. Evaluation of access to prenatal care is frequently used for targeting public policies in maternal and child health fields. However, evaluation should be criticized, because different results can reach according to indexes.

KEYWORDS: Health Evaluation, Maternal and child health services, Access health services.

Introdução

As primeiras formas de intervenção do Estado sobre saúde materno-infantil começam a ser praticadas no século XVIII, na Inglaterra, por meio de políticas voltadas para a priorização da infância e medicalização do parto e da saúde da família com objetivo de produzir maior número de crianças, com boas condições de vida impondo um conjunto de obrigações a pais e filhos¹.

Embora carreadas pelo objetivo implícito de fortalecer um corpo social capaz de impulsionar o nascimento e oferecer subsídios para a expansão industrial, as políticas de saúde, proporcionaram um desenvolvimento social notável, comprovado pelo controle e erradicação de diversas doenças infecciosas, proporcionando a ampliação da expectativa de vida e aumento expressivo da população mundial².

A partir desse momento, estreitaram-se as relações entre gestantes e medicina, visto que a hospitalização do parto permitiu avanços no conhecimento técnico-científico sobre processos fisiológicos e patológicos no âmbito dos hospitais, que fundamentaram intervenções médicas eficazes no ciclo gravídico-puerperal³.

Nessa fase do ciclo da vida, o acompanhamento pré-natal destaca-se como uma das medidas que previnem ou diminuem o risco de morte tanto de mulheres quanto de crianças⁴. Na assistência gestacional, profissionais de saúde podem detectar os fatores de risco e intervir sobre eles evitando complicações para a saúde materna e infantil.

A assistência pré-natal origina-se a partir do encontro entre gestantes e profissionais nos serviços de saúde, que administram o conhecimento técnico-científico no momento da consulta. Estudos conduzidos em países de média e baixa renda evidenciaram que o número reduzido de consultas de acompanhamento pré-natal é fator de risco significativo para aumento da mortalidade perinatal⁵ e para a permanência de bebês em unidade intensivas de tratamento por longo tempo⁶.

Contudo, a realização de muitas consultas pré-natais nem sempre se traduz num acompanhamento gestacional eficaz. Nas gestações de baixo risco, as evidências sugerem que pré-natais com poucas consultas, podem ser tão efetivos quanto à realização de várias consultas, desde que intervenções corretas sejam realizadas em momentos adequados de acordo com a necessidade de cada gestante⁷.

Por conseguinte, diversos estudos epidemiológicos avaliativos sobre assistência pré-natal têm sido conduzidos para vislumbrar a qualidade do acompanhamento pré-natal, utilizando-se critérios relacionados ao início do acompanhamento nos serviços de saúde, quantidade totais de consultas, idade gestacional de realização de consultas, procedimentos físicos, clínicos, laboratoriais e educativos, que qualificam o julgamento sobre uma assistência adequada ou não.

Essa tentativa de desenvolver métodos para avaliação da assistência pré-natal não é uma prática recente^{8,9}. Os critérios de julgamento sobre uma atenção pré-natal adequada sofreram diversas mudanças ao longo dos anos, acompanhando o desenvolvimento de novas ferramentas tecnológicas, diagnósticas e evidências científicas geradas no campo da saúde materno-infantil^{10,11}.

Os métodos de avaliação da assistência pré-natal podem ser classificados em: índices que medem o acesso, entendido como a entrada dos usuários nos serviços de saúde e a continuidade do cuidado¹²; e, índices que avaliam a adequação do processo de assistência, entendido como atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes de acordo padrões técnicos, científicos e/ou administrativos¹³. Esses índices podem ser utilizados separadamente ou de forma conjugada nas avaliações de serviços de saúde no pré-natal, como métodos parciais de mensuração da qualidade da assistência.

Os índices que avaliam acesso a assistência pré-natal podem apresentar critérios diferentes para considerar adequado o acesso à assistência pré-natal. Conseqüentemente, a utilização de índices diferentes pode chegar a resultados contraditórios quando se avalia a mesma assistência pré-natal. Isso tem repercussão direta no planejamento e implementação de políticas de saúde materno-infantil nos serviços de saúde pública. Nesse contexto, este estudo se propõe a comparar os índices de avaliação de acesso à assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

Métodos

Os índices de avaliação de acesso ao pré-natal foram calculados a partir das informações obtidas por meio de um estudo epidemiológico seccional conduzido com puérperas residentes na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil. A amostra considerou todas as mulheres que se internaram em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS localizadas na RMGV-ES, por ocasião do parto, no período de Abril a Setembro de 2010.

As informações foram coletadas por entrevistas face-a-face com puérperas, análise dos seus respectivos cartões de gestante e prontuários médicos. O tamanho da amostra foi definido pela fórmula de tamanho amostral para estimar a proporção de nascidos vivos cobertos por 7 ou mais consultas de pré-natal, considerando a população de 17980 nascidos vivos em 2007, proporção esperada igual a 58,2%, correspondente ao município com menor indicador de cobertura, ambos de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos. A precisão desejada foi de 4%, o efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância de 5%.

Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 849 mulheres. O total foi aumentado em cerca de 30% para considerar as possíveis perdas ou recusas, o que resultou em 1131 abordagens, uma população de estudo de 1035 puérperas e 1006 cartões avaliados. Contudo, para padronizar a construção dos índices de avaliação de acesso ao pré-natal, neste estudo foram excluídas das análises, 23 puérperas que não realizaram o pré-natal, 6 sem cartão de gestante, resultando o número máximo de 1006 unidades amostrais.

Considerando as diferenças de contingente populacional de nascidos vivos entre os municípios, a representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação de acordo com as seguintes proporções: Cariacica (22,6%), Fundão (1,0%), Guarapari (6,3%), Serra (26,3%), Viana (3,7%), Vila Velha (22,2%) e Vitória (17,9%).

Sete entrevistadoras de campo foram selecionadas, após a aprovação em testes teóricos e práticos do curso de treinamento de entrevistadores, promovido por professores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Além disso, um estudo piloto foi conduzido com 67 puérperas – não incluídas no estudo principal – para aprimoramento do formulário de pesquisa e treinamento das entrevistadoras.

Essas entrevistadoras visitavam no mínimo uma vez por semana todas as oito maternidades incluídas no estudo, abordavam mulheres no momento após o parto, para relato de informações sobre a assistência pré-natal. Nos dias das visitas, as entrevistadoras listavam todas as puérperas residentes em um dos municípios da RMGV-ES, em seguida, realizavam a amostragem sistemática intercalando-se de duas em duas para selecionar puérperas a serem abordadas. Esse método foi realizado até atingir o total da amostra.

Na abordagem, verificava-se a possibilidade da realização da entrevista e posse do “Cartão da Gestante”, excluindo-se mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal (todo ou parte) no sistema privado ou em outros municípios fora da RMGV-ES, puérperas com menos de 12 horas pós-parto cesáreo.

Após a identificação das puérperas sorteadas, as entrevistadoras explicavam os objetivos da pesquisa e solicitavam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 04/11/2009, sob protocolo nº 93/2009. Informações do prontuário médico da mulher foram transcritas no formulário, o cartão da gestante foi copiado na íntegra e, por último, a puérpera foi entrevistada. As variáveis do estudo foram construídas considerando as três fontes de informação para aumentar a completude das informações.

As informações sobre o início do acompanhamento pré-natal, semana/mês gestacional das consultas foram obtidas considerando a data de registro no cartão da gestante, a data e idade gestacional de nascimento da criança registrados no prontuário médico. Além disso, o total de consultas pré-natais foi obtido pela contagem nos cartões de gestantes, enquanto a informação sobre paridade considerou o auto-relato da puérpera na entrevista.

Embora alguns índices de avaliação possuam categorias e níveis intermediários para classificar o pré-natal, neste estudo considerou-se apenas a qualificação dicotômica entre adequado e inadequado. Além disso, alguns índices consideram componentes relacionados à adequação do processo de assistência pré-natal, como a realização de exames físicos, clínicos e laboratoriais. Porém, este estudo considerou os componentes dos índices relacionados ao acesso, entendido como a entrada dos usuários nos serviços de saúde e a continuidade do cuidado¹², que se refere genericamente ao início do pré-natal e à quantidade de consultas.

O índice de Ciari et al⁸ considera adequado um acompanhamento pré-natal que se inicia até o primeiro trimestre e possua uma razão entre consultas realizadas e cinco consultas esperadas maior ou igual a 80%. O índice de Kessner et al⁹ do *United States Institute of Medicine* considera que, para uma gestação de 36 semanas, a mulher realizou um pré-natal adequado se fez uma consulta antes do 4º mês e um total mínimo de nove consultas.

O *Revised Graduated Prenatal Care Utilization Index* (GINDEX revisado) define que o pré-natal também deve começar antes do 4º mês, mas o total de consultas deve acompanhar a duração da gestação. Em gestações de até 36 semanas, nove consultas seriam adequadas. Contudo, uma consulta por semana deve ser realizada até o nascimento da criança¹⁴.

O índice criado pela *United States Public Health Service Expert Panel on Prenatal Care*, descrito por Rosen et al¹⁵, considera adequado um pré-natal iniciado até a oitava semana gestacional, com a realização do total de nove consultas para primigestas e sete consultas para múltiparas. O índice de Takeda¹⁶ apresenta-se como uma modificação ao de Kessner et al⁹, ao considerar adequado o acesso ao pré-natal até a 20ª semana gestacional e a realização de no mínimo seis consultas.

O *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU), formulado por Kotelchuk¹⁷, analisa o número de consultas realizadas durante o pré-natal, conforme a *American College of Obstetricians and Gynecologists*, ajustado de acordo a idade gestacional de início dos cuidados, que deve ser até o 4º mês, e a idade gestacional ao nascimento da criança. O índice considera a razão entre o número de consultas realizadas e o número de visitas esperadas. O pré-natal é adequado quando essa razão é maior ou igual a 80%¹⁷. Esse índice foi adotado com padrão de referência de comparação para os demais índices.

O índice de acesso adequado, proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, considera que um pré-natal adequado deve iniciar-se até o quarto mês, com a realização total de seis consultas: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre gestacional¹⁸. Enquanto, a Organização Mundial da Saúde considerou o acompanhamento pré-natal adequado, em gestações de baixo risco, quando iniciado antes da 12ª semana, somadas a mais três consultas: uma entre 25ª e 27ª semana, uma entre a 31ª e 33ª semana, outra entre a 37ª e 39ª semana gestacional¹⁹.

O nível I do índice de adequação proposto por Coutinho et al²⁰ considera adequado um pré-natal iniciado até a 14^a semana e um total de seis consultas pré-natais. Enquanto, Carvalho e Novaes²¹ modificaram o índice do Ministério da Saúde do Brasil¹⁸, ao considerar adequado o pré-natal com sete ou mais consultas, sendo uma a mais no terceiro trimestre gestacional.

Considerando todas as variáveis necessárias à construção dos índices, um banco de dados foi construído a partir das informações digitadas no *software* SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Antes da digitação, os formulários de pesquisa foram revisados por pesquisador para análise da completude e consistência de informações, dando retorno aos entrevistadores de campo, em seguida, digitados por profissional estatístico. Após a digitação, o mesmo pesquisador realizava a conferência do banco de dados com os formulários. Por último, o pesquisador e o estatístico juntos realizaram uma última revisão conferindo todas variáveis dos formulários com os dados do banco.

As análises estatísticas foram realizadas pelos cálculos de prevalência de adequação aos critérios de cada índice, com seus respectivos intervalos de confiança. Em seguida, foram aplicados os testes de *Kappa* e *Kappa ajustado pela prevalência* no programa *PEPI versão 4.0 (Computer Programs for Epidemiologists; <http://www.sagebrushpress.com/pepi>)*, para mensurar os níveis de concordância, considerando segundo Landis e Koch²²: concordância quase perfeita (0,80-1,00), substancial (0,60 a 0,79), moderada (0,41-0,59), razoável (0,21-0,40), ruim ($\leq 0,20$).

Além disso, foi calculada a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo e negativo, a acurácia, a razão de verossimilhança positiva e negativa, dos índices em relação ao padrão de referência. A relação entre sensibilidade e especificidade foi avaliada pela *Receiver Operator Characteristic Curve (ROCC)*, que forneceu cálculos das áreas abaixo da curva para mesurar o poder de discriminação dos índices.

Resultados

Todos os índices avaliados foram unânimes ao apresentarem como primeiro critério de qualidade de acesso a realização de no mínimo uma consulta pré-natal antes do 5º mês gestacional. Os demais critérios propostos consideraram a quantidade total de consultas, a proporção de consultas em relação à idade gestacional, a realização de consultas em tempos específicos da gestação e quantidade de consultas totais segundo paridade.

Segundo os índices de avaliação, os resultados que qualificam o acesso ao pré-natal adequado obtiveram variações muito expressivas. O índice proposto por Takeda¹⁶ julgou que quase 60% das mulheres tiveram acesso adequado, enquanto o índice de Rosen et al¹⁵ apresentou menos de 1% de adequação. A maioria dos índices apresentou uma prevalência de acesso adequado ao pré-natal entre 20% e 50%. (Tabela 1)

A tabela 2 apresenta as estatísticas do teste *Kappa* e *Kappa ajustado*, quando avalia a concordância de todos os índices entre si. Em destaque, observam-se os índices que apresentaram concordâncias ajustada substancial e quase perfeita. O índice de Kessner et al¹⁵ foi o que apresentou *Kappa ajustado* maior que 0,60 com quase todos os índices. Os índices de Coutinho et al²⁰, Villar et al¹⁹, Carvalho e Novaes²¹ apresentam elevada concordância com outros quatro índices. Enquanto o índice de Takeda¹⁶ apresentou os menores níveis de concordância em relação aos demais.

O índice de Kotelchuck¹⁷ apresentou uma prevalência de acesso ao pré-natal adequado mediana de 26,0% (IC95%=23,2-28,9) dentre os demais índices sendo referenciado como padrão de referência de avaliação. Nas análises apresentadas na tabela 3, o índice de Takeda¹⁶ foi o que apresentou a maior sensibilidade, ou seja, maior capacidade de detectar um acesso ao pré-natal adequado. O índice de Rosen et al¹⁴ apresentou a menor capacidade de classificar a realização do pré-natal adequado em relação ao padrão de referência.

Em oposição, o índice de Rosen et al¹⁴ apresentou a maior especificidade, ou seja, a maior capacidade de detectar o acesso ao pré-natal inadequado, enquanto o índice de Ciari et al⁸ e de Takeda¹⁶ tiveram especificidades em torno de 60%. Os índices Kessner et al⁹ e Alexander e Cornely¹⁴ e Villar et al¹⁹ apresentaram a maior proporção de verdadeiros positivos entre as mulheres com pré-natal adequado, que correspondem aos maiores valores preditivos positivos. Já o índice de Takeda¹⁶ apresentou a maior proporção de verdadeiros

negativos entre as mulheres com acesso inadequado ao pré-natal, que corresponde ao menor valor preditivo negativo. (tabela 3)

Em relação à proporção de acertos dos índices de avaliação de acesso adequado ao pré-natal, o índice de Kessner et al⁹ apresentou a maior acurácia entre todos os índices de avaliação, mais de 90%. Os índices de Carvalho e Novaes²¹, Villar et al¹⁹ e do Ministério da Saúde do Brasil¹⁸ também apresentaram acurácia elevada, em torno de 80%. (tabela 3)

Nas análises de razão de verossimilhança positiva, o índice de Alexander e Cornely¹⁴ apresentou o melhor resultado com uma chance aproximada de 25 vezes. Isso significa que é maior a probabilidade de qualificar o acesso ao pré-natal como adequado, em mulheres que realmente tiveram um pré-natal adequado, do que qualificar a realização de um pré-natal como adequado quando este na verdade é inadequado. Já o índice de Kessner et al⁹ apresentou nessas análises resultados iguais a zero, indicando que é nula a chance de encontrar um pré-natal adequado entre mulheres com pré-natal inadequado. (tabela 3)

No que se refere às razões de verossimilhança negativa, apresentados na tabela 3, a menor probabilidade de um índice classificar um pré-natal inadequado em mulheres com pré-natal adequado, quando comparado a mulheres com pré-natais realmente inadequados, foi fornecida pelo de Takeda¹⁶. Nesse caso, isso quer dizer que a chance de um pré-natal avaliado como inadequado ser falso é zero.

Ao avaliar os índices pela *Receiver Operator Characteristic Curve* (ROCC) na figura 1, que verifica a relação entre sensibilidade e especificidade, encontrou-se maiores áreas abaixo das linhas para os índices de Kessner et al⁹ (0,848), Coutinho et al²⁰ (0,798), Takeda¹⁶ (0,797), e do Ministério da Saúde do Brasil¹⁸ (0,781). Áreas com valores intermediários foram encontradas para os índices de Ciari et al⁸ (0,755), Carvalho e Novaes²¹ (0,751) e Villar et al¹⁹ (0,622). Os índices que apresentaram as menores áreas foram os de Alexander e Cornely¹⁴ (0,567) e de Rosen et al¹⁵ (0,500) o que reflete a baixa capacidade desses índices em discriminar entre um acesso ao pré-natal adequado e um acesso inadequado.

Tabela 2. Concordância entre os índices de acesso à assistência pré-natal. RMGV-ES. 2010.

Índices	Coeficientes <i>Kappa</i> ajustados									
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)
(a) Ciari et al ⁸	1	0,34	0,05	-0,02	0,63*	0,38	0,61*	0,12	0,79*	0,38
(b) Kessner et al ⁹	0,36	1	0,68*	0,62*	0,26	0,83*	0,60*	0,71*	0,53	0,77*
(c) Alexander e Cornely ¹⁴	0,08	0,25	1	0,92	-0,05	0,55	0,34	0,80*	0,25	0,58
(d) Rosen et al ¹⁵	0,01	0,00	0,13	1	-0,11	0,48	0,31	0,84*	0,19	0,56
(e) Takeda ¹⁶	0,63	0,31	0,06	0,01	1	0,40	0,53	0,03	0,70*	0,30
(f) Kotelchuck ¹⁷	0,39	0,76	0,19	-0,01	0,43	1	0,58	0,59	0,54	0,60*
(g) Brasil ¹⁸	0,62	0,50	0,07	-0,01	0,55	0,51	1	0,44	0,71	0,75*
(h) Villar et al ¹⁹	0,14	0,38	0,09	-0,01	0,12	0,32	0,23	1	0,33	0,60*
(i) Coutinho et al ²⁰	0,79	0,47	0,10	0,02	0,71	0,50	0,69	0,21	1	0,51
(j) Carvalho e Novaes ²¹	0,39	0,64	0,11	-0,01	0,35	0,53	0,69	0,23	0,46	1

*Todos os testes Kappa estatisticamente significantes ao nível de p<0,05

*Níveis de concordância ajustada $\geq 0,60$ **Tabela 3.** Comparação entre o índice de Kotelchuck e os demais índices de acesso à assistência pré-natal. RMGV-ES. 2010.

Índices	Julgamento	Kotelchuck ¹⁷		Estatísticas						
		Adequado	Inadequado	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	Acurácia	RVP	RVN
Ciari et al ⁸	Adequado	217	265	89,3	61,6	45,0	94,2	68,8	2,33	0,17
	Inadequado	26	425							
Kessner et al ⁹	Adequado	171	5	70,4	99,3	97,2	90,5	91,7	0,00	0,30
	Inadequado	72	685							
Alexander e Cornely ¹⁴	Adequado	35	4	14,4	99,4	89,7	76,7	77,3	24,85	0,86
	Inadequado	208	686							
Rosen et al ¹⁵	Adequado	1	3	0,4	99,6	25,0	74,0	73,8	1,00	0,99
	Inadequado	241	686							
Takeda ¹⁶	Adequado	242	280	100,0	59,4	46,4	100,0	69,9	2,46	0,00
	Inadequado	0	409							
Brasil ¹⁸	Adequado	183	135	75,3	80,4	57,5	90,2	79,1	3,85	0,31
	Inadequado	60	555							
Villar et al ¹⁹	Adequado	62	9	25,6	98,7	87,3	79,1	79,7	19,61	0,75
	Inadequado	180	680							
Coutinho et al ²⁰	Adequado	206	176	85,1	74,5	53,9	93,4	77,2	3,33	0,20
	Inadequado	36	513							
Novaes e Carvalho ²¹	Adequado	142	58	58,4	91,6	71,0	86,2	83,0	6,95	0,45
	Inadequado	101	632							

VPP= Valor preditivo positivo; VPN= Valor preditivo negativo
RVP= Razão de verossimilhança positiva; RVN= Razão de verossimilhança negativa

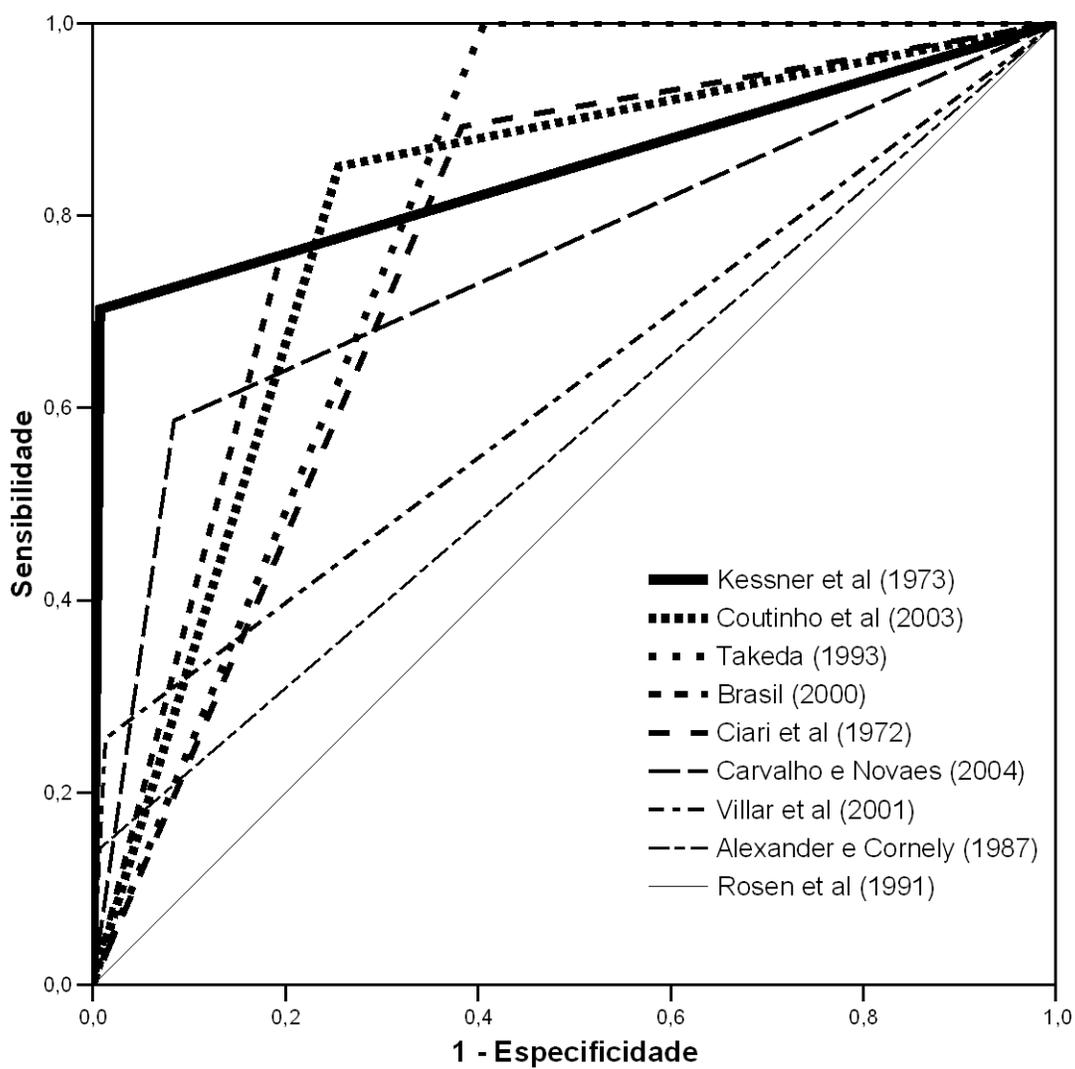


Figura 1. Gráfico ROCC compara o índice de Kotelchuck e os demais índices de acesso à assistência pré-natal. RMGV-ES. 2010.

Discussão

O acesso ao acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde permite que gestantes e bebês tenham maiores possibilidades de sobrevivência. No contato entre gestantes e profissionais de saúde, doenças e situações de risco podem ser diagnosticadas, em seguida, tratadas ou minimizadas²³. Contudo, deve-se ressaltar que o acompanhamento pré-natal que produz tais efeitos esperados fundamenta-se na condução de um processo de assistência que inclua as principais atividades para prevenção de doenças relacionadas à gravidez e promoção da saúde⁷.

O processo de assistência coerente às necessidades em saúde das gestantes depende prioritariamente do acesso adequado ao seguimento pré-natal. No entanto, tem sido um grande desafio para saúde pública a definição de índices que avaliam a qualidade desse acesso à assistência pré-natal. Alguns autores referendam seus índices de qualidade por meio da associação com desfechos materno-infantis desfavoráveis, como: mortalidade materna, infantil, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, parto cesáreo, entre outros⁵. Há também quem associe a qualidade da assistência ao nível de satisfação das gestantes⁶.

Entretanto, deve-se destacar que a escolha de um índice para avaliar a qualidade do acesso à assistência pré-natal tem repercussões diretas sobre as políticas de saúde materno-infantil, caso os resultados da avaliação fundamentem mudanças na realidade dos serviços de saúde. Nesse contexto, o estudo demonstra que as prevalências de adequação dos índices são muito variáveis. A mudança de apenas um critério no índice de avaliação pode aumentar ou diminuir muito a prevalência de adequação ao acesso pré-natal, conforme ocorreu entre os índices do Ministério da Saúde do Brasil¹⁸ e de Carvalho e Novaes²¹.

Além disso, essas prevalências diminuem muito quando os critérios consideram adequada uma assistência com muitas consultas vinculadas à idade gestacional¹⁴ ou com poucas consultas, mas em semanas gestacionais bem restritos¹⁹. Em oposição, quando se marca uma data limite para o início do pré-natal e considera-se apenas o total de consultas, independente da idade gestacional em que elas acontecem, a prevalência de adequação aumenta expressivamente, conforme o índice de Takeda¹⁶.

Esse fenômeno permite questionar qual estratégia seria mais eficaz para saúde da mulher e da criança: a realização de muitas consultas ou a realização de poucas consultas em

períodos específicos da gestação. Estudos conduzidos em países desenvolvidos revelam que a realização de muitas ou poucas consultas não influencia nos desfechos gestacionais⁵. No entanto, em países de médio e baixo desenvolvimento desfechos desfavoráveis são mais encontrados entre mulheres que realizaram poucas consultas pré-natais⁵.

Outros autores concluem que o nível de satisfação das mulheres que realizam mais encontros com os profissionais de saúde durante a gestação é muito maior⁶. Contudo, os custos de uma assistência pré-natal completa com poucas consultas é muito menor para os sistemas de saúde⁵. Mas o tempo de internação de recém-nascidos em unidades intensivas de tratamento é menor para bebês que foram submetidos a uma grande quantidade de consultas pré-natais⁶. Deve-se ressaltar que não há um consenso sobre a quantidade ideal de consultas, mas a maioria dos índices considerou adequados os acompanhamentos que realizaram entre quatro e nove consultas.

Nos serviços de saúde pública a organização do acesso qualificado das gestantes de baixo risco em poucas consultas, poderia significar uma estratégia para redução de custos. Isso possibilitaria a liberação dos profissionais de saúde para o acompanhamento mais minucioso das gestantes de alto risco, que exigem um número maior de consultas de acordo com as morbidades e co-morbidades da gravidez²⁵. Mas, não se deve desprezar que durante a gestação a mulher está mais receptiva à incorporação de novos conhecimentos²⁶ que podem transformar-se em práticas mais saudáveis. Portanto, os contatos mais frequentes com os serviços de saúde, por meio das consultas pré-natais, funcionariam como uma oportunidade educativa promotora de saúde, principalmente por meio de práticas em grupo.

Mesmo considerando uma quantidade superior a nove consultas, como critério de qualidade para gestações a termo, o índice de Kotelchuck¹⁷ foi adotado como padrão de referência de comparação porque é um dos indicadores mais utilizados nos estudos sobre avaliação assistência pré-natal^{27,28}, já demonstrou maior desempenho em relação ao índice internacional mais antigo, o de Kessner et al⁹, e resultou numa prevalência de adequação mediana entre os demais índices avaliados neste estudo. Além disso, apresenta a vantagem analítica de classificar a assistência pré-natal em gestações que culminaram em parto prematuro, considerando a proporção de consultas realizadas segundo a idade gestacional.

Deve-se considerar que o índice de Kotelchuck¹⁷ prevê como critério de qualidade mais consultas do que a política de assistência pré-natal brasileira¹⁸. Nesse sentido, limita-se por

ter sido aplicado em acompanhamentos pré-natais conduzidos exclusivamente no SUS. Contudo, o índice do Ministério da Saúde do Brasil¹⁸ não apresentou a maior prevalência de adequação, como deveria ser esperado, e demonstrou uma concordância ajustada moderada com o índice de Kotelchuck¹⁷.

O índice de Kessner et al¹⁵ foi o que apresentou altos níveis de concordância ajustada com outros seis índices avaliados. Isso pode ser explicado pelo critério de captação pré-natal bem precoce, que engloba o início do acompanhamento pré-natal dos demais índices e aumenta as possibilidades de realização de mais consultas pela gestante. Além disso, foi o índice que apresentou a maior acurácia dentre os demais índices. Contudo, parece coerente considerar que a paridade deva ser um critério importante para avaliação do acesso à assistência pré-natal, pois múltiparas são mais experientes e podem já ter condições desfavoráveis já diagnosticadas ao passo que primíparas são inexperientes e podem não conhecer condições de risco à própria saúde e à dos bebês, conforme proposto por Rosen et al¹⁵.

O GINDEX modificado¹⁴, que apresenta uma quantidade expressiva de consultas pré-natais de acordo com as idades gestacionais, e o índice de Rosen et al¹⁵, que apresenta intervalos gestacionais bem específicos para a realização das consultas, culminam em baixo poder de discriminação entre um pré-natal adequado e inadequado. Deve-se destacar também que o índice da OMS¹⁹ obteve baixo poder de discriminação porque é utilizado para avaliar apenas para gestações de baixo risco. Neste estudo, gestações de baixo e de alto risco foram consideradas nas análises indistintamente, porém as gestações de alto risco geralmente necessitam de mais consultas mesmo que o início seja tardio. Nesse caso, seriam atendidos os critérios de adequação da maioria dos índices.

Embora índices que marcam o início do pré-natal e deixam frouxos os momentos de realização de consultas tenham apresentado maiores poderes de discriminação^{16, 20}, parece ser um aspecto positivo a delimitação de períodos gestacionais não muito rigorosos para a realização das consultas, como propõem os índices do Ministério da Saúde do Brasil¹⁸ e de Carvalho e Novaes²¹. No caso desses índices, essas estratégias de avaliação conferiam-lhes, além de uma boa relação entre sensibilidade e especificidade, níveis de acurácia elevados para classificar adequadamente a assistência pré-natal. Contudo, esses indicadores limitam-se por não poderem ser usados para avaliar acompanhamentos pré-natais de gestações com

desfecho prematuro, nem tão pouco em avaliações que considerem a assistência em andamento.

Conclusão

Os índices de avaliação do acesso à assistência pré-natal são diferentes entre si. Isso confere diferentes prevalências de adequação do acompanhamento pré-natal na RMGV-ES, de acordo com o índice utilizado nas avaliações em saúde materno-infantil.

No geral, os níveis de concordância entre os índices de avaliação são inferiores a 0,60 e relacionam-se aos critérios de construção de cada indicador. Além disso, esses níveis são maiores quando os critérios são mais semelhantes e admitem o início do pré-natal precoce na avaliação.

Índices que consideram o início do pré-natal até o 4º mês e a quantidade de consultas segundo trimestres gestacionais, determinados como critérios de adequação, apresentam maior poder discriminatório, ou seja, boa relação entre sensibilidade e especificidade, além de maiores níveis de acurácia.

Sugere-se uma reflexão crítica sobre os estudos avaliativos, ao considerar que existem diferenças entre os índices de avaliação do acesso à assistência pré-natal. Nesse sentido, as conclusões que geralmente fundamentam diagnósticos podem direcionar reorganização dos serviços de saúde materno-infantil para efetivar políticas de prevenção de doenças e promoção da saúde de mulheres e crianças.

Referências

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1979.
2. Pontes RJ, Ramos-Júnior AN, Kerr LRS, Bosi MLM. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2.ed. São Paulo: Atheneu. 2009; 123-52.
3. Theodoro ESN, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude soc* 2008; 17(2): 107-119.
4. Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Ohsfeldt RL. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. *Health Policy Plan* 2009; 24(3): 175-88.
5. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GG. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 6(10): CD000934.
6. Carroli G, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 19(357): 1565-70.
7. World Health Organization (WHO). What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Networks. Copenhagen; 2005.
8. Ciari Jr C, Santos JLF, Almeida PAM. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. *Rev. Saúde Pública* 1972; 6(4): 361-370.
9. Kessner DM, Singer J, Kalk CE, Schlesinger ER. *Infant death: an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Science. 1973.
10. Amorim, Melania Maria Ramos and Melo, Adriana Suely de Oliveira Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009; 31(3): 148-155.
11. Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal: parte 2. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009; 31(7): 367-374.
12. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995; 36:1-10.
13. Handler A, Issel M, Turnock B. A conceptual framework to measure performance of public health system. *American Journal of Public Health.* 2001; 91(8): 1235-1239.

14. Alexander GR, Cornely DA: Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. *Am J Prev Med* 1987, 3:243-253.
15. Rosen MG, Merkatz IR, Hill JG. Caring for our future: a report by the Expert Panel on the Content of Prenatal Care. *Obstet Gynecol* 1991;77:782-787.
16. Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. [dissertação] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.
17. Kotelchuck M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health*. 1994; 84:1414-20.
18. Brasil. Portaria nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2000; 8 de junho.
19. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel BJ, Farnot U, Al-Mazrou Y, Carroli G, Pinol A, Donner A, Langer A, Nigenda G, Mugford M, Fox-Rushby J, Hutton G, Bergsjø P, Bakketeig L, Berendes H, Garcia J: WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001, 357:1551-1564.
20. Coutinho T, et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2003; 25(10): 717-724.
21. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(suppl.2): S220-S230.
22. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33(1): 159-174.
23. Menezes EV, Yakoob MY, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 7(9): Suppl 1:S4.
24. Yakoob MY, Menezes EV, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: behavioural and nutritional interventions before and during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 7(9): Suppl 1:S3.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. Ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.
26. Costa ICC, Marcelino G, Berti GM et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. *Rev. Pós Grad.* 1998. 5(2): 87-92.
27. Leal MC et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(s1): s63-s72.
28. Beeckman et al. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. *BMC Health Services Research* 2011; 11:213.

8. ARTIGO VI

A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA – ES

Resumo

Objetivou-se avaliar a resposta da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil. Foram entrevistadas 1032 puérperas e 1006 cartões de pré-natal copiados em 2010. A avaliação considerou a capacidade dos serviços de saúde odontológicos em responder necessidades em saúde auto-percebidas. A auto-percepção da puérpera sobre o impacto da saúde bucal na sua qualidade de vida, foi medida pelo Oral Health Index Profile (OHIP-14). Quando identificado o impacto, considerou-se adequada a assistência odontológica que ofereceu atenção nos níveis educativo, preventivo e curativo. Na ausência de impacto, foi considerada adequada a assistência nos níveis educativo e preventivo. Testes de qui-quadrado verificaram a associação entre uma assistência pré-natal e odontológica adequadas. A prevalência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi 14,7. As prevalências da assistência odontológica recebida pelas puérperas no nível educativo foi 41,3, no nível preventivo 21,0 e no nível curativo 16,6. No geral, apenas 11,7 das puérperas receberam assistência odontológica pré-natal adequada. A realização de seis ou mais consultas pré-natais e de atividades educativas estiveram fortemente associadas à assistência odontológica adequada ($p < 0,05$). Contudo, a realização do pré-natal não esteve associada à assistência odontológica qualificada. A percepção subjetiva associa-se com a utilização de serviços odontológicos preventivos e curativos. O acesso a serviços odontológicos é facilitado quando gestantes freqüentam mais os serviços de saúde e realizam atividades educativas no pré-natal. Portanto, medidas educativas parecem sinalizar a melhoria da assistência pré-natal no SUS.

Palavras-Chave: cuidado pré-natal, avaliação em saúde, qualidade da assistência à saúde, assistência odontológica.

Abstract

This study aimed to evaluate response of dental and prenatal care in Unified Health System (SUS) from Metropolitan Region of Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brazil. In 2010, 1032 postpartum women were interviewed and 1006 cards prenatal copied. Evaluation considered ability of dental health services to respond needs self-perceived about health. Postpartum women's self-perception about impact of oral health on quality of life was measured by Oral Health Index Profile (OHIP-14). When impact was identified, assistance was considered adequate dental care that offered attention in educational, preventive and curative levels. When impact was absent, assistance was considered appropriate preventive education levels. Chi-square found an association between prenatal care and dental care appropriate. Oral health impact on quality of life prevalence was 14.7. Prevalence of dental care received by mothers in educational level was 41.3, in level preventive was 21.0 and curative level was 16.6. Overall, only 11.7 of pregnant women received prenatal dental care appropriately. Performance of six or more prenatal visits and educational activities were strongly associated with appropriate dental care ($p < 0.05$). However, prenatal care completion was not associated with qualified dental care. Subjective perception is associated with use of preventive and curative dental services. Dental services access is facilitated when pregnant women attend health services and become involved in educational activities prenatal period. Therefore, educational measures seem to indicate improvement of prenatal care in the SUS.

Keywords: antenatal care, health evaluation, quality health care, dental care.

Introdução

O acesso à assistência odontológica na gravidez é repleto de barreiras, que vão desde a baixa percepção de necessidade das gestantes, ansiedade e medo de sentir dor, até dificuldades para entrada no serviço público¹. Se por um lado há usuárias que acreditam só poderem ser submetidas ao tratamento após a gravidez, visto que qualquer procedimento odontológico implicaria em riscos à saúde do bebê², por outro há profissionais que, por desconhecimento ou medo, postergam procedimentos ou não intervêm de modo resolutivo para tratamento buco-dentário da gestante³.

Deve-se considerar que na gravidez ocorrem transformações biológicas, psicológicas e sociais que podem predispor as mulheres a situações de risco à saúde bucal. A partir da concepção, iniciam-se transformações hormonais que predis põem à agudização de processos inflamatórios periodontais ou ao surgimento de patologias inexistentes na cavidade bucal⁴. Além disso, essas mudanças comportamentais estão relacionadas ao aumento da frequência de ingestão de alimentos desacompanhada da higiene bucal, o que também favorece a piora da saúde bucal durante a gravidez⁵. Alterações socioeconômicas decorrentes da gestação, tais como abandono da escola pelas gestantes adolescentes⁶ e a interrupção de atividades laborais remuneradas também contribuem para aumentar a vulnerabilidade social, visto que para romper as barreiras de acesso ao pré-natal é necessária a mobilização de recursos cognitivos e financeiros⁷.

Essas modificações podem impactar negativamente a qualidade de vida das mulheres grávidas, entendida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁸. A condição bucal pode interferir na qualidade de vida, desde que percepções subjetivas relacionados à boca limitem a capacidade plena das atividades cotidianas em alguma dimensão da vida⁹. No conceito funcionalista, a percepção das necessidades individuais de atenção em saúde estreita-se com necessidades de ter boas condições de vida, segundo o paradigma da história natural das doenças¹⁰. Nesse sentido, as doenças bucais também condicionam a percepção sobre qualidade de vida das mulheres durante a gravidez.

A associação entre doenças bucais e desfechos negativos da gestação, como: mortalidade perinatal¹¹, prematuridade e/ou baixo peso ao nascer¹² e pré-eclampsia¹³, tem sido

investigada por diversos autores. Reconhece-se que as doenças bucais, embora não sejam capazes de provocar isoladamente tais desfechos, geralmente estão conjugadas com precárias condições de vida¹¹. Pressupõe-se que, independente das doenças bucais estarem associadas ou não a esses desfechos, no acompanhamento pré-natal a mulher estabelece um contato mais próximo com os serviços de saúde, sendo momento ímpar para promoção da saúde, via empoderamento individual e coletivo, educação em saúde, estabelecimento de vínculos e construção da autonomia em saúde materno-infantil¹⁴. Além de ser uma oportunidade para a promoção da saúde, pode se constituir em um momento para o exercício de práticas preventivas, de intervenções que impeçam o surgimento das doenças bucais, que interrompam seu curso ou que restabeleçam as incapacidades quando a doença já está instalada¹⁵.

Nesse momento do ciclo da vida, as diversas profissões de saúde devem se articular nos serviços de assistência pré-natal para que o princípio da integralidade seja efetivado em seus diversos sentidos¹⁶. Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Assistentes Sociais, entre outros, articulando os seus campos de conhecimento podem viabilizar o processo de assistência pré-natal humanizado e de qualidade. Contudo, a reorientação do processo de trabalho no acompanhamento pré-natal, em consonância com o princípio da integralidade, constitui-se num desafio a ser superado no Sistema Único de Saúde do Brasil¹⁷. Além disso, estratégias cientificamente válidas, factíveis e viáveis para avaliação da integralidade na assistência pré-natal são raras e pouco utilizadas nos serviços de saúde pública.

Este estudo se propõe a avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes, a resposta da atenção oferecida pelos serviços odontológicos e a associação entre uma assistência pré-natal e bucodentária adequadas no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

Métodos

Um estudo epidemiológico seccional foi conduzido na RMGV-ES, que abriga quase metade da população total do estado do Espírito Santo e cerca de 60 da população urbana (Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves. (<http://www.ijsn.es.gov.br/>, acessado em 09/Jul/2007). Nos sete municípios dessa região,

situam-se oito maternidades públicas e conveniadas ao SUS, que assistem às puérperas produzindo cerca de 80% dos partos da região.

O universo amostral foi composto por todas as mulheres que se internaram em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS localizadas na RMGV-ES, por ocasião do parto, no período de Abril a Setembro de 2010. A amostra foi definida pela fórmula de tamanho amostral para estimar a proporção de gestantes que realizaram consulta odontológica no pré-natal, considerando a população de 17980 nascidos vivos em 2007, de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). A proporção esperada foi igual a 50% para maximizar a amostra, a precisão desejada foi de 4%, o efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância de 5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 872 mulheres. Aumentou-se em cerca de 30% para considerar as possíveis perdas, recusas ou ausência do cartão de gestante no local do parto, o que resultou em 1131 abordagens e 1006 cartões avaliados. Posteriormente, para fins deste estudo, considerou-se o poder do teste maior que 80% e erro alfa menor que 5%, para testar a proporção de assistência odontológica pré-natal adequada, com o tamanho amostral de 120 puérperas. A representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação de acordo com as seguintes proporções de nascimentos: Cariacica (22,6%), Fundão (1,0%), Guarapari (6,3%), Serra (26,3%), Viana (3,7%), Vila Velha (22,2%) e Vitória (17,9%).

Sete entrevistadoras de campo foram selecionadas, após a aprovação em testes teóricos e práticos do curso de treinamento de entrevistadores, promovido por professores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Além disso, um estudo piloto foi conduzido com 67 puérperas – não incluídas no estudo principal – para aprimoramento do formulário de pesquisa e treinamento das entrevistadoras.

Essas entrevistadoras visitavam no mínimo uma vez por semana todas as oito maternidades incluídas no estudo, abordavam mulheres no momento após o parto. No dia da visita, todas as puérperas residentes em um dos municípios da RMGV-ES eram listadas, em seguida, realizava-se a amostragem sistemática intercalando-se de duas em duas. Na abordagem, verificava-se a posse do “Cartão da Gestante”, excluindo-se as que realizaram acompanhamento pré-natal (todo ou parte) no sistema privado e as que foram acompanhadas em municípios fora da RMGV-ES.

Após a identificação das puérperas sorteadas, as entrevistadoras explicavam os objetivos da pesquisa e solicitavam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, em 04/11/2009, sob protocolo no 93/2009. Em seguida o cartão da gestante foi solicitado e copiado na íntegra.

As variáveis do estudo foram construídas a partir dos dados preenchidos nos formulários e por informações contidas nos cartões. A avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi realizada a partir do Oral Health Index Profile (OHIP-14), adaptado transculturalmente¹⁸ e utilizado no Brasil especificamente para mulheres no ciclo gravídico-puerperal¹⁹, que estabelece duas questões, referindo-se aos seis meses anteriores ao momento da entrevista, para definir cada uma das dimensões: deficiência, limitação funcional, incapacidade social, incapacidade física, incapacidade psicológica, dor física, desconforto psicológico²⁰. O impacto foi considerado quando as respostas das puérperas para duas questões de cada dimensão foram: sempre e/ou repetidamente²¹.

Para verificação da assistência odontológica no pré-natal as parturientes foram inquiridas sobre a utilização de serviços odontológicos durante a gravidez, incluindo atividades educativas, preventivas e curativas de acordo com as recomendações de assistência odontológica na atenção básica²².

No nível educativo considerou-se na investigação se algum profissional de saúde orientou sobre: amamentação exclusiva por seis meses, amamentação por dois anos ou mais, prejuízos do uso de mamadeira e de chupetas para a saúde da criança, a relação positiva entre amamentação e desenvolvimento dos músculos ossos e dentes, efeitos benéficos da amamentação para a prevenção de doenças respiratórias, higiene bucal materna e infantil, alimentação saudável, uso de flúor materno e infantil. Esses itens foram considerados, segundo o livro “A primeira viagem de mamãe Eva: Uma história de promoção da saúde materno-infantil”, premiado na edição 2010 do Prêmio de Incentivo à Ciência e Tecnologia para o SUS²³. O acesso à assistência odontológica em nível educativo foi considerado quando a puérpera respondeu positivamente de cinco a dez dessas informações.

Para avaliar a assistência odontológica no nível preventivo, a puérpera respondeu se durante a gravidez realizou consulta odontológica de revisão, escovação supervisionada, profilaxia profissional e aplicação de flúor. O acesso à assistência odontológica foi

considerado, em nível preventivo, quando a puérpera relatou pelo menos uma dessas atividades durante a gravidez.

A avaliação da assistência odontológica no nível curativo considerou o relato da puérpera sobre a realização de consulta odontológica por motivo de dor, para extração dentária, restauração dentária, tratamento endodôntico, tratamento gengival e administração de medicamentos odontológicos. O acesso à assistência odontológica em nível curativo foi considerado quando as puérperas foram submetidas a no mínimo um desses procedimentos durante a gravidez.

A assistência odontológica no pré-natal foi avaliada considerando o julgamento sobre impacto da saúde bucal na qualidade de vida e os níveis de assistência odontológica. Puérperas cujo diagnóstico do OHIP-14 não demonstrou qualquer impacto deveriam ter recebido na gestação assistência em nível educativo e preventivo, enquanto puérperas em que foi detectado algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida deveriam ter recebido assistência odontológica em nível educativo, preventivo e curativo. Somente nessas duas situações a assistência odontológica no pré-natal foi considerada como adequada.

A assistência pré-natal foi avaliada conforme a Portaria GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento²⁴. Cada item descrito na política foi julgado se realizado ou não. A partir dos registros nos cartões das gestantes, avaliou-se: idade gestacional na primeira consulta (até o 4º mês de gestação); número mínimo de consultas por Idade Gestacional (uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, três no terceiro trimestre); realização de exames de tipagem sanguínea (ABORh), Hemoglobinemia, Hematócrito e Testagem Anti-HIV, uma vez, e exames de VDRL, EAS e Glicemia de jejum, pelo menos duas vezes.

A avaliação incluiu ainda a participação em atividades educativas individuais e/ou coletivas, realizadas no domicílio ou no estabelecimento saúde, onde foi conduzido o pré-natal. Além disso, inquiria-se sobre o encaminhamento para serviços de maior complexidade quando a gravidez fosse considerada de alto risco. A assistência médica pré-natal foi avaliada como totalmente adequada quando todas as atividades preconizadas no PHPN foram constatadas.

O banco de dados foi construído a partir das informações digitadas no programa SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), submetido à revisão e controle de

qualidade. As frequências absolutas e relativas, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% foram calculadas. A associação entre assistência odontológica e médica foi verificada pelos testes de qui-quadrado, adotando-se nível de significância estatística menor que 5%.

Resultados

Dentre as 1131 puérperas abordadas, 1035 foram entrevistadas e destas somente três não responderam ao OHIP-14. Isso permitiu definir que para 14,7% das puérperas a condição bucal influenciou impactando a qualidade de vida em pelo menos uma das dimensões avaliadas.

A **figura 1** apresenta o diagnóstico estabelecido pelo OHIP-14, segundo as dimensões. Nota-se que a limitação funcional e a deficiência foram as que menos apresentaram impacto, com percentual inferior a 1%. As incapacidades sociais, psicológicas e físicas variaram entre 2% e 3%, já a dor física e o desconforto psicológico foram as dimensões mais referidas.

Os resultados da **tabela 1** apresentam as frequências da assistência odontológica segundo os níveis de atenção. No nível educativo, foi possível avaliar 1012 puérperas que responderam a todas as questões. Verificou-se que somente as informações sobre amamentação exclusiva por seis meses e alimentação saudável ultrapassaram o percentual de 50%. As puérperas relataram que as demais informações foram prestadas pelos profissionais de saúde, durante o pré-natal, numa frequência que variou entre 33% e 41%.

A informação que apresentou a menor frequência, menos de 20%, foi o uso de flúor. Somando-se todas as informações, pouco mais de 40% recebeu de cinco a dez dessas orientações na gravidez, o que classificou o recebimento da assistência odontológica no nível educativo.

Quanto ao nível preventivo, a profilaxia profissional foi a atividade terapêutica mais relatada pelas puérperas, enquanto a consulta de revisão foi a menos referida. Aproximadamente 20% das puérperas foram assistidas na gravidez no nível odontológico preventivo. Quando a assistência do nível educativo é somada a do nível preventivo o percentual diminui quase pela metade, o que evidencia a desarticulação entre esses níveis de atenção odontológica.

No nível curativo, as atividades mais realizadas durante a gravidez foram consultas para a realização de restauração dentária e por motivo de dor. O tratamento endodôntico e o tratamento gengival foram as atividades menos realizadas na gestação, segundo o relato das puérperas. Ao todo, aproximadamente 17% das mulheres receberam algum tipo de assistência odontológica curativa na gravidez, contudo apenas 7% receberam assistência educativa, preventiva e curativa.

A **figura 2** apresenta a comparação entre os níveis de assistência odontológica no pré-natal e o diagnóstico do OHIP-14. Nota-se que a realização de pelo menos uma consulta odontológica na gestação esteve associada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida, assim como a assistência nos níveis: preventivo e curativo. A assistência no nível educativo não esteve associada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida do mesmo modo que a soma dos níveis: educativo e preventivo também não estiveram.

No entanto, a soma dos níveis: educativo, preventivo e curativo, esteve estatisticamente associado ao impacto. O que demonstra que a percepção subjetiva de qualidade de vida influencia no processo de assistência odontológica no pré-natal.

Na **figura 3** está esquematizado o método de avaliação da assistência odontológica no pré-natal. Segundo os critérios de avaliação estabelecidos, as mulheres que não apresentassem qualquer impacto da saúde bucal na qualidade de vida deveriam receber assistência odontológica no nível educativo e preventivo. Porém, apenas 11,6% destas foram assistidas nos níveis pré-estabelecidos. Por outro lado, dentre as puérperas em quem foi diagnosticado o impacto da condição bucal na qualidade de vida, 12,5% delas receberam assistência odontológica nos três níveis de atenção. Em suma, a assistência odontológica adequada foi recebida por 11,7% das puérperas entrevistadas.

Na **tabela 2** são testadas as associações entre a assistência odontológica e médica, conforme a lista de atividades preconizadas no PHPN. De um modo geral, nota-se que a assistência odontológica adequada não esteve associada à atenção recomendada pelo PHPN, pois apenas duas puérperas receberam ambas assistências adequadas. Contudo, o número de consultas pré-natais e a realização delas segundo a idade gestacional estiveram estatisticamente associadas à assistência odontológica adequada. Isso permite inferir que quanto mais a gestante visita a unidade de saúde para o acompanhamento pré-natal maiores são as possibilidades de realizar uma assistência odontológica adequada. A variável que

apresentou maior força de associação estatística com a assistência odontológica foi a de realização das atividades educativas individuais e ou coletivas no pré-natal. A partir dessa constatação, é possível sugerir que as atividades educativas do pré-natal influenciam a qualidade da assistência odontológica na gravidez. Todas as variáveis relacionadas aos exames laboratoriais preconizados no PHPN não demonstraram associação com a assistência odontológica adequada.

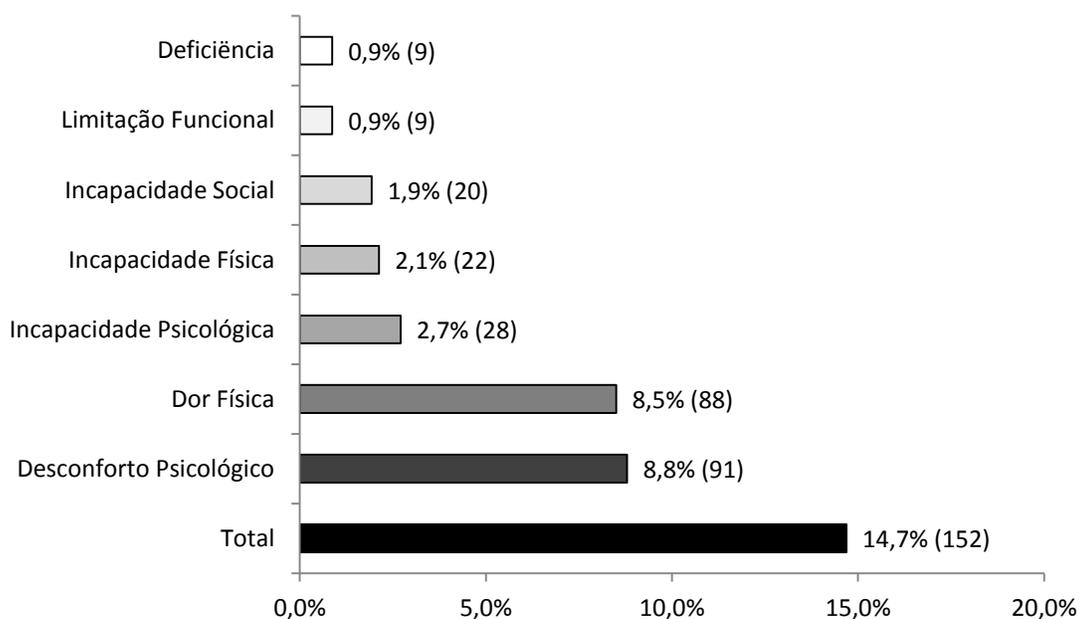
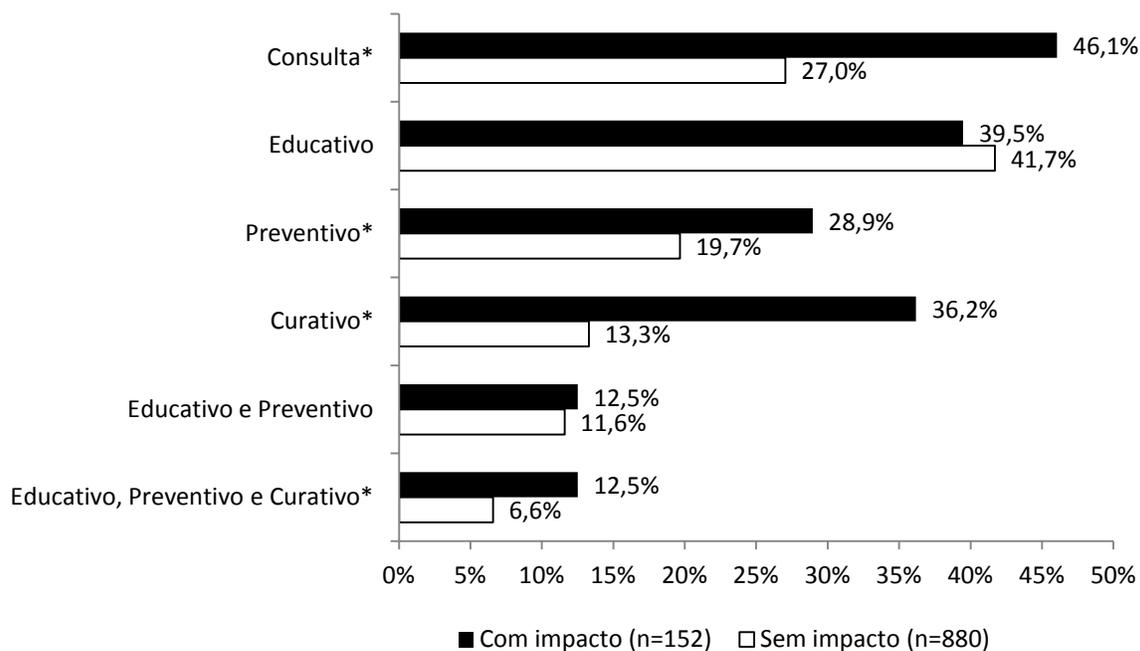


Figura 1. Avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das puérperas, segundo as dimensões do OHIP-14. RMGV-ES. 2010.

Tabela 1. Avaliação da assistência odontológica no pré-natal segundo níveis de atenção à saúde. RMGV-ES. 2010.

	Itens de avaliação	n		Intervalo de Confiança (95)
Nível educativo	Amamentação exclusiva por seis meses	525	50,7	47,7-53,8
	Amamentação por dois anos	412	39,8	36,8-42,8
	Prejuízos do uso de mamadeira	380	36,7	33,8-39,7
	Prejuízos do uso de chupetas	377	36,4	33,5-39,4
	Amamentação e desenvolvimento craniofacial	423	40,9	37,9-43,9
	Amamentação e prevenção de doenças respiratórias	402	38,8	35,9-41,8
	Higiene bucal materna	377	36,4	33,5-39,4
	Higiene bucal pós-natal	342	33,0	30,2-35,9
	Alimentação saudável	519	50,1	47,1-53,2
	Uso de flúor	191	18,5	16,1-20,8
		Avaliação		
	De zero a quatro informações	585	56,5	53,5-59,5
	De cinco a dez informações	427	41,3	38,3-44,3
Nível Preventivo	Consulta de revisão	112	10,8	8,9-12,7
	Escovação supervisionada	165	15,9	13,7-18,2
	Profilaxia Profissional	197	19,0	16,6-21,4
	Aplicação do flúor	136	13,1	11,1-15,2
		Avaliação		
	Pelo menos um tipo de assistência preventiva	217	21,0	18,5-23,4
	Assistência Educativa e Preventiva	121	11,7	9,7-13,6
Nível Curativo	Consulta por motivo de dor	87	8,4	6,7-10,1
	Extração Dentária	30	2,9	1,9-3,9
	Restauração Dentária	126	12,2	10,2-14,2
	Tratamento Endodôntico	20	1,9	1,1-2,8
	Tratamento Gengival	19	1,8	1,0-2,7
	Administração odontológica medicamentosa	43	4,2	2,9-5,4
		Avaliação		
	Pelo menos um tipo de assistência curativa	172	16,6	14,4-18,9
	Assistência Educativa, Preventiva e Curativa	77	7,4	5,8-9,0



*Diferenças significantes ao nível de 5% no teste qui-quadrado

Figura 2. Avaliação do acesso aos níveis de assistência odontológica pré-natal, segundo impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) das puérperas durante a gestação. RMGV-ES. 2010.

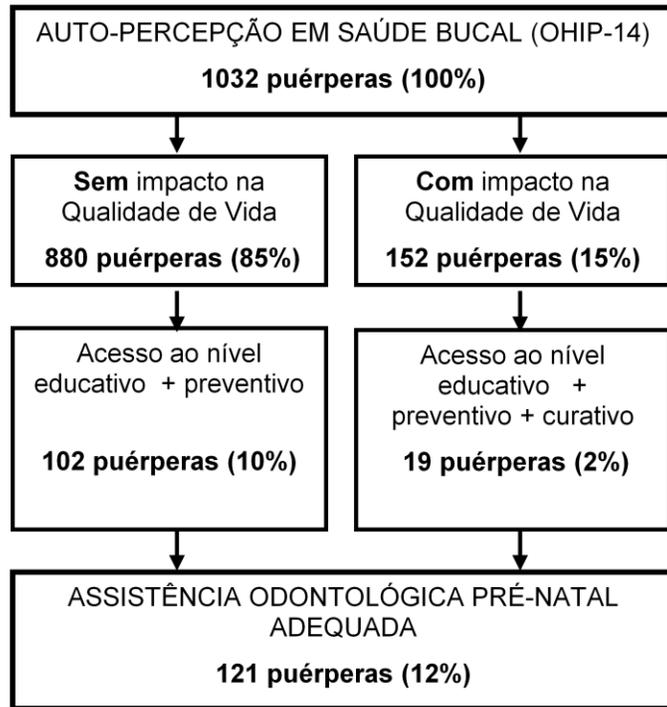


Figura 3. Diagrama de avaliação da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. RMGV-ES. 2010.

Tabela 2. Avaliação da assistência odontológica pré-natal segundo atividades recomendadas no PHPN. RMGV-ES. 2010.

Atividades do PHPN	Assistência Odontológica Pré-Natal*				Total	Amostra	Qui-quadrado	p-valor
	Inadequada (n=911)	%	Adequada (n=121)	%				
Primeira consulta pré-natal até o 4º mês	579	86,7	89	13,3	668	937	1,49	0,222
Seis ou mais consultas pré-natais	525	85,4	90	14,6	615	1001	10,58	0,001
Uma ou mais consultas no 1º trimestre	427	85,1	75	14,9	502	1006	8,03	0,005
Duas ou mais consultas no 2º trimestre	600	87,6	85	12,4	685	1006	0,29	0,587
Três ou mais consultas no 3º trimestre	543	86,2	87	13,8	630	1006	5,06	0,025
Tipagem sanguínea (ABORh)	542	87,8	75	12,2	617	1006	0,02	0,875
Primeiro VDRL	628	88,3	83	11,7	711	1006	0,29	0,592
Segundo VDRL	281	85,9	46	14,1	327	1006	1,90	0,168
Primeiro EAS	580	87,9	80	12,1	660	1006	0,02	0,900
Segundo EAS	278	85,3	48	14,7	326	1006	3,31	0,069
Primeira Glicemia	635	88,4	83	11,6	718	1006	0,52	0,471
Segunda Glicemia	297	86,6	46	13,4	343	1006	0,94	0,332
Hemoglobinemia	618	87,9	85	12,1	703	1006	0,01	0,925
Hematócrito	565	87,9	78	12,1	643	1006	0,02	0,894
Testagem Anti-HIV	575	88,2	77	11,8	652	1006	0,08	0,773
Vacinação Antitetânica	339	87,1	50	12,9	389	1006	0,41	0,523
Atividades Educativas Individuais/Coletivas	190	75,1	63	24,9	253	1011	53,57	0,000
Acompanhamento da gravidez de alto risco	114	87,6	17	12,4	131	183	0,07	0,791
Pré-natal totalmente adequado ao PHPN	12	85,7	2	14,3	14	933	0,04	0,832

*Valores máximos de tamanho amostral

Discussão

Mesmo sendo um construto de natureza multidimensional, que envolve as dimensões: física, psicológica, social e ambiental, a qualidade de vida vem sendo avaliada pela literatura científica tanto num sentido mais genérico quanto num sentido mais relacionado à saúde. No sentido mais geral, qualidade de vida refere-se à sensação de bem-estar experimentada pelos indivíduos segundo a capacidade de realização plena de suas atividades cotidianas. Enquanto no sentido mais específico, qualidade de vida pode ser influenciada pelo estado de saúde, no que se refere ao desenvolvimento de doenças e intervenções clínicas para o tratamento das mesmas²⁵.

De um modo geral, a prevalência de impacto da condição bucal na qualidade de vida foi baixa, visto que no estudo de Bombarda et al²⁶, realizado no município de Vitória-ES, com população predominante de mulheres em idade reprodutiva, essa prevalência foi duas vezes maior do que a encontrada no presente estudo. Mas, segundo o estudo de Oliveira e Nadanovski¹⁹ os resultados do impacto nas dimensões avaliadas encontram resultados mais aproximados aos deste estudo, pois as amostras possuem características semelhantes.

Deve-se destacar que o desconforto psicológico e a dor física foram as dimensões que mais impactaram a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez. Concordando com esses achados, Misrachi et al²⁷ avaliando grávidas chilenas e peruanas, descreveu que as dimensões: dor física e limitação funcional, foram as de maior prevalência de impacto. Enquanto, na Índia a dor e a incapacidade física foram relatadas com maiores frequências de impacto na qualidade de vida²⁸. Essas constatações permitem sugerir que a dor de origem bucal é um problema de saúde pública importante na gravidez que traz repercussões importantes sobre a qualidade de vida das mulheres em acompanhamento pré-natal, portanto as medidas relacionadas à promoção da saúde bucal e à prevenção de doenças bucais assumem elevada relevância nesse momento.

A prevalência sobre o conhecimento auto-relatado das puérperas, sobre informações de interesse odontológico para promoção da saúde materno-infantil, repassadas durante o acompanhamento pré-natal pelos profissionais de saúde foi inferior a 50% para a maioria dos itens avaliados. Percebeu-se que, para informações com campo de conhecimento específico da odontologia, o relato foi menor do que para conhecimentos comuns a outras áreas de formação. Isso infere certa desvinculação entre informações odontológicas e outras

informações dos serviços de pré-natal, também abordadas por Albuquerque et al¹. Contudo, a avaliação sobre o nível educativo foi considerado adequado em mais de 40% da amostra, isso evidencia que muitas mulheres chegam ao parto lembrando-se de informações importantes sobre cuidados maternos e infantis.

Quando se avalia a utilização de serviços odontológicos no acompanhamento pré-natal, verifica-se que a assistência preventiva é pouco presente e desarticulada da assistência educativa, visto que prevalência da combinação entre esses níveis é cerca de 10%. Ao considerar que uma assistência odontológica de qualidade deveria articular práticas educativas e preventivas, julga-se que nesse quesito existem falhas na condução terapêutica.

Quanto à utilização de serviços odontológicos curativos, considera-se que, possivelmente procurarão esses serviços, as gestantes que percebem alguma necessidade em saúde e que encontram respostas dos serviços de saúde às suas necessidades. Nesse sentido, os resultados são influenciados tanto pela baixa percepção de necessidade das puérperas, reforçada por mitos e crenças³, quanto pela incapacidade dos serviços em ofertar recursos físicos e humanos necessários ao cuidado¹. Ressalta-se que grande parte das mulheres que foram assistidas no nível curativo, não recebeu uma quantidade de informações adequada, nem teve acesso a medidas preventivas, o que remete ao descumprimento do Princípio da Integralidade no acompanhamento pré-natal odontológico.

Porém, o diagnóstico de impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida foi coerente com a realização de pelo menos uma consulta odontológica e com o acesso adequado aos níveis de atenção: preventivo e curativo. Em todos os níveis de assistência odontológica considerados, executando-se o nível educativo, a frequência de utilização de serviços odontológicos na gestação por mulheres que apresentaram impacto no OHIP-14 foi significativamente superior às mulheres sem detecção de impacto. Isso sugere que o instrumento psicométrico é uma proposta viável para medir as necessidades em saúde de populações nos serviços de saúde pública, pois é capaz de mensurar com facilidade e rapidez a dimensão dos problemas de saúde bucal¹⁹. Além disso, os resultados sugerem que a percepção subjetiva das usuárias sobre a necessidade de atenção à saúde bucal geralmente são reconhecidas pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, poderiam ser priorizados nos

serviços odontológicos usuários com diagnóstico de impacto da condição bucal na qualidade de vida, visando à equidade da assistência¹⁰.

Outro ponto a ser discutido refere-se ao entendimento de que processo de utilização de serviços de saúde envolve sempre a interação entre comportamento do usuário em potencial, que procura atenção, e os profissionais de saúde nos serviços dentro dos sistemas de saúde²⁹. No contexto da assistência odontológica pré-natal, parece que o encontro entre usuárias, com impacto no OHIP-14, e os serviços de saúde pública na RMGV-ES tem acontecido com frequência. Possivelmente, porque quem sofre mais, busca mais os serviços e tem maiores possibilidades de ser atendido em suas necessidades. Contudo, uma limitação metodológica deste estudo refere-se a não realização de uma avaliação clínica profissional dessas necessidades, que podem ter sido superestimadas pelas puérperas. Nesse sentido, os critérios de impacto do OHIP-14 seriam úteis para priorizar e planejar ações de saúde que incluam: a avaliação clínica e tratamento subsequente, das mulheres que se percebam mais necessitadas de cuidados odontológicos no pré-natal.

Deve-se ressaltar que, segundo os critérios de avaliação, percebe-se uma fragmentação do cuidado odontológico na assistência pré-natal, visto que não há uma articulação entre os níveis de atenção à saúde. Algumas gestantes recebem assistência educativa, outras a preventiva e outras a curativa. Não se nota uma continuidade da assistência, segundo os níveis de complexidade, resultando na corrosão do princípio da integralidade no SUS¹⁶. Isso pode ser explicado tanto pelo lado da gestante, que soluciona sua necessidade prioritária de saúde bucal e não busca outros cuidados, quanto pelo lado da equipe de saúde bucal, que pode pautar suas práticas apenas na solução de problemas imediatos¹⁷, o que resulta numa assistência odontológica à gestante muito incipiente, sem integração entre os níveis de cuidado, como mostram as evidências deste estudo.

Contudo, é possível sugerir que os profissionais da odontologia não estão sendo preparados para assistir à gestante. Nos Estados Unidos, mais de 80% dos programas de higiene bucal dedicam apenas duas horas para abordar os temas relacionados aos desfechos adversos da gestação nos currículos³⁰. No Brasil, o resultado de um programa de atenção às gestantes revelou que estudantes de graduação em odontologia, mesmo sendo treinados previamente, apresentam dificuldades quanto à administração medicamentosa, realização de procedimentos clínicos invasivos e conhecimento sobre cuidados com o bebê³¹. Nesse caso,

as barreiras de acesso a uma atenção odontológica qualificada na gestação relacionam-se ao conhecimento insuficiente dos profissionais da odontologia, que reproduzem crenças do senso comum, suscitam medo e insegurança postergando uma intervenção resolutiva³².

Quando foi avaliada a integração entre assistência odontológica adequada e o acompanhamento pré-natal recomendado pelo PHPN, observou-se que a assistência odontológica adequada esteve desvinculada do acompanhamento pré-natal adequado. Como demonstrado no estudo de Victora et al³³, a assistência pré-natal no Brasil tem avançado quanto à captação precoce da gestante e aumento do número total de consultas. Todavia permanecem falhas relacionadas ao processo de assistência, incluindo exames físicos, clínicos e laboratoriais, que inviabilizam integração entre os procedimentos e conseqüente qualidade do acompanhamento das gestantes³⁴. Em consonância, este estudo demonstrou alta prevalência de realização de consultas pré-natais e baixas freqüências de realização dos exames laboratoriais e das atividades educativas.

A quantidade de consultas totais, no primeiro e no terceiro trimestre foi fundamental para condicionar uma assistência odontológica adequada. Nesse sentido, é possível sugerir que a assistência produzida pelos profissionais médicos e pela equipe de enfermagem reforça a atenção odontológica. Por isso, o entrelaçamento entre as práticas profissionais é fundamental para produção do cuidado pré-natal qualificado.

O resultado mais surpreendente deste estudo foi a associação muito significativa entre a realização de atividades educativas domiciliares individuais ou promovidas por grupos de gestantes nas unidades de saúde e a assistência odontológica pré-natal adequada. Por meio dessas atividades, a educação em saúde parece funcionar como agente promotor de qualidade da assistência, visto que barreiras de acesso socioculturais e psicossociais¹ podem ser demolidas. Deve-se considerar que no momento da gestação a mulher torna-se mais receptiva a novos conhecimentos³⁵ e seu contato com os serviços é mais frequente do que em outras fases do ciclo da vida. Por isso, a gravidez se constitui num momento ímpar da vida da mulher em que a oportunidade educativa deve ser aproveitada, visto que os conhecimentos obtidos podem ser agentes promotores de estilos de vida mais saudáveis, tanto para si quanto para seus filhos e família.

A experiência do Programa de Atenção Odontológica à Gestante da Universidade Estadual Paulista, após dez anos, evidencia que o envolvimento, tanto de profissionais quanto das

gestantes, na educação em saúde favorecem a qualidade da assistência pré-natal³⁶. A relevância da educação em saúde fundamenta-se na possibilidade de incorporação de práticas saudáveis por toda a vida das mulheres, aumentando a co-responsabilização pela saúde, entre profissionais e usuárias, e impulsionando crescente autonomia quanto ao autocuidado. Nesse sentido, a educação em saúde pode elevar a auto-estima da mulher melhorando sua qualidade de vida.

Conclusões

Ao reconhecer o importante papel das atividades educativas para melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde pública, além da crescente organização do processo de assistência pré-natal, sugere-se uma conjugação das políticas em parceria com os usuários do SUS neste campo na vida e na ação, que explicitem e articulem políticas de saúde mais específicas, voltadas para formulação de propostas e materiais educativos, coerentes com os contextos sociais, sejam implementadas a fim de impulsionar qualidade de vida e a qualidade da ação como progressão dos saberes sobre saúde das mulheres e crianças do Brasil.

Em particular, sugere-se que o acesso das mulheres à assistência odontológica parece funcionar como agente potencializador da qualidade de vida pela percepção subjetiva de bem-estar. Portanto, a odontologia precisa ser expandida e estar mais integrada aos serviços de saúde pública, fornecendo respostas adequadas às necessidades de saúde e ao sofrimento das gestantes, sem perder o foco de que as ações educativas são facilitadoras para despertar uma assistência pré-natal mais integral e humanizada que repercute na qualidade de vida.

Referências

- 1- Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(3): 789-796.
- 2- Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto contexto-enferm.* 2004; 13(3): 360-368.
- 3- Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(3): 1075-1080.

- 4- Barak S, Oettinger-barak O, Oettinger M, Machtei EE, Peled M, Ohel G. Common oral manifestations during pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2003; 58(9): 624-628.
- 5- Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(1): 269-276.
- 6- Sabroza AR, Leal MC, Souza Jr. PR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(suppl.1): s130-s137.
- 7- Downe S, Finlayson K, Walsh D, Lavenderb T. 'Weighing up and balancing out': a meta-synthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high-income countries. *BJOG* 2009; 116(4): 518-529.
- 8- World Health Organization (WHO). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 4(10): 1403-1409.
- 9- Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1): 3-11.
- 10- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs). *Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde.* Editora UERJ/IMS: Abrasco. 2006; p.115-128.
- 11- Menezes EV, Yakoob MY, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 7(9): s1-s4.
- 12- Polyzos NP, Polyzos IP, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaou EG, Tzioras S, Weber D, Messinis IE. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 29(341): c7017.
- 13- Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. Maternal infection and risk of pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198: 7-22.
- 14- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva* 2000; 5(1): 163-177.

- 15- Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(4): 701-709.
- 16- Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores a serem defendidos In: Pinheiro R, Mattos RA. (orgs). *Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Editora UERJ/IMS: Abrasco. 2006; p.41-68.
- 17- Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(5): 2549-2558.
- 18- Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada – Parte I: Adaptação cultural e lingüística. *UFES Rev Odontol.* 2004; 6(1): 6-15.
- 19- Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(4): 307-314.
- 20- Slade G. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Commun Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25(4): 284-90.
- 21- Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J.* 2005; 198: 489-93.
- 22- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica: Saúde bucal*. Brasília, DF, 2006.
- 23- Emmerich, A.O.; Theodoro, E.S.N.; Zandonade, E. A primeira viagem de mamãe Eva: uma historia de promoção da saúde materno-infantil. *Edufes.* 2009; p.1-62.
- 24- Brasil. Portaria nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2000; 8 de junho.
- 25- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2): 580-588.
- 26- Bombarda-Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria - Clín Integr.* 2008; 8(1):7-14.

- 27- Misrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa JP, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral em embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2009; 26(4): 455-461.
- 28- Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hygiene* 2009; 7: 102–107.
- 29- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(suppl.2): s190-s198.
- 30- Wilder RS, Thomas KM, Jared H. Periodontal-Systemic Disease Education in United States Dental Hygiene Programs. *Journal of Dental Education* 2008; 72(6): 669-679.
- 31- Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, Zina LG, Moscardini TM. Avaliação da percepção de acadêmicos de odontologia sobre a participação no Programa de Atenção Odontológica à Gestante da FOAUNESP. *Rev. Ciênc. Ext.* 2006; 2(2): 1-15.
- 32- Codato LA, Nakama L, Cordoni Jr L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(4): 2367-2301.
- 33- Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; séries (saúde no Brasil): 32-46.
- 34- Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, Vettore MV, Leal MC. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(5): 1021-1034.
- 35- Costa ICC, Marcelino G, Berti GM, Saliba NA. A gestante como agente multiplicador de saúde. *Rev. Pós Grad.* 1998; 5(2): 87-92.
- 36- Moimaz SAS, Garbin CAS, Rocha NB, Santos SMG, Saliba NA. Resultados de dez anos do Programa de Atenção Odontológica à Gestante. *Rev.Ciênc. Ext.* 2011; 7(1): 42.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência pré-natal, avaliada por meio da completude dos cartões de gestantes, na RMGV-ES não apresentou resultados satisfatórios. Contudo, puérperas que realizaram o acompanhamento pré-natal em unidades onde a ESF está implantada apresentou resultados mais favoráveis que as demais modalidades de serviços de saúde.

Nesse sentido, é possível concluir que a ESF sinaliza a melhoria dos serviços de atenção pré-natal no SUS da RMGV-ES. Portanto, políticas de saúde que ampliem a expansão da ESF no SUS devem ser mais incentivadas, embora seja não muito clara a relação entre registros de informações de saúde e qualidade da assistência em saúde.

Deve-se ressaltar que existem graves problemas relacionados ao treinamento de profissionais de saúde que participam do processo de trabalho na assistência pré-natal, visto que a interlocução entre profissionais e gestantes constitui-se em uma dificuldade a ser superada nos serviços de saúde pública. Além disso, o menosprezo dos profissionais pela anamnese, exames físicos e clínicos nas consultas pré-natais e anotação deficiente conferem possivelmente incompletude considerável nos cartões e baixos níveis de concordância entre a informação registrada e a relatada pelas puérperas.

Recomenda-se que medidas relacionadas à educação continuada e permanente dos profissionais envolvidos com o pré-natal sejam mais intensificadas no SUS a fim de aumentar o conhecimento, promover a integração das atividades entre os profissionais de saúde e fomentar a humanização do cuidado.

Outro desafio importante a ser vencido na RMGV-ES refere-se ao acesso das gestantes à realização de exames laboratoriais essenciais. Concluiu-se que, mesmo após dez anos do lançamento do PHPN, os serviços de assistência pré-natal no SUS não conseguiram se organizar plenamente em esquemas de referência e contrarreferência para garantir a realização dos exames preconizados pela política. Nesse caso, pesquisas que utilizem a *Normalization Process Theory* podem facilitar o entendimento sobre o trabalho de cuidado em saúde no pré-natal, tanto em nível individual quanto organizacional¹⁰³. Visto que essa teoria sociológica tenta explicar como e por que uma prática material torna-se ou não rotina e parte do componente normal do trabalho diário¹⁰⁴.

Recentemente, o Estado brasileiro tem enxergado a assistência ao pré-natal, parto e puerpério como uma das prioridades nas políticas de saúde. O lançamento da Rede Cegonha prevê o financiamento de novos exames laboratoriais e imaginológicos, além dos preconizados no PHPN, que poderão influenciar na melhoria da qualidade da assistência pré-natal no Brasil¹⁰⁵.

Sugere-se que novas investigações sejam realizadas em curto prazo, com a finalidade de identificar os entraves no acesso à realização dos exames no SUS da RMGV-ES com o objetivo de colaborar na formulação e implementação de estratégias que melhorem a organização da oferta desses serviços de saúde. Mesmo reconhecendo que a amostra deste estudo não foi representativa para estabelecer comparação entre os municípios, em futuros estudos, devem ser consideradas as desigualdades e iniquidades em saúde na RMGV-ES. Além disso, outras pesquisas devem ser conduzidas para monitorar e avaliar a adesão dos municípios às novas atividades previstas na Rede Cegonha.

Em futuras investigações sobre acesso ao pré-natal, deve-se considerar com cautela e rigor as fontes de informação e os índices utilizados para emitir julgamentos sobre a adequação da assistência. Visto que fontes e índices diferentes podem chegar a resultados avaliativos completamente diferentes ou mesmo contraditórios. Esses resultados podem não ser comparáveis e difíceis de serem traduzidos em medidas de saúde pública.

No que se refere aos índices de avaliação do acesso à assistência pré-natal, parece mais coerente a utilização de índices que consideram o início do pré-natal até o 4º mês e a quantidade de consultas, segundo trimestres gestacionais, para avaliar a adequação dos serviços de pré-natal dentro da realidade brasileira. Além disso, esforços devem ser realizados para a construção de um índice de avaliação que considere a proporção de consultas segundo as idades gestacionais, numa distribuição temporal intervalar, as gestações que culminam em parto prematuro e gravidez de alto risco.

O acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal no SUS da RMGV-ES nos níveis educativo, preventivo e curativo é incipiente e desarticulado. Poucas mulheres realizaram algum tipo de assistência odontológica, sem integração entre os níveis de complexidade. Além disso, a assistência odontológica coerente às necessidades em saúde auto-percebidas, diagnosticadas pelo OHIP-14, apresentou-se desvinculada da assistência

pré-natal preconizada no Brasil. Isso reflete uma desintegração entre o PHPN e a Política Nacional de Saúde Bucal.

Sugere-se que o acesso assistência odontológica no pré-natal seja ampliado no SUS de modo integrado, segundo critérios de prioridade que valorizem a atenção às necessidades em saúde. Nesse sentido, a oferta de serviços odontológicos na gestação deve incluir gestantes que são mais prejudicadas em sua qualidade de vida por problemas bucais.

A realização das atividades educativas no pré-natal demonstrou-se como agente promotor de melhoria para adequação da assistência pré-natal. Ressalte-se que, em relação aos meios e formatos do trabalho das ações educativas em saúde, a comunicação deve ser considerada um processo de compartilhamento, de interação social, recomendando-se que nas ações intencionais de educação em saúde se trabalhe em grupo procurando gerar novos grupos que tenham afinidades e interesses comuns.

Essas técnicas para o trabalho em grupo são muitas e recomendam-se aquelas que empreguem metodologias participativas, como a pesquisa-ação. Visto que contribuem para a formação de vínculos entre os usuários, participando das etapas do processo educativo, integrando e desenvolvendo recursos criativos, ativamente, como atores sociais envolvidos na solução de problemas do SUS¹⁰⁶.

11. REFERÊNCIAS GERAIS

1. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Editora Fiocruz: Edufba. 2008; 15-39.
2. Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: Campos RO, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. Editora Unicamp. 2011; 41-62.
3. Samico I, Figueiró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Editora Medbook. 2010; 15-28.
4. Contandriopoulos A, Chapagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997; 29-48.
5. Figueiró I, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Editora Medbook. 2010; 1-14.
6. Handler A, Issel M, Turnock B. A conceptual framework to measure performance of public health system. American Journal of Public Health. 2001; 91(8): 1235-1239.
7. Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi. 2003; 587-603.

8. Foucault M. Microfísica do poder. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1979.
9. Pontes RJ, Ramos-Júnior AN, Kerr LRS, Bosi MLM. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu. 2009; 123-52.
10. Theodoro ESN, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saude Soc. 2008; 17(2): 107-119.
11. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública 2003; 19(6):1611-1620.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa nacional de saúde materno-infantil. Brasília, DF, 1975.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de prevenção à gravidez de alto risco. Brasília, DF, 1978.
14. Brasil. Ministério da Saúde Programa de assistência integral à saúde da mulher. Brasília, DF, 1983.
15. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS nº 1 de 1996. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov.1996. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/legislacao/vol22.htm>> . Acesso em: 09 mai. 2008.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
18. Brasil. Câmara dos Deputados. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/publicacoes/internet/publicacoes/estatutocrianca.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Normas básicas para alojamento conjunto: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Brasília, DF, 1994.
20. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N.(Orgs.) Epidemiologia e saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003; 567-86.
21. Oliveira M C, Rocha MIB (Orgs.). Saúde reprodutiva na esfera pública e política. São Paulo: Unicamp. 2001.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Dentro de Casa. Programa de Saúde da Família. Brasília. Fundação Nacional de Saúde. Brasília. 1994.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
24. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11(3): 713-724.

25. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(4): 868-876.
26. Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(2): 349-358.
27. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2007; 7(1): 75-82.
28. Brasil. Portaria nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2000; 8 de junho.
29. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1281-1289.
30. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(2): 383-387.
31. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(1): 98-104.

32. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2005; 5(s1): s23-s32 .
33. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2002; 24(5): 293-299.
34. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2003; 25(10): 717-724.
35. Moraes MS, Kujumjian FG, Chiaravalloti NF, Lopes JCC. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2004; 4(4): 375-384.
36. Moura ERF, Holanda JrF, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(6): 1791-1799.
37. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2007; 7(2): 191-197.
38. Passos AA, Moura ERF. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(7): 1572-1580.
39. Branco MAF. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: Ministério da Saúde (org). *Gestão municipal de saúde: textos básicos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 163-169.

40. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Zina LG, Yarid SD, Francisco KMS. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(3): 385-390.
41. Milanesi ML, Silva EPC. Sub-registro de nascimento no distrito de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 1968; 2(1): 23-28.
42. Laurenti R, Sayão FA, Silveira MH. Sub-registro de nascimento de crianças falecidas com menos de um ano de idade. *Rev. Saúde Pública.* 1971; 5(2): 237-242.
43. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22 (3): 673-681.
44. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(3): 701-714.
45. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *J. bras. psiquiatr.* 2010; 59(3): 173-181.
46. Malhão TA, Oliveira GP, Codennoti SB, Moherdau F. Avaliação da completude do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Tuberculose, Brasil, 2001-2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2010; 19(3): 245-256.
47. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2008; 8(1): 113-124.

48. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(6): 986-992.
49. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(s2): s220-s230.
50. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2002; 2(1): 69-71.
51. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(s1): s1347-s1357.
52. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2010; 10(3): 359-367.
53. Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(9): 1788-1796.
54. Alonso-Silva MSS. Análise da assistência pré-natal na rede pública do município do Rio de Janeiro, 2007-2008. Rio de Janeiro, 2009. [Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Publica - Fiocruz].
55. Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Ohsfeldt RL. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. *Health Policy Plan*. 2009; 24(3): 175-88.

56. Kotelchuck M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health*. 1994; 84:1414-20.
57. Magriples U, Kershaw TS, Rising SS, Massey Z, Ickovics JR. Prenatal health care beyond the obstetrics service: utilization and predictors of unscheduled care. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198: 75.e1–7.
58. Delgado-Rodríguez M, Gómez-Olmedo M, Bueno-Cavanillas A, García-Martín M, Gálvez-Vargas R. Recall bias in a case-control study of low birth weight. *J Clin Epidemiol*. 1995; 48(9): 1133-40.
59. Ciari Jr C, Santos JLF, Almeida PAM. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 1972; 6(4): 361-370.
60. Kessner DM, Singer J, Kalk CE, Schlesinger ER. Infant death: an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Science. 1973.
61. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1): 35-45.
62. Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2009; 31(3): 148-155.
63. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36:1-10.
64. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características

- maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(s1): s63-s72.
65. Alexander GR, Cornely DA: Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. *Am J Prev Med* 1987; 3: 243-253.
66. Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. [dissertação] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.
67. Rosen MG, Merkatz IR, Hill JG. Caring for our future: a report by the Expert Panel on the Content of Prenatal Care. *Obstet Gynecol*. 1991; 77:782-787.
68. Carvalho DS, Novaes, HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(suppl.2): s220-s230.
69. Villar J, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 2001; 19(357): 1551-64.
70. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(1): 131-139.
71. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GG. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 6(10): CD000934.
72. Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(3): 789-796.

73. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF, 2004.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: Saúde bucal. Brasília, DF, 2006.
75. Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto contexto - enferm.* 2004; 13(3): 360-368.
76. Leal NP, Jannotti CB. Saúde bucal da gestante atendida pelo SUS: práticas e representações de profissionais e pacientes. *Femina.* 2009; 37(8): 413-421.
77. Vettore MV, Lamarca GA, Leão ATT, Thomaz FB, Sheiham A, Leal MC. Periodontal infection and adverse pregnancy outcomes: a systematic review of epidemiological studies. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(10): 2041-2053.
78. Carranza JrFA, Newman MG. *Clinical Periodontology*, 8 ed. Philadelphia: W.b. Saunders, 1996.
79. Zanata RL, Navarro MFL, Pereira JC, Franco EB, Lauris JRP, Barbosa SH. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. *Braz Dent J.* 2003; 14(2): 75-81.
80. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs). *Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde.* Editora UERJ, IMS: ABRASCO. 2006; 115-128.
81. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994; 11(1): 3-11.

82. Fernandes MJ, Ruta DA, Ogden GR, Pitts NB, Ogston SA. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiology*. 2006; 34(1): 53-62.
83. Baba K, John MT, Inukai M, Aridome K, Igarahsi Y. Validating an alternate version of the chewing function questionnaire in partially dentate patients. *BMC Oral Health*. 2009; 9: 9.
84. Montero-Martin J, Bravo-Perez M, Albaladejo-Martinez A, Hernandez-Martin LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14(1): e44-e50.
85. Cohen-Carneiro F, Rebelo MAB, Souza-Santos R, Ambrosano GMB; Salino AV, Pontes DG. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(6): 1122-1130.
86. Roumani T, Oulis CJ, Papagiannopoulou V, Yfantopoulos J. Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) in adolescents. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010; 11(5): 247-52.
87. Dahl KE, Wang NJ, Holst D, Ohrn K. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trondelag, Norway. *Int J Dent Hyg*. 2011; 9(1): 87-92.
88. Brondani MA, MacEntee MI. The concept of validity in sociodental indicators and oral health-related quality-of-life measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 472-478.
89. Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health related quality of live

- (OHRQoL) measure into oral health service planning. *Bulletin of the World Health Organization* 2006; 84: 36-42.
90. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AWG: Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 195–203.
91. World Health Organization (WHO). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 4(10): 1403-1409.
92. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2): 580-588.
93. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(4): 701-709.
94. Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (Org). *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
95. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 15ªed. 1985. 218p.
96. Potvin G. A conjugação dos atos dos parceiros de vida e de ação. In: Morin A, Gadoua G, Potvin GC. *Saber, Ciência, Ação*. Editora. São Paulo; 2007.
97. Emmerich AO, Theodoro ESN, Zandonade E. A primeira viagem de mamãe Eva: uma historia de promoção da saúde materno-infantil. *Edufes*. 2009; 1-62.
98. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33(1): 159-174.

99. Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada – Parte I: Adaptação cultural e lingüística. UFES Rev Odontol. 2004; 6(1): 6-15.
100. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33(4): 307-314.
101. Slade G. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Commun Dent Oral Epidemiol. 1997; 25(4): 284-90.
102. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, et al. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. Br Dent J. 2005; 198: 489-93.
103. Gallacher K, May CR, Montori VM, Mair FS. Understanding Patients' Experiences of Treatment Burden in Chronic Heart Failure Using Normalization Process Theory. Annals of Family Medicine 2011; 9(1): 235-243.
104. May C, Finch T. Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. Sociology 2009; 43(3): 535-554.
105. Brasil. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 24 de junho.
106. Rozemberg B. Comunicação e participação em saúde. In: Tratado de Saúde Coletiva. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M et al. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz. 2006.

ANEXO A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

ENTREVISTA COM PARTURIENTES

FORMULÁRIO |__|__|__|__|

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Obs: Para todo o questionário, preencher as questões que “não se aplicam” com (88) e as questões que a puérpera “não sabe informar”, “não se lembra” ou “sem informação” com código (99).

I. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

1. Nome da Maternidade ou Hospital	__ __		
2. Entrevistador	__ __	3. Data da entrevista	__ __ / __ __ / __ __
4. Supervisor	__ __	5. Data da 1ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
6. Revisor	__ __	7. Data da 2ª revisão	__ __ / __ __ / __ __
8. Digitador	__ __	9. Data da digitação	__ __ / __ __ / __ __

Iniciar após a assinatura do termo de consentimento...

II. DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

10. Qual a data do nascimento do bebê?	__ __ / __ __ / __ __
11. Qual o tipo de parto? 1. Normal 2. Cesáreo	__
12. Qual o sexo do seu bebê? 1. Masculino 2. Feminino	__
13. Qual o peso ao nascer do seu bebê?	__ __ __ __ gramas
14. Com quantas semanas de gestação nasceu o bebê?	Método Capurro __ __ sem.
15. Qual o comprimento do bebê? (anotar em cm)	__ __
16. Óbito fetal 0. Não 1. Sim	__
17. Óbito Neonatal 0. Não 1. Sim	__
18. Cor do recém-nascido:	__
1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena	

III. DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE

19. Possui cartão da gestante 0. Não (pule para 56) 1. Sim	__ __
20. Local onde realizou o acompanhamento pré-natal: Nome da Unidade de Saúde: _____ 00. Não realizou	__ __
21. Com quantos meses de gravidez iniciou o pré-natal?	__ __
22. Total de consultas de pré-natal registradas:	__ __
23. Quantidade de consultas pré-natais nos três primeiros meses de gestação:	__ __
24. Quantidade de consultas pré-natais do 4º ao 6º mês de gravidez?	__ __
25. Quantidade de consultas pré-natais do 7º ao 9º mês de gravidez?	__ __
26. Mês gestacional da última consulta de pré-natal:	__ __

27. Problemas na gestação	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hipertensão pré-gestacional	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia)	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Anemia	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Diabetes pré-gestacional	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Diabetes gestacional	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Infecção urinária	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Outras doenças	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Qual(is)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Utilizou medicamentos durante a gravidez?	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Qual(is)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realização de exames na primeira consulta de pré-natal? (Sangue e Urina)							
38. ABO-Rh (tipo de sangue)	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. VDRL	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Urina (EAS)	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Glicemia de jejum	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Hemoglobina/Hematócrito	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Testagem de HIV	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repetição de exames depois da 30ª semana de gravidez (depois do 7º mês)							
44. VDRL	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Urina rotina	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Glicemia de jejum	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Tomou a vacina anti-tetânica durante a gravidez?	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Em quantas consultas a medida do peso materno foi realizada durante o pré-natal?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Peso final da gestação: (anotar em Kg)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Altura (em cm):				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Em quantas consultas a medida da pressão arterial foi realizada durante o pré-natal?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Em quantas consultas a verificação dos batimentos cardíacos fetais foi realizada durante o pré-natal?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Em quantas consultas o exame de toque vaginal foi realizado durante o pré-natal?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Classificação de risco da gravidez		1.Alto	2.Médio	0.Baixo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Acompanhamento específico no caso de gravidez de alto risco?	0.Não	1.Sim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

“Meu nome é... e você foi convidada a participar de uma pesquisa que avalia a qualidade da assistência pré-natal no sistema público de saúde da Grande Vitória e também de fatores sociais associados à integração dessa assistência. Eu gostaria de pedir alguns minutos de sua atenção.

IV. IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO (PARTO ATUAL)

56. Horário de início da entrevista		_ _ : _ _
57. Qual o seu nome completo?		
58. Qual a sua idade (anos completos)?		_ _
59. Qual a sua data de nascimento?		_ _ / _ _ / _ _
60. Você morou no mesmo endereço durante toda a gestação?	0.Não 1. Sim	_ _
61. A renda total da família foi a mesma durante toda a gestação?	0.Não 1. Sim	_ _
62. O seu filho apresentou algum problema no nascimento?	0.Não 1. Sim	_ _
63. Qual?		_ _
64. Seu bebê nasceu com baixo peso?	0.Não 1. Sim	_ _
65. Seu bebê nasceu prematuro?	0.Não 1. Sim	_ _
66. Você já sabia onde iria ganhar o bebê?	0.Não 1. Sim	_ _
67. Você conseguiu ter o bebê no local onde estava planejado?	0.Não 1. Sim	_ _
68. Quando você sentiu as dores de parto foi atendida logo no primeiro hospital ou maternidade que procurou?	0.Não 1. Sim	_ _
69. Se não, passou por quantas maternidades?		_ _
70. Quando ficou grávida, você: 1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo 3. Não queria engravidar		_ _
71. Depois que sobe da gravidez você ficou satisfeita?	0.Não 1. Sim	_ _
72. E o pai do bebê, ficou satisfeito?	0.Não 1. Sim	_ _
73. Você usou algum método para interromper a gravidez desse bebê?	0.Não 1. Sim	_ _

V. ASSISTÊNCIA MÉDICA NO PRÉ-NATAL

Agora vamos falar um pouco sobre como foi o seu pré-natal...

74. Você realizou algum acompanhamento pré-natal?	0.Não (pule para 129) 1. Sim	_ _
75. Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal?		_ _
76. Quantas consultas de pré-natal você realizou?		_ _
77. Quantas consultas de pré-natal você fez durante os três primeiros meses?		_ _
78. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 4 meses aos 6 meses de gravidez ?		_ _
79. Quantas consultas de pré-natal você fez dos 7 meses aos 9 meses de gravidez?		_ _
80. Até que mês da gravidez você fez pré-natal?		_ _
Você teve algum destes problemas na gestação:		
81. Pressão alta antes de engravidar?	0.Não 1. Sim	_ _
82. Pressão alta depois que engravidou?	0.Não 1. Sim	_ _
83. Anemia?	0.Não 1. Sim	_ _

84. Diabetes antes de engravidar?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
85. Diabetes depois que engravidou?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
86. Infecção na urina	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
87. Outras doenças	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
88. Qual(is)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
89. Tomou algum remédio durante a gravidez?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
90. Qual(is)?						
Você fez os seguintes exames na primeira consulta de pré-natal? (Sangue e Urina)						
91. Exame para tipo de sangue (ABO-Rh)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
92. Exame de Sífilis (VDRL)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
93. Exame de Urina (EAS)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
94. Exame de sangue para medir a glicose em jejum	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
95. Exame de Anemia	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
96. Testagem de HIV/AIDS	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
97. Você repetiu esses exames depois do 7º mês de gravidez?						
98. Exame de Sífilis (VDRL)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
99. Exame de Urina (EAS)	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
100. Exame de sangue para medir a glicose em jejum	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
101. Você tomou a vacina anti-tetânica durante a gravidez?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
102. Se não, porque o esquema de vacinação estava completo?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
103. Pesaram você durante as consultas de pré-natal?	0.Nunca	1.Às vezes	2. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
104. Mediram sua pressão arterial durante a maioria das consultas do pré-natal?	0.Nunca	1.Às vezes	2. Sempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
105. Verificaram as batidas do coração do bebê em alguma consulta do pré-natal?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
106. Fizeram o exame de toque vaginal em alguma consulta do pré-natal?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
107. A sua gravidez foi considerada de risco?	0.Não	(pule para 110)	1. Sim, Alto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	2.Sim, Médio					
108. Sendo a gravidez foi de alto risco, você foi encaminhada para algum local especial?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
109. Conseguiu realizar o acompanhamento no local especial recomendado, sendo a gravidez de alto risco?	0.Não	1.Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
110. Em sua opinião o atendimento que recebeu no pré-natal foi...	1-Ótimo	2-Bom	3-Regular	4-Ruim	5-Péssimo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VI. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi informada sobre:	
111. A importância de iniciar a amamentação ao peito dentro da primeira hora de vida? 0.Não 1.Sim	
112. Como resolver dificuldades ou problemas com relação a amamentação ao peito? 0.Não 1.Sim	
113. Sobre posições da criança e da mãe para o aleitamento materno? 0.Não 1.Sim	
Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre:	
114. Como extrair/tirar o leite do peito ? 0.Não 1.Sim	
115. As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida? 0.Não 1.Sim	
116. Continuar amamentando até os 2 anos de idade ou mais? 0.Não 1.Sim	
117. Durante o pré-natal você foi encorajada a amamentar ao peito sempre que a criança quisesse, sem horário marcado? 0.Não 1.Sim	
Durante o pré-natal você foi informada sobre	
118. A importância de a criança sugar o peito para a produção do leite? 0.Não 1.Sim	
119. Os prejuízos do uso de mamadeiras para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim	
120. Os prejuízos do uso de chupetas ou bico artificial para o desenvolvimento da criança? 0.Não 1.Sim	
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:	
121. A importância da amamentação para o desenvolvimento e crescimento dos dentes, dos ossos e dos músculos do rosto/face? 0.Não 1.Sim	
122. A importância da amamentação para prevenir problemas como infecções respiratórias, pneumonias e respiração bucal 0.Não 1.Sim	
123. A importância da limpeza de sua boca para prevenir problemas na criança? 0.Não 1.Sim	
Durante o pré-natal você recebeu alguma informação sobre:	
124. A importância da limpeza da boca da criança após a amamentação para prevenir problemas futuros? 0.Não 1.Sim	
125. Alimentação saudável e sua importância para prevenção de problemas de saúde da criança? 0.Não 1.Sim	
126. Uso de flúor? 0.Não 1.Sim	
127. Alterações bucais que possivelmente aconteceriam nas gengivas durante a gravidez, como sangramento e inflamações? 0.Não 1.Sim	
128. Durante o pré-natal você recebeu algum incentivo para amamentar através de reuniões ou grupos de gestantes realizadas na unidade de saúde ou de visitas domiciliares? 0.Não 1.Sim	

VII. ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA NO PRÉ-NATAL

Agora vamos falar um pouco sobre como foi sua saúde bucal...

129. Você foi ao dentista durante a gravidez? 0.Não (pule para 146) 1.Sim	
130. Onde realizou a(s) consulta(s)? 1. No Serviço Público (SUS) 2. No Dentista Particular 3. Em Ambos 4. Outros_____	
131. Quantas consultas você fez no dentista?	
132. O tratamento dentário foi negado pelo fato de estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros_____	
133. Você teve prioridade no atendimento por estar grávida? 0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros_____	

Você fez que tipo de tratamento no dentista?		
134. Consulta de revisão	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
135. Escovação sob orientação do dentista	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
136. Limpeza dos dentes feita pelo dentista	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
137. Aplicação de flúor	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
138. Consulta por motivo de dor	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
139. Consulta para extração dentária	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
140. Tratamento de cárie com restauração/obturação dos dentes	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
141. Tratamento de canal	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
142. Tratamento de gengiva	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
143. Tratamento com remédio ingerido	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
Quais remédios?		
144. Realização de RX dos dentes	0. Não 1. Sim, no Serviço Público (SUS) 2. Sim, no Dentista Particular 3. Sim, em Ambos 4. Outros _____	_ _ _
145. <i>Em sua opinião o atendimento dentário que recebeu no pré-natal foi ...</i>	1-Ótimo 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Péssimo	_ _ _

VIII. AUTO-PERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL (OHIP - Oral Health Index Profile)

Usar o cartão de respostas...

Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:		
146. Você teve problemas para falar alguma palavra?	1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
147. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
148. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:		
149. Você se sentiu incomodada com ao comer algum alimento?	1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
150. Você ficou preocupada?	1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
151. Você se sentiu estressada?	1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:		
152. Sua alimentação ficou prejudicada?	1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_
153. Você teve que parar suas refeições?	1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	_

154. Você encontrou dificuldade para relaxar? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, durante os últimos 6 meses de gravidez:	
155. Você se sentiu envergonhada? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
156. Você ficou irritada com outras pessoas? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
157. Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
Durante os últimos 6 meses de gravidez, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	
158. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>
159. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? 1. Nunca 2. Raramente 3. À vezes 4. Repetidamente 5. Sempre	<input type="checkbox"/>

VIII. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Agora vamos falar um pouco sobre seus filhos anteriores...

160. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta última gravidez e algum aborto que você tenha tido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
161. Você fez pré-natal na(s) outra(s) vez(es) em que ficou grávida? 0. Em nenhuma 1. Apenas em algumas 2. Sim, em todas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
162. Você já teve algum aborto? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
163. Quantos abortos foram espontâneos (ocorreram naturalmente)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
164. Quantos partos você já teve?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
165. Quantos partos foram cesarianas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
166. Algum filho nasceu morto? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
167. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
168. Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg)? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
169. Você já teve algum bebê que nasceu prematuro (antes de 37 semanas de gravidez)? 0. Não 1. Se, Sim. Quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
170. Qual foi a data do seu último parto (bebê vivo ou morto), antes desta gravidez? (<i>data de nascimento do filho anterior</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IX. HÁBITOS MATERNS

"Agora vou falar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você fez durante sua gravidez..."

171. Você ingeria bebidas alcoólicas durante a gravidez? 0. Não (pule para 177) 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
172. Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (1 tulipa = 1 dose ou 2 latas = 3 doses) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
173. Quantas doses eram necessárias p/deixar você "alta"?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
174. As pessoas te aborreciam, criticando o seu modo de beber? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
175. Você sente que deve parar de beber? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

176. Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida?	0.Não 1.Sim	
177. Você fuma?	0.Não 1.Sim	
178. Você fumou durante a gravidez?	0.Não (pule para 181) 1.Sim	
179. Se parou de fumar na gravidez, em que mês isso ocorreu?		
180. Quantos cigarros você fumava por dia durante a gravidez?		
181. Há quantos anos você é/foi fumante?		
<i>“Hoje em dia é muito comum que as pessoas já tenham experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa”</i>		
182. Você usou algum tipo de droga durante a gravidez?	0.Não 1.Sim	
183. Que tipo? _____		

X. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu peso e a sua alimentação...

Usar o outro lado do cartão de respostas...

184. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	
185. Qual é a sua altura? (anotar em metros)	
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
186. Feijão 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
187. Verdura ou legume (couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
188. Salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
Durante sua gravidez quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos?	
189. Carne vermelha (boi, porco, cabrito) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
190. Frango 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
191. Suco de fruta natural 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
192. Frutas 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
193. Refrigerante ou suco artificial (tipo Tampico)	

0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	
194. Leite (não vale leite de soja) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante sua gravidez quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos?	
195. Bebida alcoólica 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
196. Hambúrguer/Cachorro quente/pizza 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
197. Salgados fritos (coxinha, pastel, quibe frito..) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quantos dias por semana você costumava comer estes alimentos durante a gravidez?	
198. Doces/balas/sobremesa 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
199. Presunto/Salame/Mortadela/lingüiça 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
200. Biscoito (chips/recheado) 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Uma ou duas vezes por semana 3. Três a quatro vezes por semana 4. Cinco a seis vezes por semana 5. Todos os dias (inclusive sábados e domingos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

XII. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre você, sua casa e sua família.

201. Qual o seu endereço completo? Rua: _____ nº: _____ Bairro: _____ Comunidade: _____ Ponto de Referência: _____ Município: _____	
202. Área Urbana ou Rural? 0. Urbana 1. Rural	<input type="checkbox"/>
203. Cobertura dos serviços de saúde: 0. ESF 1. PACS 2. Nenhum	<input type="checkbox"/>
204. Cobertura dos serviços de saúde bucal: 0. ESB 1. Nenhum	<input type="checkbox"/>
205. O local onde você mora é? 1. Um bairro 2. Uma comunidade (favela) 3. Um loteamento (favela-bairro) 4. Outros _____	<input type="checkbox"/>
206. Há quanto tempo você mora neste endereço? 00. Para menos de 12 meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
207. Você tem telefone(s) para contato? 0. Não 1. Sim qual(is)? _____ _____	
208. Você mora em: 1. Casa/apartamento 2. Quarto/cômodo 3. palafita/barraco	<input type="checkbox"/>
209. Sua casa é? 1. Alugada 2. Própria 3. Emprestada 4. Outro tipo	<input type="checkbox"/>
210. Você tem banheiro em casa? 0. Não 1. Sim, dentro de casa 2. Não, só fora de casa	<input type="checkbox"/>

211. O banheiro da sua casa tem descarga?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
212. Quantos quartos e salas tem na sua casa?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
213. Quantas pessoas moram em sua casa sem contar com esse bebê?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
214. Que tipo de parede tem na sua casa?	1. Cimento, tijolo, pedra ou madeira aparelhada 2. Tijolo de barro 3. Sapê, palha e madeira aproveitada 4. Plástico 5. Metal 6. outro _____	<input type="checkbox"/>
215. Que tipo de piso tem no interior da sua casa?	1. Piso revestido (concreto/cimento, lajota, tijolo) 2. Piso de terra batida 3. Ambos	<input type="checkbox"/>
216. Para onde vai o lixo da sua casa?	1. É recolhido pelo gari 2. É colocado na caçamba 3. É enterrado/queimado 4. É jogado a céu aberto	<input type="checkbox"/>
217. Como é o abastecimento de água da sua casa?	1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora de casa 3. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
218. Como é o esgoto na sua casa?	1. Não tem 2. Rede geral 3. Fossa rudimentar (construída pelo morador, sem tratamento) 4. Fossa séptica (com recolhimento e tratamento específico)	<input type="checkbox"/>
219. Na rua em que você mora tem valão a céu aberto?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
220. Que tipo de piso tem na rua onde você mora?	1. Asfalto/cimento 2. Paralelepípedo 3. Terra	<input type="checkbox"/>
221. A respeito da sua situação conjugal, você...	1. Vive com companheiro. 2. Tem companheiro, mas não vive com ele. 3. Não tem companheiro.	<input type="checkbox"/>
222. Qual a sua raça ou cor? (ler as opções)	1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena	<input type="checkbox"/>
223. Você sabe ler e escrever?	0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>
224. Qual foi a última série que você completou na escola com aprovação?	<input type="checkbox"/> Série/ anos completos de faculdade <input type="checkbox"/> 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)	
225. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente?	0. Não (pule para 228) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
226. Qual o seu trabalho atual?	1. Servidora pública 2. Empregada, não servidora pública 3. Autônoma 4. Empregadora 5. Informal _____	<input type="checkbox"/>
227. Você tem carteira assinada?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
228. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscate ou bolsa família?	0. Não 1. Pensão 2. Aposentadoria 3. Biscate 4. Bolsa família 5. Outro. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 05 de novembro de 2009.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. Edson Theodoro dos Santos Neto
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria que, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa registrado no CEP com o nº **093/09**, intitulado: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória: acesso e integração dos serviços de saúde”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido acima, em Reunião Ordinária realizada em 04 de novembro de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,



Prof.^a Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES