



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA E MÉTODOS QUANTITATIVOS EM
SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA XIXª R.A. DO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Carmen Lucia Martins Tropiano Nogueira
Orientador: Prof. Dr. José Fernando Verani
Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Sonia Bittencourt**

RJ, junho de 2008

Agradecimentos

Em especial, à minha amiga, “madrinha”, que me impulsionou e vem me orientando ao longo dos anos, com seu conhecimento e paciência, minha adorada mestre Maria Augusta T. Machado;

Àquele que admiro e que não só orientou com paciência, discernimento e gentileza, como deu estímulo, não me deixando desistir, meu querido professor Dr. José Fernando Verani;

Àquela que me deu apoio incondicional, minha coordenadora e amiga Leila M^a R. Marino;

Aos meus amigos de todas as horas, que me apoiaram na produção deste estudo, Célia Regina O. B. Rocha (Celinha) e Daniel dos S. Silva;

Ao meu marido e amigo, que me deu coragem e incentivo para iniciar esse caminho, Luciano Tropiano;

À minha mãe e a minha irmã, que me apoiaram até a finalização dessa jornada, Alda M^a e Lucimar L. Martins;

E àqueles, que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse estudo, a equipe da CAP e das Unidades de Saúde da 5.3.

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA XIX^a R.A., DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RESUMO

Estudo transversal, descritivo, para avaliação da assistência Pré-natal oferecida à população da XIX^a R.A., do município do Rio de Janeiro, através da estrutura, do processo e do desfecho da gestação. Foram entrevistados os gestores/profissionais de saúde das 16 unidades básicas, inclusive as do PSF, e verificados os registros referentes à assistência em 184 prontuários, cuja seleção foi aleatória. Em relação à estrutura não foram evidenciadas deficiências nos aspectos físicos, materiais e financeiros. Porém, quanto aos recursos humanos que, embora quantitativamente suficientes, não o foram qualitativamente. Verificou-se a inadequação da assistência, com a utilização dos indicadores de processo do Ministério da Saúde, tendo como fator relevante à falta de registros. Quanto aos desfechos foram utilizados os indicadores de resultado e não foi encontrada relação entre número de consultas e frequência de baixo peso ao nascer e prematuridade, o mesmo observado para o início do PN. Serão realizados um seminário e oficina sobre a assistência PN, bem como treinamentos em serviço, objetivando a melhoria da assistência oferecida na área.

Palavras chaves: Pré-natal; avaliação; indicadores de processo.

ABSTRACT

Study cross-descriptive, for evaluation of pre-natal care offered to people of nineteenth-RA, the municipality of Rio de Janeiro, through the structure, process and the outcome of pregnancy. Managers / health care professionals from 16 basic units, including those of the FHP, were interviewed and records concerning assistance in 184 records, whose selection was random, were checked. In relation to the structure, there were not any highlighted shortcomings in physical, material and financial aspects. But as human resources that although quantitatively sufficient, have not been so qualitatively. An inadequacy of assistance, with the use of process indicators of the Ministry of Health, was noticed, being the lack of records a relevant factor. As for the outcomes, indicators of outcome were used and no relationship was found between the number of consultations and frequency of low birth weight and prematurity, the same observed for the beginning of the PN. Will be held a seminar and workshop on the PN assistance, as well as training in service, aiming to improve assistance offered in the area.

Key words: Prenatal care; evaluation; indicators of process.

SUMÁRIO

Lista de Siglas e Abreviaturas

Tabelas e Quadros

Agradecimentos

I – INTRODUÇÃO	01
1.1 – Políticas Brasileiras de Atenção à Saúde Materno-Infantil	02
1.2 – Atenção à Saúde da Gestante no Município do Rio de Janeiro	12
1.3 – Morbi-mortalidade Materna e Perinatal no Município do Rio de Janeiro ...	17
1.4 - Atenção Pré-Natal	21
1.5 – Avaliação da Atenção à Saúde	27
II – JUSTIFICATIVA	35
III – OBJETIVO GERAL	38
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
IV – METODOLOGIA	38
V – ARTIGO: “Avaliação da Assistência Pré-natal na XIXª R.A., do Município do Rio de Janeiro.”	42
INTRODUÇÃO	43
MÉTODOS	44
RESULTADOS	47
DISCUSSÃO	62
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

ANEXOS:

Cronograma

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Autorização

Roteiro para Avaliação dos Prontuários

Questionário para Entrevistas

Lista de Siglas e Abreviaturas

- ABENFO – Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica
- ACOG – American College of Gynecology and Obstetrics (Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia)
- AP – Área Programática
- APNCU – Adequacy Prenatal Care Utilization (Índice de Adequação do Uso da Assistência Pré-natal)
- AIS – Ações Integradas da Saúde
- BMAIDP – Boletim Mensal de Avaliação dos Indicadores de Desempenho e Produtividade
- CAA/DAB – Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
- CAP – Coordenação de Saúde da Área Programática
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CMS – Centro Municipal de Saúde
- DNV – Declaração de Nascido Vivo
- DO – Declaração de Óbito
- DPP – Data Provável do Parto
- dT – Vacina dupla bacteriana, ou dupla adulto
- EAS – Elementos Anormais e Sedimentoscopia = Exame Sumário de Urina tipo I
- EPF – Exame Parasitológico de Fezes
- FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
- FNUAP – Fundo das Nações Unidas para População
- GM - Gabinete do Ministro
- HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- IG – Idade Gestacional
- IUBAAM – Iniciativa Unidades Básicas Amigas da Amamentação
- MRJ – Município do Rio de Janeiro
- MS – Ministério da Saúde
- NOB – Normas Operacionais Básicas
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Ações Unidas
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAM – Posto de Assistência Médica
- PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
- PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- PN – Pré-natal
- PNDS – Pesquisa Nacional de Saúde
- PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
- PS – Posto de Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família
- RA – Região Administrativa
- RN – Recém-nascido
- SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
- SES – Secretaria Estadual de Saúde
- SIGAB – Sistema de Informação Gerencial da Atenção Básica
- SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
- SINASC – Sistema de Informação Nacional de Nascidos Vivos
- SISPRENATAL – Software desenvolvido pelo DATASUS para cadastro e acompanhamento das gestantes, no PHPN, do SUS
- SMS-RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TIG – Teste Imunológico da gravidez
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- VDRL - Venereal Disease Research Laboratory (Pesquisa laboratorial de doenças venéreas)

Tabelas e Quadros

Tabela 1 - Número de consultas de pré-natal necessárias e ofertadas nas unidades de saúde da AP 5.3 – XIX ^a R.A., RJ.....	49
Tabela 2 – Total de Gestantes de acordo com o número de consultas de PN realizadas....	52
Tabela 3 – Total de gestantes que iniciaram o PN de acordo com a IG em semanas.....	52
Tabela 4 - Registro da consulta puerperal, acolhimento mão-bebê ou visita domiciliar nos prontuários selecionados, das mulheres com DPP até 05/02/2008.....	53
Tabela 5 - Registro dos resultados dos exames laboratoriais de rotina, nos 184 prontuários selecionados.....	55
Tabela 6 - Comparativo dos exames laboratoriais sem resultado com o registro da solicitação e os sem informação.....	55
Tabela 7 - Relação da duração da gestação e o peso ao nascer segundo os dados do SINASC, ano 2007, XIX ^a R.A., MRJ.....	61
Quadro I – Matriz de Avaliação da Assistência Pré-natal.....	57
Quadro II – Avaliação do Processo da Assistência Pré-natal, na AP 5.3 – XIX ^a RA,RJ..	58
Quadro III – Matriz de avaliação dos desfechos da gestação.....	60

I - INTRODUÇÃO

As elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis constituem, atualmente no Brasil, fatos particularmente marcantes, na área de saúde materno-infantil. A ocorrência destes desfechos desfavoráveis da gestação resulta de uma complexa rede de fatores, destacando-se aqueles relacionados aos serviços de saúde. Portanto, uma adequada assistência pré-natal, pode contribuir para evitar os referidos problemas. Neste contexto, há a necessidade de realizar não só análises de tendência, causas e conseqüências desses problemas, como também do monitoramento da assistência prestada e a sua avaliação segundo padrões recomendados.

Em junho de 2000, foi instituído pelo Ministério de Saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), como um dos instrumentos para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde, com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos da gestante à cidadania.

Vários autores vêm apontando inúmeros obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal, destacando-se dentre eles a dificuldade para fixar recursos humanos nas unidades básicas de saúde, a carência de infra-estrutura, a retaguarda laboratorial insuficiente e a descontinuidade da oferta de medicamentos básicos ¹. Acrescente-se a esses fatores, o não cumprimento das normas e rotinas do programa de assistência, principalmente a inadequação e/ou falta de registro das consultas.

A melhoria do quadro descrito passa obrigatoriamente pela qualificação da atenção à saúde, promovida pela construção de processos estruturados e sistemáticos em diversas

dimensões, a saber, da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico ². Para isso, é necessário desenvolver avaliações que permitam conhecer a estrutura, o processo e os resultados das ações e serviços de pré-natal, por meio de instrumentos que permitam a realização de avaliações normativas.

1.1 – Políticas Brasileiras de Atenção à Saúde Materno-Infantil

Os programas de atenção materno-infantil têm sido implementados com o objetivo de reduzir as taxas de morbi-mortalidade, uma vez que a sociedade reconhece que esses indicadores expressam o quadro social de desigualdades no país e a possibilidade de modificá-lo através de políticas públicas ³.

A atenção à saúde materno-infantil, no Brasil, vem sofrendo mudanças desde a reforma sanitária em 1920, quando foi criada a Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância no Departamento Nacional de Saúde Pública.

As ações políticas levaram a ampliação da atenção à saúde, bem como a introdução de programas de saúde, no campo da assistência à mulher e à criança, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil ⁴.

As políticas de saúde até a década de 60, voltadas para proteção da maternidade e da infância visavam a criação de uma nação forte e sadia, onde a reprodução era vista como uma função social e as práticas de higiene como defesa e conservação da vida ⁴. Assim, a assistência à maternidade e à criança tinha como objetivo o desenvolvimento de recém-nascidos saudáveis e a redução da mortalidade infantil, além da preocupação social e política com o crescimento populacional e o fortalecimento da nação ⁵.

Nos anos 70, as questões específicas da saúde da mulher e da criança começaram a ser discutidas e registradas. Documentos como o das Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, em 1971, a recomendação do Plano Decenal de Saúde para as Américas (III

Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas), em 1972, e a criação do Programa de Saúde Materno-Infantil, em 1975 (que teve ênfase após a criação do Ministério de Previdência e Assistência Social, em 1974), propunham o desenvolvimento de programas de assistência ao parto, ao puerpério, a prevenção da gravidez de alto risco, ao acompanhamento das crianças de 0 à 4 anos de idade, de estímulo ao aleitamento materno e nutrição, e de orientação ao espaçamento intergestacional às mulheres ⁴. A questão da fertilidade e esterilidade da mulher passa a tomar espaço na área de ação programática e nas discussões sobre direitos reprodutivos, sexualidade, controle social, medicalização do corpo da mulher e, no movimento feminista.

A década de 80 é marcada por intensos debates acerca do modelo de saúde vigente, por pesquisadores, profissionais de saúde e órgãos governamentais. Surge o movimento de oposição ao modelo de saúde, A Reforma Sanitária, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção (Escorel, 1999 *apud* Boaretto)⁶.

Em 1983 um grupo formado por sanitaristas, psicólogas e sociólogas, representantes dos grupos de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), baseado num modelo desenvolvido pela Unicamp, denominado Atenção Integral à saúde da Mulher (AISM), e devido ao movimento de mulheres que se interessaram em conhecer o modelo e em incluir no mesmo um componente em educação sexual e em saúde ⁴.

A criação do PAISM ocorreu devido às pressões internacionais, tendo em vista o controle do crescimento populacional, dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde e dos movimentos de mulheres em busca da plenitude de seus direitos enquanto cidadãs, incluindo a atenção integral à saúde da mulher ⁴.

O Ministério da Saúde (MS), em 1984, estabeleceu a base de ação programática para a Assistência à Saúde da Mulher e implementou o programa, que tem como destaque à atenção pré-natal, devido ao seu impacto e transcendência ^{4,11,12,13}.

O desenvolvimento do PAISM impulsionou a atenção pré-natal com mudanças significativas quanto à cobertura, ao número de consultas e ao início mais precoce, e com a introdução de conhecimento técnico-científico e tecnológico, a fim de garantir e proteger a saúde não só do recém-nato como da mulher.

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, a população conquistou algumas ações e direitos, como a responsabilização do Estado pelas ações e serviços de promoção, recuperação e proteção da saúde ³.

Foram promulgadas em 1990, as Leis Orgânicas da Saúde que regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes político-administrativas das três esferas de governo, tendo em vista a descentralização das ações e serviços de saúde ³.

O MS elaborou as Normas Operacionais Básicas (NOB) a fim de regular e consolidar as propostas do SUS. As NOB SUS, que são Portarias, tratam da divisão de responsabilidades, dos critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios e das relações entre os gestores de atenção à saúde. A NOB 01/96, que visa a consolidação do exercício pleno da função de gestor dos municípios, incentivou a ampliação de cobertura dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com um dos seus objetivos que é de reorganização do modelo assistencial, com responsabilização do gestor municipal quanto à execução direta da Atenção Básica de Saúde, provendo o cadastramento e adscrição da clientela ³.

Contudo, a implantação do PAISM nas regiões brasileiras ocorreu de forma heterogênea e a avaliação global do impacto das ações, dentre elas a assistência pré-natal, é dificultada, corroborando com isso as diferenças regionais e um grande número de variáveis envolvidas.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNDS), realizada em 1996, cerca de 13% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos anteriores à pesquisa não realizaram consulta pré-natal, correspondendo a 9% na região urbana e 32% no meio rural. A menor taxa de cobertura pré-natal foi a da região nordeste, seguida pela região norte e, a maior taxa foi a do Rio de Janeiro ^{1,7}.

O início do pré-natal no 1º trimestre de gravidez obteve um percentual de 66%, sendo que 73% na área urbana e 46% na rural; uma proporção menor de mulheres inicia no 1º trimestre na região nordeste (52%) e norte (56%) ¹.

Foi verificado que as mulheres que tinham dificuldades de acesso ao pré-natal se encontravam nos locais e regiões mais pobres e tinham menos possibilidade de educação formal (das mulheres sem pré-natal 43% eram analfabetas e 27% tinham de 1 à 3 anos de estudo). Quanto ao número de consultas 77% realizaram mais de quatro e destas 48% realizaram mais de sete consultas ⁷.

Nas regiões norte e nordeste do país, assim como na área rural, o acesso ao pré-natal é problemático, as desigualdades em relação à oferta e cobertura dessa assistência persistem e, ainda, tem como agravante a questão da baixa escolaridade e/ou o analfabetismo.

Alguns estudos apontam que indicadores como a escolaridade, a renda e o local de moradia influenciam nas condições de saúde da população, tendo em vista o acesso e a qualidade da assistência oferecida pelos serviços de saúde. Além disso, a redução da taxa de mortalidade infantil ocorre mais rapidamente onde há concentração de renda e investimentos sociais, medidas de saneamento e acesso aos serviços de saúde ^{8,9}.

A assistência materno-infantil, apesar de historicamente ser um dos objetivos no desenvolvimento de políticas públicas e de ações específicas voltadas para esse grupo

populacional, suscita questionamentos a respeito da qualidade da atenção prestada pelos serviços e profissionais e do acesso aos serviços de saúde.

O MS enfatiza que a atenção pré-natal de *“reconhecido efeito positivo sobre a saúde da mulher e do conceito, tem na sua baixa cobertura associada à baixa qualidade de atendimento, um desafio a ser superado”* ¹⁰.

Vale ressaltar que a partir da década de 80 um movimento mundial, em prol da humanização do parto e nascimento, levou a um paradigma que foi denominado Humanista, que através da avaliação científica das práticas de assistência evidenciou a efetividade e a segurança de uma assistência voltada para as necessidades da parturiente, com o mínimo de intervenção sobre o parto (Davis Floyd, 2001 *apud* Nagama & Santiago) ⁴.

Ainda na década de 80, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), realizaram três conferências de consenso sobre tecnologia apropriada para assistência pré-natal, ao parto e ao nascimento ⁶.

Essas conferências abordaram temas sobre os cuidados no pré-natal, relacionando os fatores sociais, os recursos humanos, a vigilância, a pesquisa e a tecnologia voltadas para o parto e o nascimento. Destacaram-se as dimensões sociais e emocionais no cuidado do pré-natal e do parto, recomendaram a abolição de práticas obstétricas não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto e enfatizou-se o direito da mulher quanto à escolha do local de parto e do profissional, o de ter a sua integridade e privacidade preservadas e, que os profissionais e planejadores de saúde considerem a saúde da mulher tanto quanto a saúde do recém-nascido ⁶.

Grupos de trabalho que reuniam especialistas, representantes feministas e de organizações de consumidores de serviços de saúde, passaram a ter apoio da OMS na discussão dos limites de intervenção e melhores procedimentos na assistência a gestação, ao parto e pós-parto por meio de estudos de eficácia e segurança, baseados na epidemiologia clínica. Esse

processo se estendeu mundialmente e seus desdobramentos ficaram conhecidos como medicina baseada na evidência científica, sob grande influência do epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane (WHO, 1985; Wagner, 1994 *apud* Boaretto) ⁶.

Desde então, a avaliação científica das práticas de assistência, enfatiza a segurança e efetividade de uma atenção com o mínimo de intervenção sobre a fisiologia do parto normal e, que esta atenção deve ser organizada de acordo com as necessidades da parturiente e não dos profissionais e das instituições envolvidas.

Em 1995 o MS em parceria com a OMS, a OPAS, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações para a Infância (UNICEF), e o Fundo das Nações Unidas para População (FNUAP), com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e perinatal, criou o projeto Maternidade Segura, inspirado na “Iniciativa Maternidade Segura”, lançado em Nairobi, Quênia, na Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, em 1987^{5,6}.

Vale ressaltar que uma das metas propostas na Conferência Internacional foi reduzir a mortalidade materna, até o ano 2000, em 50% dos valores observados em 1985, uma vez que as estimativas de risco nos países subdesenvolvidos variavam de uma morte para quinze até uma para setenta mulheres em idade fértil, enquanto nos países desenvolvidos era de uma para três mil a uma para dez mil (Banco Mundial/OMS/UNFPA, 1987 *apud* Laurenti, et al) ¹⁴.

Para receber o título de “Maternidade Segura” as instituições deveriam cumprir “oito passos”, que foram propostos após um diagnóstico da assistência obstétrica no Brasil, a fim de melhorar a qualidade dos serviços de atenção à saúde, aumentar a cobertura assistencial e a adequação das orientações às gestantes. Esses “oito passos” visavam a garantia de: informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher; assistência à gestação, parto e puerpério, e ao planejamento familiar; estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal com

organização de arquivo e sistema de informação; incentivo ao parto normal humanizado; implementação de normas e rotinas e de avaliações sistemáticas ⁶.

Porém, apesar da iniciativa para melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido dentre outras, existiam problemas na sistematização e organização da assistência, sendo um deles a segmentação entre a rede básica e hospitalar e, a intervenção excessiva sobre o parto ⁵.

Logo, tendo em vista as diversas questões que persistiam após anos da implementação do PAISM, o MS priorizou a saúde da mulher e traçou um plano de ação cujo objetivo era *“melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher”* ⁷.

O MS lançou a portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998, que inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento: parto normal sem distócia realizado pelo enfermeiro obstetra. A finalidade desta portaria era reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional no contexto da humanização do parto e incluir a remuneração aos procedimentos referentes a analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeiro ^{5,7}.

As portarias do MS/GM nº 3.016, de 19 de junho de 1998 e 3.482 e 3.477 de 20 de agosto de 1998, visavam a normatização de programas estaduais de referência hospitalar para o atendimento à gestação de alto risco, com aplicação de recursos para adequação das maternidades, reestruturação da área física, capacitação de profissionais de saúde, aquisição de equipamentos e disponibilização de leitos obstétricos, cujo objetivo era reduzir a morbimortalidade materna e perinatal ⁵.

Nessa perspectiva e com vistas à melhoria da qualidade obstétrica, a redução das taxas de cesáreas e ao fortalecimento da relação mãe-bebê, o MS publicou portarias e resoluções que

incentivaram ações voltadas para a humanização. Uma delas foi à iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, em 1998, para as instituições que realizam ações de estímulo ao aleitamento materno⁶.

Em 1998 foram estabelecidos limites percentuais para o pagamento de cesarianas pelo SUS, através das portarias MS/GM 2.816 de 29 de maio de 1998, 856 de 03 de julho de 1999, 466 de 14 de junho de 2000 e 426 de 04 de abril de 2001. O percentual de cesáreas foi reduzido de 32% em 1997 para 28% em 1998 e, 25 % em 1999, atingindo 24% em 2000. Com isso, houve redução da exposição desnecessária da mulher ao risco cirúrgico uma vez que o grande número de cesarianas realizadas ocorria em função de maior pagamento dos honorários profissionais, da redução do tempo, propiciando a realização de mais procedimentos, e da realização clandestina de laqueadura tubária⁵.

Ainda em 1998, foi criado o prêmio Galba de Araújo (homenagem ao médico obstetra, exemplo de respeito e atenção à gestante e ao recém-nato) com o intuito de conhecer e revelar ao país experiências na gestão pública, que priorizassem o acolhimento à mulher e seu companheiro, no momento do parto, numa perspectiva de humanização dos serviços oferecidos à população. A cada ano são premiadas cinco maternidades^{5,6}.

Outro conjunto de portarias ministeriais (MS/GM 569, 570, 571 e 572 de 01/06/2000) institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que através de diferentes incentivos à assistência pré-natal, a organização, a regulação e investimentos na assistência obstétrica, visa a qualidade da assistência, o acesso aos serviços e a humanização da atenção, tendo como objetivo principal a redução das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal^{4,7}.

A Portaria MS/GM 569 descreve a estrutura do PHPN em três componentes, que apontam para: os incentivos financeiros aos municípios que aderirem ao programa, com o cumprimento de critérios mínimos e uma assistência pré-natal adequada; o desenvolvimento de condições técnicas

e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, assim como financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrantes do SUS; e melhoria do custeio da assistência ao parto, elevando o valor e a forma de remuneração dos procedimentos relativos ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS⁷.

Então, coube aos municípios:

- “- Participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;*
- Estruturar e garantir o funcionamento da Central de Regulação Municipal Obstétrica e Neonatal e do Sistema Móvel de Atendimento Pré e Inter-hospitalar;*
- Garantir o atendimento pré-natal e do puerpério e realizar o cadastro de suas gestantes;*
- Identificar laboratórios e garantir a realização de exames básicos e o acesso aos exames de seguimento;*
- Estabelecer referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco;*
- Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;*
- Monitorar o desempenho do respectivo Programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento dos indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal;*
- Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade”⁶.*

O conhecimento do perfil epidemiológico da população é importante para o planejamento e implementação de ações no controle de agravos à saúde. Os Sistemas Nacionais de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e de Mortalidade (SIM) fornecem subsídios para a vigilância epidemiológica, porém devem ser avaliados quanto a sua cobertura e a qualidade dos dados preenchidos nos instrumentos oficiais: as Declarações de Óbitos (DO) e as Declarações de Nascidos Vivos (DNV).

No Brasil, a gratuidade dos registros civis de nascimentos e óbitos, desde 1998, vem contribuindo com a redução do sub-registro. O MS estima “*que a subenumeração dos óbitos não exceda 20%*”, e verifica-se que a cobertura é considerada boa nas capitais de médio e grande porte, exceto em algumas áreas das regiões norte e nordeste ¹⁴.

Quanto à qualidade do preenchimento das DO, ainda ocorrem erros, principalmente em relação ao preenchimento da causa básica, comprometendo a avaliação dos indicadores de mortalidade, fato que gerou a necessidade de instituir a obrigatoriedade da realização da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos fetais e infantis e óbitos de causa indeterminada¹⁶.

A organização de Comitês como o de Mortalidade Materna e o de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, visam contribuir para a melhoria da qualidade dos registros sobre mortalidade, da organização da assistência à saúde e para a identificação das mortes por causas evitáveis.

As Secretarias Municipais de Saúde e os Comitês Regionais devem se articular com os Comitês Estaduais, e terão acompanhamento e assessoria do Comitê Nacional que avalia periodicamente os principais problemas observados e as medidas de intervenção realizadas, assim como a elaboração de propostas para a construção de políticas nacionais de redução da mortalidade materna e infantil ^{15, 16}.

Em 08 de março de 2004, Dia Internacional da Mulher, o governo brasileiro propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da mortalidade Materna e Neonatal, cujas ações estratégicas foram elaboradas em conjunto com a FEBRASGO, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Rede Feminista de saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, a Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO), a OPAS, a UNICEF, entre outras organizações comprometidas com a problemática da mortalidade materna e neonatal, e foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite. A meta inicial do Pacto era a redução da mortalidade materna e neonatal em 15% no ano de 2006, que não foi alcançada, e nas próximas duas décadas atingir os percentuais aceitáveis pela OMS ¹⁷.

Além dos recursos financeiros e incentivo ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), da qualificação dos profissionais na atenção obstétrica e neonatal humanizada, e a implementação de ações estratégicas locais, foi instituída a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em março de 2005. De caráter técnico-consultivo, esta comissão deve avaliar sistematicamente a implementação do Pacto, propor estratégias de ação, acompanhar as ações dos gestores nas três esferas e a articulação das diferentes instituições envolvidas, assim como a divulgação das ações desenvolvidas ¹⁷.

1.2 – Atenção à Saúde da Gestante no Município do Rio de Janeiro

Na ótica da reformulação da atenção à saúde da mulher e da criança e da implementação do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) vem utilizando estratégias para a melhoria da qualidade da assistência à gestação, parto, puerpério e ao recém-nascido, assim como o aumento da cobertura e adequação da estrutura e tecnologia para o atendimento da população alvo.

Para (re)conhecer a real situação da assistência obstétrica na cidade, foi realizado um diagnóstico através das visitas às maternidades públicas, pela equipe técnica da SMS-RJ, em 1993⁶.

A avaliação do número de leitos ativos, recursos humanos e de apoio diagnóstico e terapêutico, evidenciou um quadro de precarização da assistência. Havia déficit de leitos obstétricos e neonatais, com mais de 50% dos leitos federais e estaduais desativados, além da demanda oriunda de municípios vizinhos devido à carência deste tipo de assistência nestes locais^{6, 18}.

Outros problemas encontrados foram: à desigualdade nas distribuições dos recursos na cidade, a zona oeste era uma das áreas mais carentes; dificuldades no acesso e na internação na vigência do parto; o isolamento das parturientes, sem o apoio familiar; e a descontinuidade da atenção pré-natal até o parto, além do descaso e falhas na assistência ao parto e ao conceito^{6, 18}.

Houve a municipalização, quanto ao gerenciamento, dos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e de Mortalidade (SIM), que forneceu subsídios para a avaliação e planejamento de ações a fim de modificar a situação da assistência à gestante e ao recém-nato. Contribuiu, também, para o conhecimento do perfil epidemiológico materno e neonatal, a obrigatoriedade da notificação em 24 horas da morte materna, a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e a notificação e investigação dos óbitos fetais e neonatais, melhorando a qualidade da informação e reduzindo assim o sub-registro dos óbitos.

Em 1993, havia na cidade quatro maternidades municipais, quando foi municipalizada a maternidade do Hospital Rafael de Paula Souza, sendo implantado um modelo de atenção humanizado e, em 1994 a maternidade foi reinaugurada com o nome de “Maternidade Leila Diniz” (homenagem à atriz pela participação na luta contra os preconceitos e defesa da autonomia feminina)⁶.

Então, na década de 90, a partir de 1994, foram realizadas mudanças com a reestruturação das maternidades municipais e das maternidades e Postos de Assistência Médica (PAM) do governo federal, que foram municipalizados. Com essa iniciativa a oferta de consultas de pré-natal e o número de leitos obstétricos e neonatais aumentaram significativamente. Além disso, as reformas estruturais permitiram uma atenção mais humanizada, com maior privacidade e ambiente acolhedor à mulher, com a presença de acompanhante, se desejassem, assim como a disponibilização de cadeiras próprias para amamentação, além da ampliação da oferta de novos equipamentos e recursos humanos^{6,18}.

Outro fato importante foi à instituição de Conselhos Técnicos de Neonatologia e Obstetrícia, integrados pelas chefias médicas e de enfermagem das maternidades municipais, responsáveis pela discussão e implementação de rotinas, incorporação de tecnologia, capacitação profissional, entre outras atividades, sob coordenação da equipe central¹⁸.

A atuação da enfermeira obstétrica na atenção pré-natal e na assistência ao parto de baixo risco aumentou, sendo implementada em mais instituições da rede municipal. Ainda na década de 90, houve uma parceria da SMS-RJ com a Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) para a oferta do curso de especialização, para os enfermeiros interessados nesta área da assistência⁶.

A Prefeitura, em janeiro de 2002, publica o decreto, no Diário Oficial do Município, que dispõe sobre a aprovação do “Programa de Assistência Perinatal da Cidade do Rio de Janeiro”, se comprometendo quanto à qualificação da assistência perinatal, com a implantação de sistema hierarquizado de atenção pré-natal e garantia do parto em maternidade pré-estabelecida, ao aumento da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal e ao aumento da oferta de leitos obstétricos e neonatais, visando à redução da mortalidade materna e perinatal. Esse compromisso já vinha se concretizando desde a municipalização das maternidades federais e ampliação do

acesso à população, a sensibilização dos profissionais e reestruturação das unidades para oferta de atendimento humanizado, aprimoramento dos sistemas de vigilância epidemiológica e de óbitos e garantia de recursos financeiros ⁶.

Estudo realizado sobre o atendimento às gestantes no SUS, em uma amostra de municípios, no período de outubro de 2003 a abril de 2004, evidenciou que a autonomia municipal conferida pelo modelo de Gestão Plena favorece a oferta de atenção ao risco na gravidez, com resultado de associação significativa entre Gestão Plena e o atendimento ao pré-natal de risco. E também, que há associação significativa ($p < 0,001$) entre a modalidade de gestão e a garantia de vaga na maternidade. Dos 695 municípios sob Gestão Plena, 93,7% têm garantia de vagas na maternidade, conferindo assim melhoria na oferta da assistência ao parto nos municípios que estão sob o Sistema de Gestão Plena ¹⁹.

O incentivo ao aleitamento materno tem ocorrido e, em 1992, foi instituída uma iniciativa voltada para a humanização e estímulo ao aleitamento materno. Em 1998, cinco maternidades municipais receberam o prêmio concedido pela UNICEF e MS conquistando o título de “Hospital Amigo da Criança” ⁶.

A SMS-RJ junto à Secretaria Estadual de Saúde (SES), iniciaram um processo de titulação para as unidades básicas de saúde, que realizam ações de incentivo ao aleitamento materno, chamado de “Unidades Básicas Amigas da Amamentação” (IUBAAM). O Posto de Saúde Harvey de Souza, localizado no Recreio dos Bandeirantes, foi a primeira unidade a receber o título ⁶. Atualmente a SMS-RJ realiza treinamentos para os profissionais da rede, tendo em vista a formação de multiplicadores que irão realizar os treinamentos e sensibilização dos demais profissionais, nas unidades das áreas onde estão lotados e, então, inicia-se o processo de acreditação da unidade, sob supervisão da equipe central, que tem que cumprir os requisitos para a titulação, também conhecida, como IUBAAM.

Um programa, a nível terciário, que valoriza a relação mãe-bebê é o “Programa Mãe-Canguru”, implantado nas unidades de terapia intensiva neonatal das maternidades municipais, propiciando o contato pele a pele de bebês prematuros com suas mães e capacitando a mãe e os familiares quanto ao cuidado com o bebê⁶.

Além das iniciativas de incentivo a amamentação, ocorreram seminários para sensibilização dos profissionais, tendo em vista a humanização da assistência e redução de procedimentos desnecessários na assistência ao parto e ao neonato. Há também, a realização periódica de cursos de atualização para profissionais visando: a introdução de novas referências institucionais, exames laboratoriais e de apoio diagnóstico, diagnóstico e tratamento de agravos na gestação e a classificação de risco gestacional.

A realização de campanhas como, a campanha de eliminação da sífilis congênita, de prevenção do câncer de colo de útero, de vacinação contra a rubéola (controle da rubéola congênita) e a introdução da vacina contra hepatite B nas maternidades, para realização de uma dose nas primeiras doze horas de vida do recém-nato, também vem contribuindo com o controle de doenças de transmissão vertical e para proteção da saúde da mulher e da criança.

Atualmente, as equipes técnicas, dos Programas de Saúde da Mulher e da Criança, realizam mensalmente reuniões com os responsáveis por estes programas nas áreas programáticas, no nível central, e periodicamente vão até as coordenações de área e se reúnem com os diretores de unidades e suas equipes de profissionais voltados para os referidos programas, a fim de apresentar os dados e avaliações do município e da localidade para aproximação e discussão de problemas e facilidades encontradas em cada unidade, no desenvolvimento das ações programáticas.

1.3 – Morbi-mortalidade Materna e Perinatal no Município do Rio de Janeiro

A faixa etária (os extremos), a pobreza e as causas obstétricas diretas (mortes em decorrência de problemas que se desenvolveram no ciclo gravídico-puerperal) estão relacionadas com as altas taxas de mortalidade materna, porém 90% das mortes são consideradas evitáveis com a utilização de recursos de baixo custo. A hipertensão arterial, por exemplo, é a principal causa de mortalidade materna no país e na cidade, sendo evitável por adequado controle durante o pré-natal e no atendimento ao parto ^{1, 10, 20}.

No município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2002, a sífilis congênita, uma das causas perinatais evitáveis, ocupou o quinto lugar entre as causas de natimortalidade. Estudos em outros países demonstraram a persistência deste agravo como causa básica na mortalidade perinatal ²¹.

Estudo realizado por Leal et al, no período de 1999 a 2001, em maternidades públicas e privadas da cidade do Rio de Janeiro, demonstrou que é grande o acesso ao pré-natal, com um percentual elevado de gestantes que iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gravidez, porém a elevada cobertura não foi acompanhada de qualidade na atenção prestada²¹. Foi identificado que as puérperas atendidas nas maternidades municipais e federais apresentaram como agravos mais prevalentes a diabetes mellitus e a sífilis, doenças que demandam monitoramento durante o pré-natal e, no caso da sífilis, está ligada à pobreza e a prática de sexo sem proteção ⁸.

A mortalidade infantil ainda é um desafio para os serviços de saúde, e para a sociedade, como um todo, apesar da redução observada no país no período de 1990 à 2002, uma vez que o declínio observado nas taxas e a velocidade da queda estão aquém do desejado, e os valores continuam elevados ¹⁶.

A redução do componente pós-neonatal do coeficiente de mortalidade infantil no Brasil,

nas décadas de 80 e 90, contribuiu para dar maior visibilidade à mortalidade neonatal e para a crescente produção de estudos sobre este assunto ¹⁸.

Segundo o Ministério da Saúde ¹⁶, a mortalidade pós-neonatal persiste como um problema no país, e a maioria das mortes é potencialmente evitável, pois está associada à desnutrição e a doenças infecciosas. A partir dos anos 90, a mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil, em termos proporcionais. E, diferentemente do observado para mortalidade pós-neonatal, se vem mantendo estável, em níveis elevados.

Estudos realizados sobre a mortalidade infantil ressaltam que apesar da inversão dos componentes neonatal e pós-neonatal indicarem um padrão de transição epidemiológica, em nosso país há algumas especificidades, como, as desigualdades regionais e as desigualdades no interior das cidades, a concentração de óbitos na população mais pobre e a ausência de decréscimo da mortalidade neonatal evitável.

Na década de 90, como já relatado anteriormente, com a descentralização do SUS, o município do Rio de Janeiro (MRJ) obteve maior autonomia na gestão dos serviços de saúde e utilizou uma série de estratégias para modificar a situação da assistência materna e infantil, visando a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal.

Com essa iniciativa a SMS-RJ obteve como resultado a redução da mortalidade infantil, que se mantinha no patamar de 22 óbitos por mil nascidos vivos, nos primeiros cinco anos da década de 90, para 15,3 no ano de 2001. Entretanto, o valor permanece elevado, considerando-se os resultados alcançados em outras cidades com o mesmo nível socioeconômico que o MRJ, assim como é preocupante a ocorrência dos óbitos por causas evitáveis em recém-natos com condições de viabilidade, como os nascidos a termo e com peso adequado.

Conforme os Indicadores de Saúde por Área Programática (AP) da SMS-RJ, em 2003, o coeficiente de mortalidade perinatal no MRJ foi de 17,4 por 1.000 nascidos vivos, enquanto na

AP 5.3 foi de 16,9. O coeficiente de mortalidade infantil no MRJ chegou a 15,5/1.000 nascidos vivos e na AP 5.3 foi de 17,7. Já o coeficiente de mortalidade neonatal precoce no MRJ foi 7,6 e na AP 5.3 alcançou 8,2. E, o coeficiente de mortalidade neonatal tardio no MRJ foi de 2,8 e, na AP 5.3, de 3,3, e, a mortalidade pós-neonatal no MRJ foi de 5,1 e, na AP 5.3, de 6,2/1.000 nascidos vivos.

Em 2004, o coeficiente de mortalidade infantil na AP 5.3 chegou a 19,2/1.000 nascidos vivos, o maior coeficiente comparado às demais AP e ao do MRJ, de 15,1. A mortalidade neonatal precoce correspondeu a 40,2%, a neonatal tardia a 18,7% e a pós-neonatal a 41,1%, do total de 112 óbitos infantis ²².

O MS classifica as taxas de mortalidade infantil em altas (50 por mil ou mais), médias (20 a 49 por mil) e baixas (menos de 20 por mil). Enfatiza, também, que ajustes periódicos devem ser realizados em consonância com as mudanças do perfil epidemiológico em cada local e, que *“atualmente, vários países, e poucos municípios brasileiros, apresentam valores abaixo de 10 por mil”* ¹⁶. A referida classificação está sendo revista, de acordo com o Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal.

Geralmente, *“quando a taxa de mortalidade infantil é alta, o componente pós-neonatal costuma predominar; e quando a taxa é baixa o principal componente é a mortalidade neonatal, com predomínio da neonatal precoce. Altas taxas de mortalidade infantil refletem baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, o que pode também acontecer em alguns segmentos sociais, mesmo onde as taxas da população geral são reduzidas”* ¹⁶.

Foi elaborado, em outubro de 2000, um Plano de Melhoria na Atenção ao Pré-natal pela Coordenação de Área Programática (CAP) 5.3, da SMS-RJ, que abrange os bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência, da XIXª Região Administrativa (R.A.), zona oeste do município, com o objetivo de aprimorar a estrutura da assistência pré-natal e, conseqüentemente, reduzir as taxas

de mortalidade, observando-se que a mortalidade perinatal é diretamente influenciada pela assistência à gestante e ao concepto.

Para a elaboração do referido plano, realizou-se uma análise do Programa de Assistência Pré-natal ofertada na área, utilizando os dados do Sistema de Gerenciamento da Atenção Básica (SIGAB) e do Boletim Mensal de Avaliação de Indicadores de Desempenho e Produtividade (BMAIDP), utilizado nas unidades básicas da rede municipal, onde identificaram alguns problemas, como:

- Alta proporção de mulheres grávidas em pré-natal (PN), cuja cobertura do programa de PN estava em torno de 60 a 67%;
- Alta proporção de gestantes adolescentes;
- Captação tardia das gestantes (mais de 50% foram captadas após o 1º trimestre de gestação);
- Baixa qualidade da atenção ao pré-natal (elevado coeficiente de mortalidade materna; aproximadamente 60% das gestantes pariram fora da área; mais de 20% de gestantes com resultado VDRL positivo não foram tratadas e, a demora e irregularidade dos resultados de exames laboratoriais, entre outros problemas).

Desta forma foram criados diversos mecanismos para alcançar a melhoria na atenção ao pré-natal, como por exemplo: a ampliação do quadro de profissionais através das cooperativas de saúde, a implantação do Programa de Saúde da Família em uma das comunidades da área e o incremento das ações visando à captação das gestantes no 1º trimestre da gestação.

De acordo com os dados de um estudo realizado por Saraceni et al, no município do RJ, sobre a mortalidade perinatal por sífilis congênita, as ações de vigilância epidemiológica, a qualificação da assistência pré-natal e intra-parto e, as ações educativas, em conjunto, são medidas de importância para o controle e redução da mortalidade perinatal. E, cita Hartz et al.

ênfatizando que a mortalidade infantil por causas evitáveis é “*o mais sensível dos indicadores propostos para o evento sentinela da qualidade dos serviços*” ²¹.

1.4 – Atenção Pré-natal

“A assistência Pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde” ¹⁰.

Outrossim, as ações de saúde devem estar direcionadas para a população-alvo visando a cobertura, a continuidade do atendimento e acompanhamento, e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal ¹⁰.

De acordo com o Ministério da Saúde, devem ser assegurados para uma assistência efetiva: a captação precoce da gestante; o controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamento e instrumental mínimo; instrumentos de registro e estatística; medicamentos básicos; apoio laboratorial mínimo; sistema eficiente de referência e contra-referência; e avaliação das ações da assistência pré-natal ¹⁰.

O programa de atenção pré-natal tem sua origem nos modelos desenvolvidos nos países ocidentais que tiveram como base o modelo de atendimento proposto por Janet Campbell, na Grã-Bretanha, que apontou a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento profissional à gestação, ao parto e puerpério, e a garantia de um padrão mínimo de assistência pré-natal. Esse padrão compreendia a previsão de dificuldades no parto através do exame da gestante, detecção e tratamento da toxemia, diagnóstico tratamento e prevenção de infecções e doenças venéreas, cooperação entre o clínico e demais pessoas envolvidas no cuidado à gestante, e o efeito educativo de uma clínica organizada ^{23,24}.

Foram então, incluídos nos ambulatórios de assistência pré-natal os seguintes procedimentos: O início do pré-natal até a 16ª semana de gestação, com registro da história médica e obstétrica da gestante; exame físico; aferição da pressão arterial e medidas pélvicas (feitos por enfermeira); registro das condições de moradia e higiene (através de visita domiciliar); acompanhamento das gestantes por meio de avaliação na 24ª e 28ª semanas e, posteriormente de 15 em 15 dias até a 36ª semana passando, então, a ser semanal com registro das medidas de altura uterina e circunferência abdominal, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, teste de urina e atenção às queixas das gestantes ²³.

O PHPN, ano 2000, tem no seu plano operacional a ampliação do acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações para o acompanhamento e, a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto. Além disso, instituiu como estratégia para induzir e auxiliar os municípios brasileiros na implementação das ações, novos recursos para o custeio dessa assistência, mediante o cumprimento de critérios mínimos para melhoria da qualidade da atenção pré-natal ¹³.

Os critérios recomendados foram: a realização da 1ª consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; a garantia de, no mínimo, seis consultas, sendo uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º trimestre da gestação; uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento; e a realização de exames laboratoriais:

- *ABO-Rh, na 1ª consulta;*
- *VDRL, Urina rotina e Glicemia de jejum na 1ª consulta e próximo a 30ª semana de gestação;*
- *Hemoglobina/hematócrito, na 1ª consulta;*
- *Testagem Anti-HIV, oferta na 1ª consulta, consulta e próximo a 30ª semana de gestação;*

- *Vacinação anti-tetânica, até a dose imunizante (segunda dose) do esquema ou dose de reforço para as mulheres imunizadas”* ¹³.

Além disso, foram estabelecidos incentivos financeiros para o cadastramento da gestante no PHPN e por conclusão, de cada gestante, no pré-natal, desde que cumprido os procedimentos estabelecidos no programa ¹³.

Para o acompanhamento das gestantes cadastradas no PHPN, foi criado um sistema informatizado, o SISPRENATAL, cuja finalidade é monitorar os incentivos financeiros e fornecer relatórios e indicadores de qualidade para subsidiar a avaliação da atenção pré-natal realizada ^{13,25}.

Em relação à adesão dos municípios brasileiros, após o lançamento do PHPN em 2000, 72% aderiram até 2002, dentre eles o município do Rio de Janeiro. Foi observado um incremento na cobertura do programa de 9,25% em 2001 e 27,92% em 2002; com o cadastramento de mulheres, em sua maioria, com até 120 dias de gestação, no segundo ano⁷. Embora a implementação do SISPRENATAL ter ocorrido na maioria dos municípios brasileiros, ainda hoje, não se alcançou êxito, devido à falta de alimentação sistemática pelos serviços de saúde.

Apesar dos programas de atenção pré-natal serem semelhantes, devido à origem dos mesmos, o desenvolvimento do programa apresenta diferenças em relação às práticas recomendadas e realizadas, aos profissionais envolvidos e as diferentes taxas de adesão das mulheres.

O MS descreve que se deve garantir algumas condições básicas para organização e desenvolvimento das práticas na assistência pré-natal, a fim de atender as reais necessidades da população-alvo, como: área física adequada, recursos humanos, equipamento e instrumental mínimos, instrumentos de registro, de processamento e análise dos dados disponíveis, medicamentos essenciais e avaliação permanente da assistência pré-natal.

O MS também enfatiza como condições básicas, a realização de discussões permanentes com a população da área sobre a importância da assistência pré-natal; identificação precoce de todas as gestantes na comunidade com garantia do teste de gravidez nas unidades de saúde e o pronto início do acompanhamento periódico e contínuo, com intervalos preestabelecidos (de acordo com a idade gestacional); realização de reuniões tendo em vista a educação para saúde e visitas domiciliares; organização do sistema de referência e contra-referência, garantindo à continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade, bem como assegurar o retorno da clientela à unidade de origem com as informações necessárias para o seguimento da atenção

26.

Alguns estudos sobre a adequação da assistência pré-natal vêm utilizando indicadores para a avaliação da assistência, destacando-se os índices de Kessner, o de Kotelchuck e o APNCU (Adequacy Prenatal Care Utilization). O primeiro foi criado pelo Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências da América do Norte, em 1973, que considera o mês de início do pré-natal e o número de consultas realizadas. Enquanto o segundo, que teve como base o índice de Kessner, pondera o número de consultas pré-natais pela idade gestacional e ainda criou categorias de adequação da atenção pré-natal. O APNCU caracteriza a adequação início do pré-natal agrupada em quatro categorias e a adequação da atenção recebida, de acordo com o número esperado de consultas, também em quatro grupos. Esses parâmetros utilizam como base o número mínimo de consultas recomendado pelo American College of Gynecology and Obstetrics (ACOG), que varia de 11 a 14 consultas. Já o MS recomenda, no mínimo, 6 consultas para uma gestação de baixo risco com início precoce do pré-natal ^{11, 27, 28}.

Alguns pesquisadores e a Organização Mundial de Saúde (OMS) vêm discutindo a relação do efeito protetor do pré-natal quanto ao número de consultas e ao desfecho da gestação; questionamentos são feitos sobre o número de consultas recomendadas pela ACOG ²⁷.

Nos países desenvolvidos alguns questionamentos, como um perfil diferenciado das gestantes que apresentam maior frequência no PN, são feitos quanto à efetividade da atenção pré-natal e a prevenção do baixo peso ao nascer e a prematuridade. Atualmente a preocupação está voltada para a prematuridade e as malformações congênitas, principais causas de óbitos neonatais, ressaltando que nesses países a disponibilização dos avanços tecnológicos para a população em geral e a regionalização da assistência obstétrica e perinatal contribuíram para redução dos óbitos neonatais ²⁹.

Tais fatos influenciam a política de saúde internacional e corroboram com os questionamentos sobre a quantidade de consultas pré-natais e a sugestão para redução das mesmas.

No Brasil, já foi observado que, somente, a alta cobertura e a concentração de consultas no acompanhamento pré-natal não garantem a redução da mortalidade materna e perinatal. Há alguns fatores determinantes para tal, como: a dificuldade para fixar profissionais em unidades básicas de saúde, devido à baixa remuneração e carente infra-estrutura; a retaguarda laboratorial insuficiente; a descontinuidade da oferta de medicamentos básicos para o período gestacional; a atitude do profissional de saúde diante da clientela ¹; as desigualdades nos cuidados oferecidos às gestantes; o não cumprimento das normas e rotinas preconizadas; a falta e ou inadequação dos registros; e a não realização de trabalhos educativos. Acresce-se a esses fatores os determinantes sócio-demográficos, culturais, biológicos e psicológicos, ligados à clientela, que juntos contribuem para a ocorrência de desfechos negativos da gestação, do parto e puerpério.

Outrossim, há poucos estudos sobre a atenção pré-natal, em nosso país, que tenham avaliado a qualidade da assistência prestada em relação ao seu conteúdo, além da situação epidemiológica perinatal ainda ser preocupante, tendo em vista que a grande maioria dos óbitos perinatais e maternos são considerados evitáveis.

Os estudos voltados para a atenção pré-natal normalmente envolvem questões socioeconômicas, de utilização de tecnologia, de acesso e cobertura, de estrutura dos serviços, processo do atendimento, da satisfação da clientela e, dos resultados obtidos. Os indicadores de adequação mais utilizados têm caráter quantitativo, e geralmente são utilizados para análise das características e resultados da assistência, o que pode ser devido a dificuldade de comparação dos achados e da falta de padronização das intervenções e, de um instrumento para facilitar o estudo da qualidade da atenção pré-natal ³⁰.

Estudo do tipo transversal, realizado em São Luís, Maranhão, no período de 1997 e 1998, avaliou a adequação do uso da assistência pré-natal pelo índice APNCU e um novo índice proposto, baseado nas recomendações do MS, sendo verificado que o nível de inadequação da atenção pré-natal é alto e está associado com características socioeconômicas, demográficas e à assistência médica. Os mais baixos níveis de escolaridade materna foram associados à inadequação da assistência em todos os modelos de regressão logística utilizados, assim como a inadequação esteve associada a variáveis que apontavam para as desigualdades sociais, onde a distribuição dos recursos é inversamente proporcional às necessidades da população²⁷.

No estudo realizado em Pelotas-RS por Silveira et al, em 1998, que utilizou a caracterização da estrutura e do processo e índice de adequação para avaliação da atenção pré-natal na rede básica, foi encontrado um elevado percentual de ausência de registro em relação aos exames de rotina e, também o sub-registro das informações sobre apresentação fetal, data do último exame citopatológico, presença ou não do edema, vacinação anti-tetânica e revisão puerperal. Os autores enfatizam que apesar da avaliação estar centrada em número de consultas e início do pré-natal, “*as informações sobre a extensão do cuidado são importantes*” ²⁸.

1.5 Avaliação da Atenção à Saúde

Alguns mecanismos de avaliação dos serviços de saúde e da qualidade da assistência médica são utilizados há muitas décadas, porém nem sempre foram valorizados como exposto pela OPAS *apud* Reis et al ³¹, no qual relata que a avaliação científica dos cuidados médicos “*não era considerada um aspecto essencial da medicina*”.

No período de 1910 a 1920 foram registrados os primeiros estudos sobre avaliação do ensino e dos serviços de saúde. O relatório Flexner , em 1910, denuncia as precárias condições da prática médica, com a avaliação da educação médica, e aponta para a necessidade de controle do exercício profissional. O estudo realizado por Codman, em 1916, apresentou uma proposta metodológica de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares e, sob a influência deste trabalho, o Colégio Americano de Cirurgiões se responsabilizou pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas. Este último realizou um estudo que avaliou 800 hospitais com mais de 100 leitos e destes menos de 135 apresentaram algum grau razoável de qualidade, como consequência deste estudo, em 1928, criou-se a base da Joint Commission of Accreditation of Hospitals, o Hospital Standardization Program^{31, 32} .

Com a expansão dos serviços de saúde, o aumento da complexidade da atenção e com isso aumento da utilização de tecnologia médica de alto custo, a avaliação passou a ser utilizada como objeto de pesquisa científica e dos custos dos procedimentos médicos.

A responsabilidade dos governos em relação ao financiamento da assistência à saúde também contribuiu para a utilização da avaliação nas investigações sobre a atenção médica.

Nos EUA, em 1960, houve a implantação de programas sociais de atenção à saúde, Medicare (atenção às pessoas com mais de 65 anos de idade) e Medicaid (atenção as pessoas com renda menor que 2 dólares/dia), e devido ao reembolso dos custos foi exigida à avaliação dos

cuidados médicos. Utilizou-se para esta situação o conhecimento dos comitês de peritagens e experts. Já na Inglaterra, século XX, a grande demanda por serviços de saúde, devido ao atendimento gratuito do National Health Service, levou a estudos de eficácia e eficiência dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em busca da otimização dos recursos necessários^{31,34}.

Com a incorporação de tecnologia para o diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde, o aumento dos custos dos tratamentos e a não redução dos indicadores de saúde, iniciou-se um maior controle dos custos e da qualidade da atenção médica, corroborando com isto a diminuição do crescimento econômico e a institucionalização da assistência à saúde^{31,32}.

A avaliação da atenção à saúde no Brasil, ainda, não é muito utilizada na prática, pelos gestores. Possui características burocráticas e punitivas e, não se constitui como ferramenta a ser utilizada na tomada de decisões e de reorientação das práticas e serviços desenvolvidos (Ministério da Saúde, 2003^a *apud* Ministério da Saúde)³³.

A atenção à saúde no país, vem passando por diversos momentos de reorganização dos programas de saúde e de redirecionamento das políticas públicas. Houve a falência da Previdência Social e com isso mudança no financiamento da assistência médico-hospitalar. Posteriormente, as Ações Integradas de Saúde (AIS) foram estabelecidas e com a transferência das ações do governo federal para os estados modifica-se o sistema para Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, atualmente está vigorando o Sistema Único de Saúde, desde a promulgação da Constituição Federal em 1988^{32,34}.

De acordo com Contandriopoulos (1997), citado pelo Ministério da Saúde, “*avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)*”³³.

O processo de avaliação na área da saúde visa a determinação sistemática e objetiva da efetividade e impacto de políticas públicas, projetos e programas de saúde, a fim de aperfeiçoá-los e de direcionar os recursos humanos e financeiros³⁵.

O MS a partir da expansão da estratégia Saúde da Família, tendo em vista a necessidade de reorganização da Atenção Básica, reconhece a Avaliação como importante instrumento a ser utilizado pelos gestores, para qualificação da atenção à saúde. Em 2003, foi iniciada uma ampla discussão envolvendo diversos atores como os gestores e técnicos do MS, dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais e, profissionais de Instituições de Ensino e Pesquisa, objetivando a construção de uma política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica³³.

Atualmente a Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), após o desenvolvimento de ações visando a operacionalização dos projetos estratégicos, está implementando as atividades relacionadas diretamente com a avaliação da atenção básica ou que estão voltadas para organização e criação das condições técnicas, segundo as diretrizes do SUS e da estratégia Saúde da Família.

A institucionalização da avaliação é vista como um caminho para a reorientação das práticas na saúde, capaz de influenciar mudanças organizacionais e de comportamento dos profissionais na relação à clientela e, nos indicadores de saúde³³.

O MS faz uma relação de oito indicadores que devem ser utilizados na avaliação da assistência pré-natal, cujos dados podem ser obtidos com o preenchimento dos instrumentos utilizados na atenção e nos serviços de saúde e no sistema de estatística de saúde do estado²⁶. Porém, a organização dos dados necessários demanda tempo, iniciativa e suporte técnico (informatização dos dados, recurso material e recursos humanos treinados).

A avaliação da atenção à saúde está direcionada para a qualidade da prática médica, por alguns autores, e também para a qualidade dos programas e serviços de saúde ³².

A avaliação da qualidade de um serviço traz à tona algumas considerações sobre o conceito de qualidade, tendo em vista aquele que presta o cuidado, o que recebe este cuidado e onde e como este cuidado está ocorrendo.

Para Noronha, 1996 *apud* Ribeiro Filho³, quando se avalia um serviço partindo da opinião do usuário irá prevalecer a falta de conhecimento deste, o conforto e o relacionamento com os profissionais. Enfatiza que o estado de saúde do usuário deve ser considerado, uma vez que *“Aqueles em precárias condições tendem a permanecer insatisfeitos tenha ou não sido prestada uma boa assistência do ponto de vista profissional”*. Já os médicos valorizam os aspectos técnicos da assistência e o impacto desta sobre o indivíduo.

Para Donabedian, a avaliação da qualidade nos leva a pensar o que é qualidade em saúde e, que o conceito dado por uma pessoa pode não ser o mesmo de outra ou de um grupo de pessoas. O referido autor enfatiza a necessidade de definir o que se quer avaliar e como mensurar a qualidade ³⁶. O mesmo definiu qualidade como *“aquele tipo de assistência que se espera possa proporcionar aos pacientes o máximo e mais completo bem-estar, considerando o equilíbrio previsto entre ganhos e perdas decorrentes do processo de assistência em toda a sua complexidade”*. Donabedian cita três conceitos, que relacionados, possibilitam a definição e a mensuração do objeto de avaliação:

Critério – um parâmetro que pode ser um aspecto ou um componente do cuidado à saúde e pode fazer parte da dimensão da estrutura, como do processo ou do resultado.

Padrão – expressão numérica, em termos de proporções ou taxas, do grau aceitável de qualidade.

Norma – entendida como o que se considera “*bom*” em relação a um indicador, o autor exemplifica como se a presença ou não de um fator é melhor em determinada situação.

Algumas considerações devem ser feitas na avaliação dos serviços de saúde quanto à performance do profissional, a atenção ao paciente e a população, o acesso, os resultados, a satisfação do paciente e a relação profissional-paciente. Já, a manutenção e, intensificação da qualidade envolve, valores, recursos materiais, humanos, conhecimento, planejamento do sistema e desempenho do monitoramento ^{32, 36}.

Alguns trabalhos vêm utilizando a proposta de Donabedian, que recomenda a análise da estrutura, do processo e dos resultados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. O referido autor considera o estudo do processo como a melhor forma de investigar o conteúdo da assistência oferecida no nível primário de atenção ^{28, 37}.

O estudo da estrutura avalia as características dos recursos empregados na atenção à saúde (físicos, humanos, materiais e financeiros) e as medidas que se referem à organização administrativa da atenção, de acordo com as normas vigentes.

Para Vuori, 1991 *apud* Ribeiro Filho ³, a “*abordagem estrutural pressupõe que boa estrutura possibilita um processo adequado para se atingir um resultado favorável*”.

A avaliação do processo analisa o funcionamento do programa, os cuidados prestados durante a assistência, a disponibilidade do conhecimento técnico-científico, a procura e utilização do serviço pela clientela e as relações interpessoais entre o cliente e os profissionais envolvidos na assistência ^{35, 37, 38}. E, segundo Donabedian, 1980 *apud* Reis et al.³¹, a metodologia dos estudos de processo pode ocorrer através da observação direta da prática e de estudos baseados nos registros médicos.

O processo abrange todas as atividades voltadas para o cuidado do paciente e as relações que se estabelecem nos serviços com a equipe-paciente-profissional, que dará base a qualidade.

Donabedian amplia o conceito de qualidade, a partir do que denominou “*Os Sete Pilares da Qualidade*”, são eles:

Eficácia – capacidade da ciência em produzir melhoria da saúde e do bem-estar; o melhor que se pode fazer nas condições menos favoráveis, segundo o estado do paciente e as demais circunstâncias;

Efetividade – melhoria da saúde alcançada nas condições da prática cotidiana;

Eficiência – é a medida de custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada;

Otimização – é relevante à medida que os efeitos do cuidado são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos;

Aceitabilidade – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, experiências e valores do paciente e seus familiares. Depende da efetividade, eficiência, otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação profissional-paciente e das amenidades do cuidado;

Legitimidade – aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral;

Eqüidade – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população, é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e para a sociedade”³⁹.

A avaliação do resultado relaciona a mudança no estado de saúde do paciente, presente ou futura, com a assistência recebida. Para OPAS/OMS, 1992 *apud* Cabral³², essa dimensão apresenta vantagens, uma vez que os resultados tendem a ser concretos e pode-se utilizar medidas mais precisas, e desvantagens, pois há outros fatores intervenientes nos resultados, além do cuidado de saúde e muitas vezes passam-se anos para se obter resultados evidentes. Outrossim, a falta de precisão na aferição de alguns resultados como, por exemplo, a satisfação do cliente pode dificultar a avaliação. Filho³ faz referência a Vuori, 1991, com a citação que

“ para a abordagem de resultados é fundamental o desenvolvimento de indicadores do nível de saúde e da medida de satisfação do paciente”.

Em um estudo de revisão bibliográfica sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde, os autores verificaram que os conceitos e categorias originados de estudos realizados por Avedis Donabedian influenciaram outros estudiosos, e desta forma agruparam os estudos em dois grupos. O primeiro grupo chamaram de Estudos Corporativos Racionalizadores, que abrangem a auditoria médica, a análise de custo e a avaliação de eficácia e segurança e, tecnologia médica. O segundo grupo, chamado de Estudos Antropossociais que se referem à acessibilidade e a satisfação.

Alguns autores discutem diferentes critérios na medição da qualidade dos cuidados e serviços de saúde. Hartz et al, 2000 *apud* Filho ³, coloca a avaliação de serviços no contexto da avaliação normativa, em três dimensões: a técnica, relacionada à adequação e as demandas dos serviços a partir de normas e critérios profissionais; a dimensão inter- relacional, que trata da relação psicossocial entre os usuários e os profissionais; e a organizacional, que se refere ao acesso, cobertura, continuidade e integralidade.

Em relação à qualidade do processo, a avaliação pode ser feita através dos registros de atenção ou nos prontuários dos pacientes. Um método muito utilizado é a auditoria, que teve expansão na sua utilização quando ocorreu o crescimento dos seguros e planos de saúde e, a seguridade social, visando a racionalização dos custos e a proteção dos profissionais quanto as ações judiciais. A auditoria das atividades profissionais pode ser feita de forma: interna e externa; administrativa e por revisão de casos ou estatística ^{31,32}.

Um método que também pode ser utilizado na avaliação do processo e resultado dos serviços de saúde é chamado de “*métodos dos traçadores*”, desenvolvido por Kessner et al., em 1973, cuja proposta se baseia na escolha de “*episódios representativos*” das responsabilidades do

sistema de saúde, considerando “*a prevalência do problema, a facilidade do diagnóstico e a disponibilidade de tecnologia para prevenção e/ou tratamento*”³².

A importância dos registros dos cuidados de saúde é enfatizada por diversos autores, que consideram como material necessário na instrumentalização da avaliação e na melhoria da qualidade da assistência, tendo em vista a “*gestão, planejamento, pesquisa clínica, processos legais*”, entre outras atividades. E como enfatizado por Magalhães, 2000 *apud* Filho³, pode-se considerar a qualidade da assistência como elevada quando estão presentes a “*história do paciente, achados no exame físico que contribuem para o diagnóstico e tratamentos específicos, e se esses achados mostram ser eficazes em modificar os resultados para o indivíduo*”.

Donabedian enfatiza que “*os olhos e os ouvidos do cuidado de saúde*” é o monitoramento e, que quando não há compromisso com a qualidade do cuidado, os profissionais “traem” a confiança não só da clientela “mas” enganam a si próprios⁴⁰.

Dois estudos fazem considerações quanto à falta de registros nos prontuários, um deles, realizado em uma instituição filantrópica em São Paulo, no período de 2000 a 2001, coloca que o resultado do estudo pode ter sofrido influência da falta de registro de algumas informações referentes ao término do pré-natal pela resolução da gravidez - o parto, como o encaminhamento das gestantes à unidade de referência, de acordo com a classificação de alto risco, ou o abandono do acompanhamento. O outro estudo realizado em Pelotas, em 1998, verificou alto percentual de ausência dos registros em relação aos exames de rotina, entre outras informações, enfatizando a necessidade de avaliar se realmente os exames não foram solicitados e/ou não realizados, além de destacar a importância dos resultados de estudos locais de monitorização, do programa de atenção pré-natal, que devem ser discutidos com as equipes de saúde visando a otimização dos recursos disponíveis^{28,37}.

O MS²⁶ preconiza que para o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, é necessário ter instrumentos de registro e a realização do processamento e análise dos dados. Logo, devem ser utilizados o cartão da gestante (importante para a referência e contra-referência, deve ficar com a gestante), a ficha perinatal (instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade) e o mapa de registro diário (instrumento de avaliação das ações da assistência, deve conter informações mínimas de cada consulta prestada (este último faz parte do SISPRENATAL, porém algumas unidades também utilizam um sistema de arquivo para o programa)).

Neste estudo será realizada a avaliação da assistência pré-natal oferecida a população da XIX^a R.A., através da análise da estrutura e do processo, visando a composição das unidades e o desenvolvimento das ações técnico-operacionais quanto ao suporte existente e o cumprimento das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A situação da saúde materno-infantil, no Brasil, de acordo com os indicadores específicos, torna relevante a realização de estudos nesta área e a avaliação dos programas de saúde na atenção básica, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade da atenção oferecida nos serviços de saúde e auxiliar aos gestores na organização destes, com a implementação de ações que produzam impacto sobre a morbi-mortalidade materna e perinatal.

II - JUSTIFICATIVA

A utilização do conhecimento técnico-científico e dos recursos e tecnologias existentes são de grande importância na assistência à saúde, além da garantia da cobertura de toda população-alvo, assegurando desta forma, a manutenção da saúde do binômio mãe-filho, a redução dos riscos obstétricos e perinatais e, conseqüentemente, queda dos coeficientes de mortalidade infantil e materna.

De acordo com o Ministério da Saúde ¹⁰, a política de ação adotada pelo setor saúde, busca a geração de métodos e processos de trabalho mais realistas, contemplando uma melhor utilização dos recursos existentes para o atendimento das necessidades mais essenciais.

Outrossim, as condições de assistência e a organização dos serviços de saúde são fatores determinantes das condições de saúde da população, sendo necessário desenvolver e difundir procedimentos normativos que visem controlar os problemas de maior impacto epidemiológico, onde estão inseridos os que afetam a saúde materno-infantil ¹⁰.

Há estudos sobre a mortalidade materna e perinatal que evidenciam a associação destes desfechos com o nível sócio-econômico, raça, faixa etária e acesso aos serviços de saúde.

A baixa escolaridade está associada ao início tardio do acompanhamento PN, à dificuldade de adesão e ao número insuficiente de consultas de pré-natal, bem como ao baixo peso ao nascer, a multiparidade e à mortalidade infantil e seus componentes ¹⁹.

Outros fatores de risco correlacionados com a gestação são: a hipertensão arterial, a sífilis, o baixo ganho de peso, a anemia e a idade abaixo de 18 e acima de 35 anos. Desfechos desfavoráveis e algumas situações relacionadas à gestação e nascimento, podem ser evitados com intervenção apropriada, pelos serviços de saúde.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 06/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nato e a puérpera, é um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde ⁴¹.

O referido programa é uma estratégia e objeto do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que o MS criou em parceria com os estados, municípios e a sociedade civil, em 2004. O projeto original foi definido pela Organização das Nações Unidas

(ONU) e tinha como meta à redução em 15% da mortalidade materna e neonatal, até o ano de 2006, e de 75 % até 2015^{19,42}.

Gomes et al, após avaliação da intervenção realizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro com o objetivo de reduzir a mortalidade neonatal, analisou as mudanças ocorridas no atendimento dos diferentes prestadores do setor público, no período de 1994 a 2000, na taxa de mortalidade neonatal dos nascimentos ocorridos nas instituições do SUS e o perfil das internações em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, neste estudo enfatizaram que *“os demais “elos” da cadeia de eventos perinatais ... devem ser objeto de crescente intervenção. A estabilidade na taxa de baixo peso ao nascer e o aumento na taxa de prematuridade ..., os diagnósticos maternos e a elevada proporção de neonatos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal cujas mães não fizeram pré-natal são indícios suficientes de que a perspectiva do cuidado perinatal precisa ser incorporado de fato, tanto na formulação das políticas e programas de saúde da mulher e da criança quanto na prática assistencial. Não foi de outra forma que países com melhores resultados perinatais atingiram seus objetivos)”*¹⁸.

A XIX^a R.A tem-se destacado, no município do Rio de Janeiro, como uma das áreas que apresenta as mais altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal.

A análise de óbitos maternos ocorridos em 2006, na área, evidenciou deficiências no planejamento familiar, na atenção ao pré-natal e no atendimento ao parto e puerpério.

Sabendo que a assistência pré-natal é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e perinatal e que se trata de um programa desenvolvido nas unidades de atenção básica, despertou a preocupação em relação à assistência oferecida pelos serviços de saúde situados na XIX^a R.A.

Sendo assim pretendo avaliar a assistência realizada através do conjunto de ações desenvolvidas no acompanhamento pré-natal.

OBJETIVO GERAL

- Avaliar a assistência pré-natal oferecida à população da XIX^a RA, do Município do Rio de Janeiro, através da estrutura, do processo e da verificação do desfecho da gestação, no período de 2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o preenchimento do controle pré-natal e os procedimentos realizados na assistência, segundo a idade gestacional;
- Descrever os desfechos das gestações através dos Sistemas de Informação: SIM e SINASC;
- Avaliar o desenvolvimento das ações técnico-operacionais quanto ao cumprimento das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, na atenção ao pré-natal.

IV - METODOLOGIA

4.1 - Local do estudo

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem as unidades de saúde distribuídas em regiões administrativas e são organizadas em dez áreas programáticas de saúde (AP).

A XIX^a R.A. abrange os bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência, onde estão distribuídas 18 unidades básicas de saúde, sendo: 1 Centro Municipal de Saúde (CMS), 08 Postos de Saúde (PS), 08 Unidades de Saúde da Família/PSF e 1 Unidade do Programa de Agentes

Comunitários (PACS). Há um único Hospital Estadual Geral, que possui emergência, leitos de maternidade e de UTI adulto e neonatal. Existe, também, uma Casa de Saúde conveniada com o SUS que não faz atendimento à gestante e à criança e, as demais são clínicas privadas de pequeno e médio porte.

As unidades de saúde da rede básica estão sob a Coordenação de Saúde da Área Programática 5.3 (CAP 5.3).

4.2 - Sujeitos e Métodos

O estudo compreende uma amostra de gestantes que realizaram consultas de pré-natal em unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da AP 5.3, localizadas na XIXª R.A., no ano de 2007.

Trata-se de um estudo do tipo transversal e descritivo.

Foi utilizada uma amostra aleatória das gestantes que realizaram a consulta de primeira vez e nova matrícula no programa de Pré-natal, das unidades básicas de saúde, de acordo com os seguintes parâmetros: frequência de 50% para adequação da assistência PN, poder de teste de 75% e Intervalo de Confiança de 90%.

Para obtenção dos dados foram selecionados os prontuários registrados no SIGAB (Sistema de Informação Gerencial de Atenção Básica), utilizado nos postos de saúde, como consulta de 1ª vez e nova matrícula no programa de assistência pré-natal. Nas unidades do PSF foram selecionados os prontuários das gestantes, de acordo com o cadastramento das famílias pelos agentes comunitários de saúde, no período de 2007.

Foi excluída, do processo de amostragem, uma unidade que não estava desenvolvendo o programa de PN e a unidade do PACS, uma vez que as gestantes residentes em suas áreas de abrangência são referenciadas para outras unidades de saúde próximas.

As informações sobre o processo da assistência PN foram obtidas do impresso de Controle

Pré-natal, disponível no prontuário das gestantes selecionadas, com a utilização de um Roteiro para Avaliação dos Prontuários. Quando o referido impresso não constava no prontuário selecionado, eram analisados os registros relativos às consultas de acompanhamento pré-natal, no mesmo.

A avaliação dos dados teve como foco o registro: da idade gestacional de início no pré-natal, da vacinação antitetânica, dos exames laboratoriais de rotina (hemograma (hemoglobina/hematócrito), glicemia de jejum, grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL) e toxoplasmose, testagem anti-HIV, exame de urina tipo1 (EAS) e parasitológico de fezes (EPF)), das medidas/aferições do impresso de Controle Pré-natal, do Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, da quantidade de consultas, do exame ginecológico preventivo, da anamnese, dos dados de morbidade e fatores de risco, da referência e contra-referência e da consulta puerperal.

A informação sobre as ações técnico-operacionais foram obtidas nas entrevistas com os gestores das unidades, que pode ter sido o diretor ou o coordenador de programas ou o chefe do programa materno-infantil, assim como o médico e/ou enfermeiro do programa pré-natal.

Para verificação da estrutura foi agendada uma visita de observação, na unidade, e, neste mesmo dia, foram realizadas as entrevistas e a obtenção dos dados dos prontuários.

As entrevistas foram feitas com um questionário único, com perguntas fechadas e abertas, que foi testado em uma das unidades de saúde da área, assim como o roteiro para avaliação dos prontuários. O questionário foi composto pelas dimensões: normativa, de gestão, de insumos e de recursos humanos.

As gestantes selecionadas e os desfechos foram localizados no SINASC (Sistema de Informação Nacional de Nascidos Vivos) e no SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). Os referidos Sistemas de Informação são alimentados nas máquinas instaladas na CAP 5.3 e

enviados, periodicamente, pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Gerência de Informações de Dados Vitais, o banco com os dados do MRJ.

Os dados provenientes das entrevistas e dos prontuários selecionados foram tabulados no Microsoft Excel 2007 e Epi-Info 3.4, e os resultados apresentados de forma descritiva.

Foram elaboradas duas matrizes, uma para avaliação da assistência ao pré-natal, baseada nos indicadores de processo e a outra, para avaliação dos desfechos, com base nos indicadores de resultado, definidos pelo MS ⁶ (quadro I e III).

A realização do estudo na AP 5.3/XIX^a R.A foi autorizada pela Coordenação de Saúde, com o compromisso da pesquisadora de apresentar a conclusão deste à referida coordenação.

Em anexo, o Termo para o Consentimento Livre e Esclarecido, para os profissionais entrevistados, assim como a autorização da CAP 5.3, o roteiro para avaliação dos prontuários, o questionário para as entrevistas e o cronograma das atividades do estudo.

RESUMO

Estudo transversal, descritivo, para avaliação da assistência Pré-natal oferecida à população da XIXª R.A., do município do Rio de Janeiro, através da estrutura, do processo e do desfecho da gestação. Foram entrevistados os gestores/profissionais de saúde das 16 unidades básicas, inclusive as do PSF, e verificados os registros referentes à assistência em 184 prontuários, cuja seleção foi aleatória. Em relação à estrutura não foram evidenciadas deficiências nos aspectos físicos, materiais e financeiros. Porém, quanto aos recursos humanos que, embora quantitativamente suficientes, não o foram qualitativamente. Verificou-se a inadequação da assistência, com a utilização dos indicadores de processo do Ministério da Saúde, tendo como fator relevante à falta de registros. Quanto aos desfechos foram utilizados os indicadores de resultado e não foi encontrada relação entre número de consultas e frequência de baixo peso ao nascer e prematuridade, o mesmo observado para o início do PN. Serão realizados um seminário e oficina sobre a assistência PN, bem como treinamentos em serviço, objetivando a melhoria da assistência oferecida na área.

Palavras chaves: *Pré-natal; avaliação; indicadores de processo.*

ABSTRACT

Study cross-descriptive, for evaluation of pre-natal care offered to people of nineteenth-RA, the municipality of Rio de Janeiro, through the structure, process and the outcome of pregnancy. Managers / health care professionals from 16 basic units, including those of the FHP, were interviewed and records concerning assistance in 184 records, whose selection was random, were checked. In relation to the structure, there were not any highlighted shortcomings in physical, material and financial aspects. But as human resources that although quantitatively sufficient, have not been so qualitatively. An inadequacy of assistance, with the use of process indicators of the Ministry of Health, was noticed, being the lack of records a relevant factor. As for the outcomes, indicators of outcome were used and no relationship was found between the number of consultations and frequency of low birth weight and prematurity, the same observed for the beginning of the PN. Will be held a seminar and workshop on the PN assistance, as well as training in service, aiming to improve assistance offered in the area.

Key words: *Prenatal care; evaluation; indicators of process.*

INTRODUÇÃO

As elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis constituem, atualmente no Brasil, fatos particularmente marcantes, na área de saúde materno-infantil, na qual a assistência pré-natal de qualidade é fundamental na redução destas taxas. Garantir uma assistência adequada significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem-estar da gestante e seu concepto.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), devem ser assegurados para uma assistência efetiva: a captação precoce da gestante; o controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamentos e instrumentais mínimos; instrumentos de registro e estatística; medicamentos básicos; apoio laboratorial; sistema eficiente de referência e contra-referência; e avaliação das ações da assistência pré-natal ¹.

Entre os indicadores empregados para o estudo da adequação do cuidado pré-natal, evidenciam-se dois grupos distintos: os de utilização ou quantitativos; e os de conteúdo ou de processo ou qualitativos. A maioria das investigações se concentra no uso dos indicadores quantitativos, através de informações sobre a idade gestacional de início do cuidado, e o número de consultas de pré-natal, isoladas ou combinadas, controladas ou não pela duração da gestação ².

Para estimar a qualidade dos serviços, diversos autores têm recomendado a análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando o estudo do processo como a melhor forma para se investigar o conteúdo da atenção oferecida no nível primário de atenção.

O estudo da estrutura avalia as características dos recursos empregados na atenção à saúde (físicos, humanos, materiais e financeiros) e as medidas que se referem à organização administrativa da atenção, de acordo com as normas vigentes.

Vários autores vêm apontando possíveis obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal, destacando-se a dificuldade para fixar recursos humanos nas unidades básicas de saúde, a carência de infra-estrutura, a retaguarda laboratorial insuficiente e a descontinuidade da oferta de medicamentos básicos³. Acrescente-se a esses fatores, o não cumprimento das normas e rotinas do programa de assistência, principalmente a inadequação e/ou falta de registro das consultas.

Para Sánchez-Centurión, 1996 apud Koffman et al⁴ *“o processo de avaliação qualitativa da assistência pré-natal apresenta algumas dificuldades, pois trata da observação do resultado frente aos serviços recebidos ou que deveriam ser recebidos, acrescido o fato de que o binômio mãe-filho encontra-se inserido em um contexto socioeconômico mais amplo, capaz de influenciar o resultado desejado.”*

Em função dessas dificuldades, em nosso meio, os estudos que visam avaliar a qualidade dos serviços são escassos, a despeito da importante contribuição para redução da morbimortalidade materna e perinatal⁵. Torna-se relevante a realização de estudos nesta área e a avaliação dos programas de saúde na atenção básica, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade da atenção oferecida nos serviços de saúde e auxiliar aos gestores na organização destes.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a assistência pré-natal oferecida à população da XIXª Região Administrativa (R.A.), do Município do Rio de Janeiro, através da análise da estrutura e do processo e da verificação do desfecho da gestação, visando o desenvolvimento das ações técnico-operacionais quanto ao suporte existente e ao cumprimento das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

MÉTODOS

O estudo, transversal e descritivo, foi realizado na Área Programática 5.3 (AP-5.3), da

Prefeitura do Rio de Janeiro, Secretaria municipal de Saúde (SMS-RJ), que abrange os bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência, da XIX^a RA., onde estão distribuídas as 16 unidades municipais de saúde estudadas.

A população foi constituída por uma amostra aleatória das gestantes (n=184) que realizaram a consulta de primeira vez e nova matrícula no programa de assistência pré-natal (PN), no ano de 2007. Foram utilizados os seguintes parâmetros: frequência de 50% para adequação da assistência, poder de teste de 75% e intervalo de confiança de 90%, para cada unidade de saúde.

Para obtenção dos dados foram selecionados os prontuários registrados no SIGAB (Sistema de Informação Gerencial de Atenção Básica), utilizado nos postos de saúde, como consulta de 1^a vez e nova matrícula no programa de assistência pré-natal. Nas unidades do PSF foram selecionados os prontuários das gestantes, de acordo com o cadastramento das famílias pelos agentes comunitários de saúde.

Para verificação da estrutura e avaliação das ações técnico-operacionais, foram agendadas visitas de observação nas unidades bem como a realização das entrevistas com os gestores e/ou com os profissionais envolvidos diretamente na assistência pré-natal. Foram utilizados como parâmetros para a avaliação da área física, equipamentos/instrumentais e apoio laboratorial, os requisitos para desenvolvimento das ações, preconizados pelo MS⁶.

As entrevistas foram realizadas com um questionário único, com perguntas fechadas e abertas, que foi testado em uma das unidades de saúde da área. O questionário foi composto pelas dimensões: normativa, de gestão, de insumos e de recursos humanos.

As informações sobre o processo da assistência pré-natal foram obtidas do impresso de controle pré-natal, assim como demais informações contidas nos prontuários das gestantes

selecionadas. Foi utilizado um roteiro, previamente testado, para avaliação dos prontuários, em uma das unidades.

A informação obtida nos prontuários teve como foco o registro: das medidas/aferições do impresso de controle pré-natal; do gráfico de acompanhamento nutricional da gestante; da anamnese; de dados de morbidade ou fatores de risco; da solicitação ou do resultado dos exames laboratoriais de rotina (hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para toxoplasmose, testagem anti-HIV, exame de urina tipo 1 (EAS), parasitológico de fezes (EPF)); do exame ginecológico; da vacinação anti-tetânica; da idade gestacional de início de pré-natal; da quantidade de consultas; da consulta puerperal e de referência e contra-referência.

A fim de identificar o desfecho da gestação, foi realizada a busca nominal das gestantes selecionadas, no SINASC (Sistema de Informação Nacional de Nascidos Vivos). Buscou-se, também, identificar os óbitos perinatais e de morte materna, no SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). Do total de 184 gestantes selecionadas, 113 tinham a data provável do parto (DPP) até o dia 12/02/2008 e foram encontrados 85 desfechos.

Os referidos Sistemas de Informações são alimentados nas máquinas instaladas na CAP 5.3 e periodicamente são enviados para a área, o banco com os dados do MRJ, pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Gerência de Informações de Dados Vitais.

Foram utilizadas matrizes para avaliação do processo e do desfecho baseadas nos indicadores estabelecidos pelo MS⁶ (quadro I e III).

Os dados obtidos nas entrevistas e nos prontuários selecionados foram tabulados no Microsoft Excel 2007 e Epi-Info 3.4 e os resultados apresentados de forma descritiva.

A realização do estudo foi autorizada pela Coordenação de Saúde da Área Programática

(CAP) 5.3 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, parecer CEP/ENSP - 83/07.

RESULTADOS

Estrutura e insumos

Das Unidades Básicas de Saúde (UBS) avaliadas, 08 são Postos de Saúde (PS) e 08 são unidades do Programa de Saúde da Família (PSF).

Todos os PS possuem pelo menos 01 consultório para atendimento exclusivo de gineco-obstetrícia, perfazendo um total de 18 consultórios.

Os consultórios estão equipados com a mesa obstétrica, escada de dois degraus, mesa e cadeiras, foco de luz, sonar Doppler, estetoscópio de Pinard, material para coleta de exame colpocitológico (potes, álcool à 70%, lâmina fosca, espéculos esterelizados e descartáveis, campos fenestrados esterelizados e avental para paciente) e demais materiais necessários para atenção pré-natal. A balança para peso e altura e o aparelho de pressão arterial com estetoscópio ficam, na sala de pré-consulta, com os auxiliares de enfermagem que realizam as aferições e registram nas fichas centrais dos prontuários.

Nas unidades do PSF há 32 salas para atendimento clínico. Em pelo menos um dia da semana um profissional atende especificamente o pré-natal com agendamento, embora os demais profissionais façam atendimento sempre que necessário. Ao contrário do PS, as aferições de peso e estatura, bem como da pressão arterial são realizadas pelo médico ou enfermeiro que prestam assistência.

Em 12 unidades (75%) há sala para realização de atividades educativas com as gestantes. Onde não há sala exclusiva para essa atividade utilizam-se outros espaços como, consultórios, copa e/ou pátio da unidade. Algumas unidades do PSF realizam atividades extra-muros, ou seja,

fazem contatos com as escolas e outras instituições próximas, para utilização do espaço físico, porém não há regularidade.

Em 14 (88%) unidades estudadas, não houve relato de falta de equipamentos necessários para assistência (aparelho de pressão arterial, balança,...). Quanto aos instrumentais, em uma delas havia falta do disco para aferição do Índice de Massa Corporal (IMC) e, em outra, faltava, além desse, o disco obstétrico. Nessa mesma unidade, também, o sonar estava com defeito, mas tinha o estetoscópio de Pinard.

Quanto aos impressos utilizados para a assistência, cada unidade providencia a realização das cópias. Nas unidades do PSF, as equipes comunicam ao Grupo de Apoio Técnico (GAT) a necessidade de reposição.

Um dos PS não utiliza a Ficha de Controle Perinatal ou Pré-natal e outras 05 unidades não utilizam o gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante; 02 unidades fazem os registros na ficha de evolução do prontuário e uma delas registra também no contra-arquivo do setor de gineco-obstetrícia.

Em relação ao abastecimento de medicamentos, não houve relato de falta dos mesmos para a assistência pré-natal.

Existe uma grade de medicamentos da Atenção Básica, pactuada pelo MS, que periodicamente é avaliada pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica junto às Gerências de Programas de Saúde da SMS/RJ, a fim de atender às necessidades das unidades para a assistência da população. Há, também, para cada CAP um orçamento, previsto anualmente, que pode ser utilizado para comprar medicamentos que não estão contemplados na grade da Atenção Básica, assim como kits para processamento laboratorial.

Além disso, existe um contrato com empresa de engenharia, para cada unidade e CAP,

cujo orçamento também é estabelecido anualmente, destinado a obras e manutenção da estrutura e equipamentos.

Recursos humanos

Quando se avalia a disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem, no ano, vê-se que o quantitativo ofertado é quase o dobro do necessário para atender ao critério mínimo recomendado pelo MS, que é o de seis consultas/gestante (Tabela 1). Vale ressaltar que, em algumas unidades, o quantitativo de consultas médicas ofertadas é destinado para atenção obstétrica e ginecológica, logo não exclusivamente para o programa de atenção pré-natal, priorizando-se, no entanto, o atendimento à gestante.

Tabela 1 - Número de consultas de pré-natal necessárias e ofertadas nas unidades de saúde.
XIXª R.A. - 2007

Unidade	Gestantes estimadas	Nº de consultas necessárias/ano	Oferta de consultas médicas/ano	Oferta de Consultas de Enf/ano	Total oferta consultas médicas + de Enf
A	1416	8496	8320	1872	10192
B	355	2130	3744	1040	4784
C	141	846	4160	1040	5200
D	305	1830	1664	1248	2912
E	355	2130	1040	3160	4200
F	514	3084	1040	3744	4784
G	229	1374	1664	7488	9152
H	355	2130	3744	624	4368
I	248	1488	940	1664	2604
J	432	2592	1664	4368	6032
K	229	1374	1320	1040	2360
L	108	648	728	728	1456
M	166	966	1092	780	1872
N	101	606	624	624	1248
O	495	2970	2720	4992	7712
P	210	1260	2016	2496	4512
Q	425	2550
R	266	1596
TOTAL	6350	38070	36480	36908	73388

- Estimativa das gestantes: total de nascidos vivos (2006) acrescidos de 11%

- Cálculo das consultas necessárias: mín. 06 consultas de PN por gestante

- Unidades Q e R: são as 02 que não oferecem atenção PN

Em 07 unidades (44%) as consultas de pré-natal são intercaladas entre o médico e o enfermeiro, sendo priorizada a primeira consulta pelo enfermeiro e as do final da gestação pelo médico. Em outras 07 (44%), o enfermeiro realiza apenas a consulta de primeira vez e o médico faz o acompanhamento, e, em 02 unidades (13%) tanto o médico quanto o enfermeiro acompanham todo o pré-natal.

Em relação aos recursos humanos, a área tem dificuldade de fixação de profissionais médicos, porém no período estudado as 16 Unidades possuíam ao menos 01 ginecologista no quadro de profissionais.

Apenas 02 unidades relataram um período (1 a 3 meses) sem profissional para realizar a assistência pré-natal. Em uma delas a gestante era agendada numa unidade próxima, e, na outra, orientavam a gestante a procurar outro PS. Em 01 unidade houve falta de médico; o enfermeiro atendia as gestantes e quando havia intercorrência referenciava a outro PS da área.

As unidades de saúde têm em seus quadros de recursos humanos profissionais com vínculo do tipo celetista, estatutário e cooperativado. Em 4 unidades do PSF encontram-se os profissionais celetistas, contratados pelas Organizações Não Governamentais (ONG). Nos PS e demais unidades do PSF, total de 12, há cooperativados e estatutários. Porém destas, 4 unidades têm lotados, somente, profissionais cooperativados.

Organização da assistência Pré-natal

Na maioria das unidades (75%), há grupo de gestantes, que são geralmente realizados por enfermeiros com participação, em algumas delas, de outros profissionais tais como: fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem e, em uma unidade, o médico.

Para o diagnóstico da gravidez, das mulheres que procuram as unidades de saúde com atraso menstrual de até 16 semanas, é ofertado o TIG – Teste Imunológico da Gravidez.

Para a realização do TIG as unidades fazem orientações à clientela sobre o período ideal, a coleta do material para o teste, entre outras. Em 4 unidades essas orientações são feitas em grupo e nas demais, individualmente. Nas duas situações, as orientações são dadas pelo enfermeiro e/ou técnico de enfermagem.

Segundo a orientação da CAP 5.3 o TIG deve ser oferecido diariamente, inclusive aos sábados, tanto no turno da manhã quanto no turno da tarde, se houver demanda. Contudo, observou-se que, apesar da maioria das unidades seguir essa orientação, ainda há aquelas que não o fazem, como: 01 unidade realiza em dias alternados, outra oferece uma vez por semana, 03 realizam diariamente pela manhã e 02 que realizam diariamente, exceto aos sábados. Estas últimas são unidades do PSF, que não funcionam aos sábados.

A única exigência relatada, para a realização do TIG, é de que a urina seja coletada na unidade de saúde.

A captação das gestantes, em 11 unidades, se dá por demanda espontânea mais a oferta do TIG. Em 05 unidades de PSF a captação é feita, também, pelos ACS.

A maioria das unidades segue a orientação do MS na captação precoce das gestantes, priorizando o atendimento no primeiro trimestre da gravidez. O atendimento pode se dar com reservas de vagas na agenda, em 07 unidades; por “encaixe”, em 03; no dia da procura pelo mesmo, ou é feito o agendamento para a data mais próxima, nas outras 05 unidades. Apenas 01 unidade faz reserva de vaga, somente para gravidez avançada.

A SMS/RJ tem um fluxo de referência e contra-referência para a gestação de alto risco. Na AP 5.3, a referência é a Maternidade Carmela Dutra, situada na AP 3.2. Por facilidade de acesso (transporte) e dificuldades financeiras, às vezes, algumas gestantes, na situação de alto risco, são encaminhadas à Maternidade Alexander Fleming, acessível por trem. Outras maternidades de

referência são as dos hospitais gerais, como o Hospital Estadual Pedro II, em Santa Cruz, e Hospital Estadual Rocha Faria, situado em Campo Grande, área vizinha.

Para o controle da absorção das gestantes de alto risco 05 unidades o fazem através da visita do ACS, 02 através dos registros no arquivo do pré-natal, outras 02 realizam agendamento para retorno e/ ou visita domiciliar e 04 apenas solicitam retorno à unidade. Não houve relato de problemas sobre a absorção das gestantes nas maternidades.

Existe também, na área, um serviço que oferece assistência multiprofissional à gestante adolescente, que funciona no Hospital Estadual Pedro II, denominado CEAMA – Centro de Atendimento à Mulher Adolescente, que atende a gestantes até 19 anos e jovens de 20 a 24 anos. As unidades estão orientadas a utilizar o serviço como referência.

Consultas realizadas

Observa-se na tabela 2 que, 105 (57%) gestantes realizaram 06 ou mais consultas.

Quanto à idade gestacional (IG), verifica-se que 140 (76%) gestantes foram captadas até a 16ª semana de gestação (tabela 3).

Tabela 2 – Total de Gestantes de acordo com o número de consultas de PN realizadas.

Nº de Consultas	Nº de Gestantes	%
1 a 2	14	8
3 a 4	38	21
5	27	15
6	30	16
7 a 10	70	38
11 ou mais	5	3
TOTAL	184	100

Tabela 3 – Total de gestantes que iniciaram o PN de acordo com a IG em semanas.

IG de início do PN	Nº de Gestantes	%
Até 12	105	57
13 a 16	35	19
17 a 20	19	10
21 a 24	15	8
25 a 28	8	4
29 a 32	2	1
TOTAL	184	100

Quanto a história de gestação anterior, das 44 gestantes captadas com mais de 16 semanas de IG, 24 (55%) tinham registro de duas gestações ou menos (G=II a G=0), seguidas por 8 (18%) com G=III e 7 (16%) com G=IV ou mais.

Em relação à faixa etária das gestantes, 41 (22%) estavam na faixa de 14 a 19 anos, 62 (34%) na faixa de 20 a 25, 47 (26%) na faixa de 26 a 31, e 34 (19%) na faixa de 32 anos ou mais de idade.

A atenção à mulher, na fase puerperal, é feita em 09 unidades durante o Acolhimento mãe-bebê, preconizado pelo Programa de Saúde da Criança, e, neste momento, é agendada a consulta médica. Em 05 unidades do PSF, é realizada a visita domiciliar para o acolhimento; em 01 unidade a consulta puerperal é realizada pela enfermeira, e, em outra, no acolhimento mãe-bebê ou na retirada de pontos cirúrgicos (cesáreo e episiorrafia).

Não foi identificado o registro da consulta puerperal em 71 (63%) dos 184 prontuários avaliados (tabela 4).

Tabela 4 - Registro da consulta puerperal, acolhimento mãe-bebê ou visita domiciliar nos prontuários selecionados, das mulheres com DPP até 12/02/2008 (n=113).

Consulta/acolhimento ou visita domiciliar	Sim	
	Nº	%
Consulta Puerperal	33	29
Acolhimento mãe-bebê/visita domiciliar	11	10
Sem registro	71	63
Total	113	100

- DPP: Data Provável do Parto.

- Não foram incluídos 71 prontuários devido a DPP posterior a 12/02/08.

Em relação à adesão, verificou-se que mais de 20% das gestantes abandonaram o programa de pré-natal. Em algumas unidades esse percentual foi ainda maior, uma delas atingiu 50%.

Quanto à busca das pacientes faltosas e dos abandonos não houve registro desta atividade pelas unidades, exceto em uma delas que relatou um telefonema.

Avaliação dos registros nos prontuários

Ao avaliar os registros de medidas/aferições na Ficha Perinatal ou Controle do Pré-natal, verificou-se que, dos 184 prontuários selecionados, 154 (84%) continham a Ficha Perinatal

preenchida, 14 (8%) só em parte, 02 (1%) não estavam preenchidas e, em 14 (8%) não existiam fichas anexadas. Destes 14 prontuários sem a ficha, 12 são de uma única unidade.

Em relação à utilização do gráfico de acompanhamento nutricional da gestante, observou-se que o mesmo não é utilizado na maioria das Unidades, que não o têm afixado ao prontuário ou não estava preenchido.

Quanto ao registro da anamnese, dos 184 prontuários avaliados apenas 87 (47%) tinham o registro.

Tendo em vista que o PN é uma oportunidade de oferta de exames preventivos à população feminina, principalmente aqueles relacionados ao câncer de colo uterino, observou-se que em apenas 103 prontuários (56%) havia o registro de solicitação e/ou resultado de colpocitologia oncótica.

Os exames laboratoriais realizados na rotina do pré-natal são oferecidos em todas as unidades de saúde, que realizam a coleta do material e encaminham ao laboratório que está centralizado no CMS da área.

A coleta do material para os exames é realizada diariamente em 15 unidades, e, em apenas 01, duas vezes por semana.

O laboratório do CMS faz o processamento dos exames de urina (EAS), fezes (EPF) e sangue (hematócrito e hemoglobina (HT/Hb), tipagem sangüínea e fator Rh, VDRL e a glicemia de jejum). O material para as sorologias anti-HIV e toxoplasmose são encaminhados para outro laboratório, de uma unidade municipal situada na AP 5.2, área vizinha à região.

Quanto ao tempo para retorno dos resultados dos exames, aqueles que são processados no CMS da área, demoram cerca de 07 a 15 dias e os resultados das sorologias em torno de 01 a 02 meses.

De acordo com a tabela 5, o registro dos resultados dos exames laboratoriais de rotina, não alcançou 100%, nos prontuários selecionados. O resultado de maior registro foi o da tipagem sanguínea e fator Rh (78%), seguido do VDRL (73%) e pelo HT/Hb (72%).

Tabela 5 - Registro dos resultados dos exames laboratoriais de rotina, nos 184 prontuários selecionados.

Exames	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
VDRL	134	73	50	27
Toxoplasmose	96	52	88	48
Anti-HIV	113	61	71	39
EAS	120	65	64	35
EPF	59	32	125	68
HT/Hb	132	72	52	28
Glicemia de jejum	122	66	62	34
Tipagem sang e Rh	144	78	40	22

Observa-se que dos exames sem resultado registrado mais de 57% foram solicitados e que a falta do resultado pode ser decorrente de sub-registro ou a ausência do retorno do mesmo à unidade de saúde (tabelas 5 e 6).

Tabela 6 - Comparativo dos exames laboratoriais sem resultado com o registro da solicitação e os sem informação.

Exames	Sem resultado	Solicitados		Sem Informação	
		Nº	%	Nº	%
VDRL	50	38	76	12	24
Toxoplasmose	88	64	73	24	27
Anti-HIV	71	58	82	13	18
EAS	64	49	77	15	23
EPF	125	71	57	54	43
HT/Hb	52	40	77	12	23
Glicemia de jejum	62	41	66	21	34
Tipagem sang. e Rh	40	18	45	22	55

É recomendação do MS que, as solicitações de sorologia Anti-HIV, VDRL, glicemia de jejum e EAS sejam repetidas próximas à 30ª semana de gestação, de acordo com o manual técnico para Atenção Pré-natal e Puerpério, de 2006, cuja primeira edição foi em 2005, e do

Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, em 2000^{6,8}. Entretanto, no manual técnico editado em 2000⁷, a recomendação é de solicitação na primeira consulta e quando houver alterações ou for necessário; exceto para o exame VDRL, cuja orientação é, no caso do primeiro ter sido negativo, repeti-lo no terceiro trimestre.

No momento de avaliação dos prontuários, para 34 das 184 gestantes não havia, ainda, indicação da segunda solicitação de exames, de acordo com a idade gestacional. Nos prontuários considerados na análise, do total de 150, em 57 (38%) não havia registro de solicitação; em 49 (37%), a mesma ocorreu antes do prazo e em apenas 44 (29%), foi realizada conforme recomendado, ou seja, a partir da 30^a semana.

Não havia informação sobre o motivo da solicitação de exames antes do prazo recomendado.

Indicadores de Processo

Uma matriz de avaliação da assistência ao pré-natal foi elaborada com base nos indicadores de processo estabelecidos pelo MS⁶ (quadro I).

Quadro I – Matriz de Avaliação do Processo da Assistência Pré-natal.

Percentual de gestantes inscritas no programa que realizaram a 1ª consulta até o 4º. mês, em relação à população alvo	Nº de gestantes que realizaram a 1ª consulta na Unidade, com IG até 16 semanas / nº de prontuários selecionados na Unidade x 100
Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal	Nº de gestantes que realizaram no mín. 6 consultas / nº de prontuários selecionados na Unidade x 100
Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	Nº de gestantes que realizaram no mín. 6 consultas e a consulta de puerpério / nº de prontuários selecionados na Unidade x 100
Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal e todos os exames básicos	Nº de gestantes que realizaram no mín. 6 consultas e todos os exames básicos / nº de prontuários selecionados na Unidade x 100
Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos	Nº de gestantes que realizaram no mín. 6 consultas e consulta de puerpério e todos os exames básicos / nº de prontuários selecionados na Unidade x 100
Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica	Nº de gestantes imunizadas / nº de prontuários selecionados na Unidade x 100
Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo 6 consultas, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica	Nº de gestantes que realizaram no mín. 6 consultas e consulta de puerpério e todos os exames básicos e o teste anti-HIV e a imunização antitetânica / nº de prontuários selecionados na Unidade x 100

Em relação aos exames básicos, o MS considera como rotina mínima a ser solicitada os seguintes exames: dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (HT), grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia de jejum, exame sumário de urina (tipo 1 ou EAS), sorologia anti-HIV, e sorologia para toxoplasmose e hepatite B, onde houver disponibilidade. A sorologia para hepatite B não faz parte do screening da SMS-RJ, razão pela qual não foi incluída como exame básico no quadro II.

A vacina utilizada para a imunização contra o tétano é a dT (composta pelo toxóide diftérico e tetânico) ou dupla bacteriana. Considera-se gestante imunizada quando há registro de no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa.

Quadro II – Avaliação do Processo da Assistência Pré-natal, na AP 5.3 – XIXª R.A., RJ, 2007.

UBS	prontuários sel.	% de gestantes que realizaram a 1ª. consulta até o 4º. mês	% de gest. insc. que real. no mín. 6 cons.	% de gest insc. que real. no mín. 6 cons. + a cons. puerperal	% de gest. insc. que real. no mín. 6 cons. e td os exames	% de gest. Insc. que real. no mín. 6 cons. + a cons. puerperal e td os exames	% de gest. insc. imunizadas com dt	% de gest. insc. que real. no mín. 6 cons + a cons. puerperal, td os exames, o teste anti-HIV e a imunização com dt
A	11	55	27	0	9	0	18	0
B	7	43	57	29	57	29	86	29
C	5	100	80	40	20	0	60	0
D	10	100	60	20	40	20	90	20
E	7	86	71	0	14	0	43	0
F	10	50	70	10	40	0	100	0
G	9	67	78	44	33	22	89	22
H	6	67	67	50	50	50	67	17
I	6	67	50	50	50	50	83	50
J	9	89	78	44	11	0	100	0
K	5	100	60	20	40	20	60	0
L	5	100	80	20	60	20	100	20
M	7	29	57	14	57	14	86	14
N	7	57	86	29	43	29	100	29
O	4	75	75	25	0	0	75	0
P	5	40	100	80	80	40	60	40
AP	113	69	66	27	37	17	76	14

- Para o cálculo foram utilizados os prontuários com registro da DPP até 12/02/2008 (n=113).

De acordo com o quadro II, o indicador “inscrição de gestante e realização da primeira consulta até o quarto mês”, das 16 unidades, 11 apresentaram percentuais acima de 50% e, destas, apenas 03 alcançaram 100%.

O indicador sobre a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal só foi atingido por 01 unidade e quando se acrescenta ao indicador a realização da consulta puerperal, essa única

unidade apresenta o percentual de 80%. Em 3 unidades o resultado foi igual à zero e o percentual atingido pela área foi de 27%.

À medida que outros indicadores são acrescentados ao processo, tais como: exames básicos, exames básicos e a consulta de puerpério, mais o teste anti-HIV e a imunização antitetânica, observa-se, ainda mais, queda no desempenho das unidades. Sendo o percentual atingido pela área de 14%, extremamente baixo.

No tocante ao percentual de gestantes inscritas e imunizadas contra o tétano, apenas 04 unidades atingiram 100% de cobertura.

Desfecho da Gestação

Para conhecer os desfechos das gestações foi utilizado o banco de dados do SINASC, onde constam 83 Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e o banco de dados do SIM, onde foi encontrado uma Declaração de Óbito (DO) fetal e uma de óbito neonatal precoce. Logo das 184 gestantes contidas na amostra esperava-se o registro de 113 desfechos (tabela 4) e foram verificados 85 (75%). Acrescentando os registros contidos nos prontuários, a soma de DNV e DO verificou-se, 99 relatos de partos (88%).

Quanto ao bairro de ocorrência do parto, o maior percentual foi em Santa Cruz (74%), seguido por Campo Grande (13%). Os registros de partos em outros bairros incluem os ocorridos na Maternidade Carmela Dutra, no Lins Vasconcelos e na Maternidade Alexander Fleming, em Marechal Hermes.

Em relação ao tipo de parto foram registrados 71 partos vaginais (72%), 27 cesáreos (27%) e 01 sem identificação. Do total dos partos cesáreos, 17 ocorreram em Santa Cruz.

Indicadores de resultado

Para avaliação dos desfechos foi elaborada uma matriz, baseada nos indicadores de resultado, definidos pelo MS⁶ (quadro III).

Quadro III – Matriz de avaliação do desfecho da gestação.

Proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso em relação ao total de recém-nascidos vivos (Município)	Nº de recém nascidos vivos com baixo peso encontrados na amostra / nº total de desfechos encontrados na amostra x 100
Proporção de recém-nascidos vivos prematuros em relação ao total de recém-nascidos vivos (Município)	Nº de recém nascidos vivos prematuros encontrados na amostra / nº total de desfechos encontrados na amostra x 100

Para calcular as proporções da área foi utilizado o total de DNV, contidas no SINASC (n=5316) e para as proporções da amostra utilizou-se o total de desfechos encontrados na mesma (n=84).

Vale ressaltar que dos 85 desfechos encontrados, como relatado anteriormente, 01 foi de óbito fetal (nascido morto), com peso de 2.210 gramas (g), duração de 32 a 36 semanas de gestação, parto vaginal, que não foi incluído para o cálculo.

Ainda sobre o óbito fetal verificado, cuja causa básica descrita foi - afecções originadas no período perinatal não especificada (CID 10 –P969), de acordo com os registros no prontuário, a gestante utilizou Citotec (medicamento que pode causar o aborto), apresentou perdas de líquido amniótico, o resultado do VDRL estava alterado (1: 16) e seu tratamento foi feito com eritromicina, devido a relato de alergia a penicilina (logo não é considerada adequadamente tratada). Além disso, há relato do companheiro ter se negado a comparecer a unidade para tratamento. Na consulta puerperal relatou ter apresentado aumento da pressão arterial e convulsões, durante a internação para o parto.

Dos 84 recém-nascidos (RN) com desfechos negativos foram encontrados 08 RN com peso abaixo de 2.500g, dando um percentual de 9,5%, sugerindo que o encontrado na amostra segue a tendência observada na área, que foi de 9,8%⁹.

Tabela 7- Relação da duração da gestação e o peso ao nascer segundo os dados do SINASC, ano 2007, XIX^aR.A., MRJ.

Duração da Gestação em semanas	Peso ao Nascer em gramas					
	N	%	< 2500	%	≥ 2500	%
32 a 36	7	8,3	5	5,9	2	2,4
37 a 41	76	99,4	3	3,6	73	86,9
IGN	1	1,2	0	0	1	1,2
TOTAL	84	100	8	9,5	76	90,5

Em relação à duração da gestação, foram encontrados 07 RN com IG menor que 37 semanas, ou seja, prematuros (tabela 7). O percentual atingido em relação aos 84 desfechos foi de 8,3% e para o total de DNV (n=5316) foi de 7,1%⁹.

Quanto ao número de consultas realizadas no PN verificou-se, nos registros, que dos RN com baixo peso e prematuridade (n=5), 04 apresentaram 6 ou mais consultas. Porém, dos RN a termo e com peso maior ou igual a 2.500g (n=84), 45 (54%) apresentaram 6 ou mais consultas; e 28 (33%) menos de 6 consultas.

Em relação à IG de início do PN e o peso ao nascer, dos 8 registros de baixo peso encontrados, 7 (88%) iniciaram com menos de 12 semanas.

Dos 85 desfechos encontrados não houve registro de muito baixo peso ao nascer (menor que 1.500g) nem de extremo baixo peso ao nascer (menor que 1.000g). Assim como não teve caso de gravidez múltipla que fosse possível relacionar com baixo peso ao nascer.

Quanto ao índice de Apgar no 5º minuto de vida e o baixo peso ao nascer, apenas 01 apresentou Apgar menor que sete, com peso maior que 2.500g, e foi identificado como óbito neonatal precoce, cuja causa terminal (alínea a, da DO) foi asfixia grave ao nascer, devido/conseqüência da aspiração meconial (alínea b) e persistência da circulação fetal (alínea c).

DISCUSSÃO

Na realização do estudo foram encontrados sérios limites para generalizações a respeito do resultado da avaliação como, a falta de registros da assistência oferecida, o tamanho da amostra que foi insuficiente para a avaliação dos desfechos, tendo em vista o alto número de perdas e assim não foi possível fazer análises que buscassem estabelecer associações e, também, há questões relativas à confiabilidade das informações obtidas nas entrevistas com os gestores. Além disso, os dados dos sistemas de informações, SIM e SINASC, estão sujeitos a revisões.

A estrutura dos serviços envolve desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos, os recursos humanos e materiais, até a organização da assistência.

A adequação do componente estrutura na qualidade da assistência à saúde prestada é de difícil mensuração, mas pode-se dizer que quanto mais adequada for a estrutura maior será a probabilidade da assistência de melhor qualidade¹⁰.

Observou-se que as Unidades de Saúde da área, em sua maioria, não apresentaram problemas quanto à estrutura física, a não ser em relação à local para realização de atividades educativas, como em algumas Unidades de PSF.

Das Unidades de PSF, 03 eram estruturas residenciais, que sofreram adaptação e foram alugadas para funcionarem como Unidades de Saúde da Família, porém não há espaço físico para atividades em grupo.

As atividades educativas fazem parte de um conjunto de ações em saúde que contribuem para uma melhor qualidade da assistência oferecida nos serviços. A valorização das vivências/experiências e o intercâmbio destas, além das informações sobre os aspectos fisiológicos, auxiliam para a compreensão das modificações que ocorrem no período gestacional e, ainda, uma maior interação paciente-profissional-serviço que é um dos elos mais importantes

no resultado da assistência. As unidades de saúde, em sua maioria, realizam atividades educativas com o grupo de gestantes, sendo organizada por enfermeiros, com a participação de outros profissionais. Essa atividade é muito valorizada pelos profissionais e mesmo naquelas onde não há espaço físico adequado, realizam-na em outros locais como, por exemplo, nas escolas públicas da área.

Com relação aos equipamentos, medicamentos e outros insumos, também, não foram observadas deficiências. Podemos destacar, ainda, a adequação para realização dos exames laboratoriais de rotina, cujos resultados retornam às Unidades num prazo satisfatório, excetuando-se as sorologias que demandam um tempo maior.

O MS preconiza a utilização de instrumentos de registros, tais como: o cartão da gestante, a ficha perinatal, a ficha de cadastramento de gestante e o mapa de registro diário (de consultas). Estes dois últimos destinam-se a alimentar o SISPRENATAL, programa introduzido em 2002 no Município do Rio de Janeiro. Desde então, as Unidades, em sua maioria, deixaram de utilizar o arquivo de controle do Programa de Pré-Natal, que facilitava a detecção e a busca de faltosas / abandonos. Isto, aliado ao fato de dificuldade no manuseio do programa para a obtenção dessas informações, pode ser um dos fatores determinantes para não realização de busca das gestantes faltosas. Contudo, isto não retira a responsabilidade das unidades que não deveriam ter abandonado um método sem ter outro totalmente implantado e avaliado, além do que deveriam ter se empenhado na busca das faltosas.

Em relação aos recursos humanos, a utilização de profissionais cooperativados, sem vínculo empregatício, gera uma grande rotatividade, que leva a necessidade de treinamentos constantes e ainda assim, não se pode garantir a existência de profissionais adequadamente treinados na área.

Na organização da assistência Pré-natal, a SMS-RJ estruturou um fluxo de referência e contra-referência para a gestação de alto e médio risco, sendo o baixo risco acompanhado totalmente na Unidade Básica.

Na área de estudo, algumas situações de médio e alto risco, são resolvidas nos PS da rede básica, principalmente no CMS que oferece consultas em demais especialidades.

Nas situações em que a gestante é encaminhada para maternidades / Hospitais, a paciente leva uma guia de referência / contra-referência, devendo voltar à unidade com parte de contra-referência preenchida, o que garante que ela foi absorvida. Apesar de esse controle ser importante para a avaliação da Assistência Pré-Natal, não foi encontrado nos prontuários nenhum relato da contra-referência, dificultando a avaliação quanto à absorção da gestante.

Além disso, a avaliação da referência e contra-referência da gestante de alto risco refletiu a falta do registro da anamnese em 87 prontuários (47%), uma vez que não havia dados para verificar a necessidade ou não da referência.

Estudo realizado por Silveira et al. identificou uma baixa frequência de registros, dos procedimentos considerados importantes no pré-natal, considerando, em parte, os sub-registros das informações e, em parte, por não estar sendo realizados em todos os momentos ¹¹.

No tocante ao número de consultas no Pré-Natal, o MS preconiza que todas as gestantes (100%) tenham pelo menos 06 consultas realizadas. Na amostra (n=113) verificou-se um percentual de 66% que realizaram no mínimo 6consultas, o que ficou bem aquém do preconizado, porém aproximou-se mais da meta pactuada pelo Município do Rio de Janeiro, para 2007, que é de 70 % ¹².

Quanto ao percentual de captação da gestante, observou-se que 76% (n=184), foram captadas no 1º trimestre, resultado, também, abaixo do recomendado (100%). Em estudo

realizado em uma microrregião de saúde do Ceará, nordeste brasileiro, cujo objetivo foi avaliar a cobertura da população assistida por equipes do PSF, o resultado encontrado foi de 58,2% de captação no primeiro trimestre¹³. Porém, já foi descrito em outros estudos que os percentuais de cobertura da atenção pré-natal nas regiões sul e sudeste são superiores as da região nordeste¹⁴, logo esperava-se encontrar percentual ainda maior, neste estudo.

No estudo realizado em maternidades da cidade do Rio de Janeiro que utilizou o índice de Kotelchuck para avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do RN, foi observado que 61,2% das puérperas realizaram 7 ou mais consultas, valor próximo do encontrado neste estudo, mas o percentual de captação no primeiro trimestre da gestação foi superior, com resultado de 83,4%¹⁵.

A consulta puerperal deve ser realizada até o 42º dia pós-parto⁶, embora a Gerência do Programa da Criança da SMS-RJ, informe que a cobertura pelo acolhimento mãe – bebê alcance 100%, os dados do estudo sugerem que o mesmo não ocorre para consulta puerperal, pois apenas em 39% dos prontuários analisados havia registro deste atendimento. Este resultado pode ser reflexo do sub-registro.

O estudo não considerou as características sócio-econômicas das gestantes como, por exemplo, o nível de escolaridade, fator que já teve a sua associação comprovada, por estudos anteriores^{11,15,16}, na aderência ao programa, o que poderia explicar essa situação, bem como a elevada taxa de abandono, verificada.

Quanto à avaliação do processo, à medida que se acrescentam outros indicadores, piora o desempenho das unidades. A falta de registros pode ter sido fator crucial desta situação. Vale ressaltar que, na unidade A, é observado um grande volume de vacinação das gestantes, na sala de aplicação de vacinas, fato que é contraditório ao percentual alcançado no indicador “gestantes

inscritas imunizadas com dt”, que foi de 18%. Além disso, não houve desabastecimento desta vacina no MRJ, no período estudado.

A realização de um número elevado de consultas no pré-natal não é garantia de assistência de qualidade, condição já observada em outros estudos que utilizaram índices de adequação para avaliação do cuidado¹¹.

Os desfechos não encontrados podem estar relacionados com, partos e óbitos fora do município, abortos ocorridos não declarados/registrados nos prontuários e o sub-registro de óbito fetal.

Houve predomínio do parto vaginal, embora o percentual verificado de parto cesáreo (27%) esteja acima do recomendado pela OMS, que é de 15%¹⁷.

Com a ocorrência de 02 óbitos (fetal e neonatal precoce), o coeficiente de mortalidade perinatal, na amostra, foi de 23,52/1000 nascidos vivos, valor muito elevado. De acordo com os Indicadores de Saúde por Área Programática no MRJ em 2007(dados sujeitos à revisão), na AP 5.3 o referido coeficiente foi de 12,9 e no MRJ foi de 14,9/1000 nascidos vivos. O coeficiente de mortalidade perinatal é considerado um bom indicador da qualidade da assistência obstétrica e neonatal prestada, pois é influenciado por fatores vinculados à gestação e ao parto, além das condições socioeconômicas¹⁸.

Foi observado registro de alterações de exames e conduta terapêutica adequada, no caso do óbito fetal. Porém nota-se que foi uma gravidez possivelmente não desejada, de uma mulher sem recursos/informação/apoio. Não foi possível avaliar se a esta mulher foi oferecida participação em outras atividades da unidade como o planejamento familiar, grupos educativos sobre prevenção de DST/Aids e outros agravos, enfim uma assistência integrada e de atenção à saúde da mulher. Justifica-se a realização de estudos sobre o resultado da assistência à saúde, de um modo geral.

Vale ressaltar que a proporção de RN com baixo peso ao nascer (9,5%), encontrado no estudo, não difere muito da meta pactuada para o município, em 2007, que foi de 9,0%¹².

Estudo realizado por Krueger e Scholl, com jovens pacientes grávidas, matriculadas em clínicas urbanas, evidenciou que a inadequada assistência ao pré-natal está associada a um aumento do risco de prematuridade¹⁹. Entretanto, de acordo com os resultados deste estudo, não foi possível observar relação entre o número insuficiente de consultas no Pré-natal e a frequência de baixo peso e prematuridade, assim como não houve relação com início tardio do pré-natal.

A alta paridade foi identificada como um fator de risco para a inadequação do uso da assistência pré-natal, em estudo desenvolvido por Coimbra et al.¹⁶. Logo, o início tardio deste cuidado pode estar relacionado a multiparidade e a possível “segurança” que a mulher possa ter devido a experiências anteriores. Esse risco é ainda maior para mulheres solteiras, de baixa renda e baixa escolaridade.

No referido estudo alguns fatores protetores foram evidenciados como o fato da mulher só ter um filho, ter menos de 18 anos e a ocorrência de doença durante a gestação. Na população estudada o percentual de mulheres com história de quatro gestações ou mais que iniciaram o PN tardiamente foi de 16%, percentual inferior as demais mulheres com número menor de gestações. No entanto quanto à idade, 56% das gestantes tinham entre 14 a 25 anos e destas 22% tinham entre 14 a 19 anos.

A efetividade da assistência não pode ser somente medida pelo número de consultas, como já foi dito anteriormente, uma vez que a gestação de alto risco demanda um número maior do que a de baixo risco, e ainda assim pode ocorrer resultado adverso ao final da

gestação. Alguns estudos já discutem esta relação e a possibilidade de ser um fator de confundimento¹⁵.

Para avaliação do resultado da assistência, na área, se faz necessário a realização de outros estudos, pois não foram encontrados os desfechos do total da amostra, além da falta de dados sobre os aspectos socioeconômicos das gestantes, a relação profissional-paciente-equipe de saúde e a assistência durante e após o parto.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Não ficaram evidentes deficiências nos aspectos físicos, materiais e financeiros que pudessem influenciar na assistência prestada, o mesmo não ocorrendo em relação aos recursos humanos, que embora, quantitativamente suficientes, não o foram qualitativamente.

Foi programado um Seminário de Atualização na Assistência ao Pré-natal bem como uma Oficina, para os profissionais que atuam diretamente no programa de assistência Pré-natal, com a participação dos gestores das unidades, a fim de apresentar o estudo e adequar as informações/orientações sobre a atenção pré-natal.

Será realizada, também, visita a cada uma das unidades da área, a fim de esclarecer e discutir os problemas encontrados, com o gestor e os profissionais envolvidos. Além disso, deve-se iniciar o monitoramento do SISPRENATAL quanto à alimentação do sistema e a retirada de relatórios para avaliação do programa assistencial e, conseqüentemente, a realização de treinamentos.

O planejamento familiar, oferecido nas unidades de saúde, é uma das atividades que está sofrendo avaliações para recondução do serviço.

Durante as entrevistas realizadas para o estudo algumas orientações e retirada de dúvidas foram feitas como, por exemplo, a utilização ou retomada do arquivo para controle das gestantes inseridas no pré-natal da unidade, enquanto não se utiliza o SISPRENATAL. Além disso, informações quanto à realização de exames complementares e possibilidade da utilização de viatura para busca de faltosas, além de outros meios como aerograma e telefonemas.

Sobre a fixação de profissionais e a utilização de cooperativas para suprir a área de recursos humanos, está fora da governabilidade da CAP intervenção sobre o fato, e, aguarda-se a realização de concurso público com uma remuneração mais atrativa aos profissionais da saúde.

Justifica-se também a realização de outros estudos com enfoque na assistência ao parto e ao recém-nascido, assim como a avaliação do resultado e o impacto da assistência, utilizando dados socioeconômicos e a participação da clientela e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portal da Saúde. Manual de Procedimentos para Assistência Pré-natal, 2001. Ministério da Saúde. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/bvs> Acessado em 02/08/2006.
2. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (5): 1160-1168.
3. Ministério da Saúde/Secretaria de políticas de Saúde – Área Técnica da Saúde a Mulher. Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
4. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev. Bras. Matern. Infant., Recife 2005; 5 suppl. 1: S23-S32.
5. Ribeiro Filho, B. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em quatro unidades do

Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM [Dissertação de Mestrado]. Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane – Universidade Federal do Amazonas/Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2004.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico / Ministério da Saúde, 3ª ed. revisada. Brasília-DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

7. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal – Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

8. 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.

9. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - Secretaria Municipal de Saúde/Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde/Superintendência de Vigilância em Saúde/Gerência de Informação Epidemiológica. Indicadores de Saúde por Área Programática no Município do Rio de Janeiro em 2007 – Dados parciais sujeitos a revisão.

10. Donabedian A. Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian. <http://webmail.br.inter.net/intremail/email.view.message.php?vwebmailsession> Acessado em 22/01/2004.

11. Silveira DS, Santos IS, Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública 2001; v. 17 n. 1. [SciELO]

12. Pacto Pela Saúde - Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto Pela Saúde. RJ – Rio de Janeiro, 2006.

13. Moura ERF, Holanda FJ, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(6):1791-1799.
14. Serruya SJ, Lago, TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife* 2004; 4(3): 269-279.
15. 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.
16. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública* 2003;v.37 n.4.[SciELO]
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de Gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 128p., il. (Série C. Projetos, programas e Relatórios).
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 1-60.
19. Krueger PM, Scholl TO. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. *JAM Osteopath Assoc* 2000; 100: 458-92.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde/Secretaria de políticas de Saúde – Área Técnica da Saúde a Mulher. Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
2. Felisberto, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. , Recife, 2004; 4(3): 317-321.
3. Ribeiro Filho, B. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em quatro unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM [Dissertação de Mestrado]. Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane – Universidade Federal do Amazonas/Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2004.
4. Nagama, EEI. & Santiago, SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2005; v.10 n.3. [SciELO]
5. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde – Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. Boaretto, MC. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ; 2000.
7. Serruya SJ, Lago, TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife 2004; 4(3): 269-279.
8. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1991-2001. Cad. Saúde Pública 2004; 20 Suppl.1. p.S20-S33.

9. Pereira PMH, Frias PG, Carvalho PI, Vidal SA, Figueiroa JN. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(4); 19 – 28.
10. Portal da Saúde. Manual de Procedimentos para Assistência Pré-natal, 2001. Ministério da Saúde. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/bvs> Acessado em 02/08/2006.
11. 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.
12. Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região sul do Brasil. Rev. Saúde Pública, 2000; 34(4): 329-36.
13. 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.
14. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Reflexões sobre mensuração da mortalidade materna. Cad. Saúde Publica 2000; v. 16 n.1.[SciELO]
15. Brasil - Tribunal de Contas da União. Desempenho das ações de monitoramento e prevenção da mortalidade materna. Tribunal de Contas da União-Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (TCU-SEPROG; 1); 2002. p. 1-16. <http://www.google.com/search?q=cache:R-UOqJd82IJ:www2.tcu.gov.br/pls/portal/url/ITEM>. Acessado em 18/03/2007.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 1-60.
17. Baracat EC & França AR. Mortalidade Materna – Ministério da Saúde e FEBRASGO juntos na Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Jornal

da FEBRASGO 2005; ano12 n.2. <http://www.google.com.br>. Mortalidade Materna. Acessado em 18/03/2007.

18. Gomes MASM, Lopes JMA, Moreira MEL, Gianini NOM. Assistência e mortalidade neonatal no setor público do Município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período 1994/2000. Cad. Saúde Pública 2005; v.21 n. 4. [SciELO]

19. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública 2005; v.39 n.5. [SciELO]

20. Tanaka ACA. Mortalidade Materna. In: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos-Dossiês. São Paulo-SP: RedeSaúde; 2001. p. 27-40.

21. Saraceni V, Guimarães MHFS, Filha MMT, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad. Saúde Pública 2005; v. 21 n. 4. [SciELO]

22. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Informações Epidemiológicas. Análise da Situação de Saúde/SMS-RJ e dados de projeção populacional do Instituto Pereira Passos a partir do censo 2000/IBGE.

23. Carvalho, DS. Avaliação do Programa de Atenção Pré-natal no município de Curitiba – Paraná [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Medicina Preventiva; 2000.

24. 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.

25. Ministério da Saúde. SISPRENATAL. Ministério da Saúde. <http://www.datasus.gov.br> . Acessado em 02/08/2006.

26. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal – Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
27. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev. Saúde Pública 2003; v.37 n. 4.[SciELO]
28. Silveira DS, Santos IS, Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública 2001; v. 17 n. 1. [SciELO]
29. Araújo BF, Tanaka AC, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Rev. Brás. Saúde Matern. Infant., Recife 2005; 5 (4): 463-469.
30. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (5): 1160-1168.
31. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas Bibliográficas. Cad. Saúde Pública 1990; v. 6 n. 1. [SciELO]
32. Cabral RWL. Avaliação de Serviços em Saúde: análise da assistência pré-natal para adolescentes em uma instituição de referência da cidade do Recife [Dissertação de Mestrado]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - NESC/CpAM/FIOCRUZ; 2000.
33. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação Técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

34. Pacheco VP. Atualiza SUS: Programa de Atualização no Sistema Único de Saúde. Prefeitura do Rio de Janeiro/SMS – Subsecretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos. Divisão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal – DTE-3. Apostila fornecida no Curso: Atualiza SUS; 03/2007, mimeo.
35. Biblioteca Virtual em Saúde – bvs. Decs – Descritores em Ciências da Saúde. Pesquisa sobre: Avaliação de programas e Projetos de Saúde e sobre Avaliação de Processos (cuidados de saúde). <http://www.google.com.br/bvs/decs.bvs.br>. Acessado em 18/02/2007.
36. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988 Sep; 23 – 30; 260 (12): 1743-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/pubmed>. Acessado em 24/09/2004. [PubMed – indexed for MEDLINE]
37. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev. Bras. Matern. Infant. , Recife 2005; 5 suppl. 1: S23-S32.
38. Lansky S, França E, César EC, Neto LCM, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. Cad. Saúde Pública 2006; v. 22 n. 1. [SciELO]
39. Donabedian A Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian. <http://webmail.br.inter.net/intremail/email.view.message.php?vwebmailsession> Acessado em 22/01/2004.
40. Donabedian A. Monitoring: the eyes and ears of healthcare. Health Prog. 1988 Nov; 69(9):38-43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/pubmed>. Acessado em 24/09/2004. [PubMed – indexed for MEDLINE]
41. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Ministério da Saúde. www.husfp.ucpel.tche.br/programa_humanizacao.htm. Acessado em 02/08/2006.
42. Ministério da Saúde. Acompanhamento pré-natal reduz mortalidade.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto. Acessado em 16/03/2007.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA XIXª R.A.

Caro profissional,

Sabendo que a assistência pré-natal é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e perinatal e que se trata de um programa desenvolvido nas unidades de atenção básica, está sendo desenvolvido um estudo que pretende avaliar a qualidade da assistência prestada através do conjunto de ações desenvolvidas no acompanhamento pré-natal, de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista, com a duração de quinze minutos, sobre aspectos operacionais da assistência pré-natal. Esclarecemos que sua participação é voluntária e a qualquer momento da entrevista poderá desistir de participar, sem comprometimento de seu exercício profissional. Todas as informações serão mantidas em sigilo e serão destruídas após a conclusão do estudo.

Para maiores esclarecimentos a pesquisadora coloca-se à disposição.

Declaro estar ciente das informações contidas neste Termo de Consentimento e concordo em participar do estudo,

Participante -----

Rio de Janeiro, -----

Pesquisadora: Carmen Lucia Martins Tropiano Nogueira
Mestranda em Saúde Pública, sub-área: Epidemiologia Geral
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)
Tel: (21)3395-2378 / 4256; 2598-2625
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP
End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Mangueiras – RJ
Tel.: (21) 2598-2863

AUTORIZAÇÃO

À Sra. Leila Maria Moreira Rangel Marino
Coordenadora de Saúde da AP 5.3

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2007

Estou desenvolvendo um projeto de estudo intitulado “Avaliação da Assistência Pré-Natal na XIXª R.A”, sob orientação dos professores José Fernando Verani, PhD (orientador) e Sonia Bittencourt de Azevedo, PhD (co-orientadora) pesquisadores do Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ), onde curso o segundo ano do Mestrado em Saúde Pública, sub-área: Epidemiologia Geral.

O objetivo geral do estudo é avaliar a assistência pré-natal realizada na XIXª RA, em relação à estrutura, o processo e ao desfecho da gestação, no período de 2007.

Desta forma venho solicitar autorização para obtenção de dados nas unidades de saúde sob sua coordenação, através de consulta a base de dados do SIGAB e dos prontuários selecionados, bem como a realização de visitas às dependências das unidades e entrevistas com os diretores, chefias do programa materno-infantil, chefia do serviço de laboratório, farmácia e almoxarifado, médicos e enfermeiros que atuam na assistência pré-natal, auxiliares administrativos que atuam na dispensação de medicamentos e a farmacêutica que atua na CAP.

Solicito, também, autorização para consulta dos Sistemas de Informação SIM, SINASC e SINAN, que estão regionalizados e funcionando na CAP e no Serviço de Epidemiologia do CMS Lincoln de Freitas Filho.

O projeto será submetido ao Comitê de Ética da FIOCRUZ e após sua aprovação poderei dar início à coleta de dados. (Em anexo, cópia do projeto).

Havendo necessidade de qualquer esclarecimento, estou à disposição e agradeço desde já pela sua atenção.

Carmen Lucia Martins Tropiano Nogueira
COREN-RJ: 67611
Tel: (21)2571-7536 / cel. 9484-5537

Autorizo a realização do estudo, de acordo com os esclarecimentos da autora e, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP) poderá iniciar a coleta de dados nas unidades da área, com o compromisso da mesma de apresentar os resultados a esta Coordenação de Saúde.

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2007.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ – NATAL

UNIDADE:

PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS:

DATA:

1- Área física:

I.1) Possui sala / consultório para a realização do de Pré-natal?

Sim () Não ()

Quantas: _____

1.2 Possui sala para realização de atividades educativas para gestantes (grupo de gestantes)?

Sim () Não ()

2 – Recursos Humanos:

2.1 Quais os profissionais que prestam assistência à gestante?

() 1- médico 2 – enfermeiro 3- médico e enfermeiro

4- não há profissionais em nº suficiente na unidade

5- não há profissionais capacitados

2. 2 Qual é o vínculo trabalhista dos profissionais?

2. 3 As consultas de Pré-natal são intercaladas entre médico e enfermeiro?

Sim () Não ()

2. 4 Quantos turnos o médico faz por semana, apenas na atenção pré-natal?

() 1- Quatro turnos de 5h 3 – seis turnos de 4 h

2 - Quatro turnos de 4h 4 – dois turnos de 5h

5 – Outros – especificar: _____

6 – Não há médico.

2. 5 Quantas consultas o médico realiza por turno de atendimento?

() 1- Dezesesseis, inclusive 2 a 4 consultas de primeira vez

2 - Vinte, inclusive 2 a 4 consultas de primeira vez

3 - Dezesesseis não atende primeira vez.

4 - Vinte, não atende 1ª vez

5 - dezesesseis, independe de ser 1ª vez ou não

7 - Não se aplicam

8 - Dez por turno de 4 h

2. 6 Quantos turnos o enfermeiro faz por semana, apenas na atenção pré-natal ?

- () 1 - Seis turnos de 5h
2 – três turnos de 5h
3 – três turnos de 4h
4- Seis turnos de 4 h
5 – Outros – especificar : _____
6 – Não há enfermeiro

2. 7 Quantas consultas o enfermeiro atende por turno?

- () 1 - Dezesesseis, só de primeira vez
2 - Dez, só de primeira vez
3 - Dezesesseis, independente de ser primeira vez ou não
4 - dez, independe de ser 1ª vez ou não
5 - vinte , só de 1ª vez
6 – vinte, independe de ser 1ª vez ou não
7 - Não se aplica
8 – somente a 1º vez , de acordo c/ a demanda

2.8 Houve algum período sem profissional para realizar as consultas de Pré-natal?

- () 1- sim, as gestantes eram referenciadas para uma unidade próxima
2- sim, era feito o agendamento das gestantes em uma unidade próxima.
3- sim, orientava-se a gestante a procurar outra unidade.
4 - não

3 – Grupo de gestantes:

3.1 – há grupo de gestantes na unidade?

- () 1- sim 2- não

3.2 – Quem realiza? _____

4 – Grupo de TIG:

4.1 – há grupo de TIG na unidade?

- () 1- sim 2- não

4.2 – Profissionais envolvidos: _____

7- Encaminhamento de gestantes:

7.1 – Situação de alto risco

7.1.1 – as gestantes do pré-natal de alto risco são referenciadas para o Hospital Municipal Carmela Dutra?

() 1- sim 2- não

Em caso negativo, o que é feito? _____

Se referenciada, há algum controle para saber se foi absorvida?

() 1- sim 2- não

Qual? _____

7.1.2 – Quanto a gestante hipertensa que não vai para o Hospital Carmela Dutra, como é realizado seu tratamento?

7.2 - A gestante adolescente é referenciada para o CEAMA (HEPII)?

() 1- sim 2- não

Em caso negativo, por quê? _____

() se referenciada, há algum controle para saber se foi absorvida?

1- sim 2- não

Qual? _____

8- exames laboratoriais e outros:

8.1- A coleta de material para exames laboratoriais é realizada diariamente?

() 1- sim 2- não

Em caso negativo, qual a frequência? _____

8.2 – Qual é a média de tempo para a chegada de resultados de exames:

Colpocitologia oncótica _____

Rastreio de vaginose bacteriana _____

Fezes (Parasitológico)_____

Urina (EAS)_____

Sangue: Tipagem sanguínea e fator RH_____

Hemograma completo_____

Anti-HIV_____

Toxoplasmose_____

VDRL_____

Glicemia de jejum_____

8.3 - As gestantes que necessitam dos seguintes exames são encaminhados para:

Ecodoppler_____

Cardiotocografia_____

Ultra-sonografia obstétrica_____

Proteinúria de 24h_____

Urinocultura_____

8.3.1 - há alguma dificuldade na realização de algum desses exames?

() 1- sim 2- não

Em caso afirmativo, qual?_____

9- Insumos

9.1 - houve desabastecimento de medicamentos destinados a gestante?

() 1- sim 2- não

Em caso afirmativo, especificar o medicamento e o período _____

Como solucionou o problema?_____

9.2 – A unidade utiliza todos os impressos do pré-natal? (cartão da gestante, ficha perinatal, também chamada de controle PRÉ-NATAL, gráfico de acompanhamento nutricional da gestante, mapa de registro diário e ficha de cadastramento de gestante-sis prenatal)

() 1- sim 2- não

Em caso negativo, por quê?_____

