

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Renata Leite Alves de Oliveira

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO
MUNICÍPIO DE BOTUCATU – SP NA PERSPECTIVA DOS
DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada

BOTUCATU
2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO
MUNICÍPIO DE BOTUCATU – SP NA PERSPECTIVA DOS
DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

Mestranda: Renata Leite Alves de Oliveira

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Enfermagem –
Mestrado Profissional – da Faculdade de
Medicina de Botucatu da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem

**BOTUCATU
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Oliveira, Renata Leite Alves de.

Avaliação da assistência pré-natal no município de Botucatu - SP na perspectiva dos diferentes modelos de atenção básica / Renata Leite Alves de Oliveira. – Botucatu : [s.n], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Capes: 40602001

1. Cuidado pré-natal – Programas de saúde - Avaliação. 2. Cuidados Primários de Saúde.

Palavras-chave: Avaliação de programas; Cuidado pré-natal; Modelos de atenção primária.



Dedicatória

*Àqueles que embora meus olhos não vejam mais, estarão para sempre em meu coração, queridos pais
Roseli e Hélio e amada irmã Flávinha.*

"Saudade é o amor que fica..." (Rogério Brandão)

*Aos amores da minha vida, José Roberto e Pedro Lucas, que viveram passo a passo desta
caminhada,*

*Obrigada pela companhia e por estarem ao meu lado em todo tempo. Vocês me deram força para
continuar e não desistir*

Aos meus irmãos,

Janaína sua ajuda principalmente na reta final deste trabalho foi muito importante,

André por sempre me incentivar.



Agradecimentos

Agradecimentos

A Deus, que todas as manhãs renovou minhas forças, me animou, tornando este trabalho possível, a Ele toda a glória.

"Até aqui me ajudou o Senhor." (2 Samuel 7, 12b)

À minha orientadora Prof^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Por ter acreditado em mim, dedicado seu tempo, seu conhecimento e experiência. Obrigada pelo incentivo e dedicação

"Tenha um orientador. Viver sem é decidir na neblina sabendo que o resultado só será conhecido quando pouco restar a fazer. Procure alguém de confiança, de preferência mais experiente e bem sucedido, para lhe orientar nas decisões, caso precise" (Roberto Shinyashiki)

À minha tia Nilze, por estar sempre disponível nos momentos que precisei.

À Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo pelo financiamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

À diretoria da Fundação Uni e Secretaria Municipal de Saúde, por me dispensarem para realização do Mestrado Profissional.

Ao Secretário Municipal de Saúde Prof^o Dr. Antonio Luiz Galdas Junior, ao diretor executivo da Fundação Uni Dr José Carlos Christovan e ao diretor do Centro de Saúde Escola Dr. Antonio Dithon Cyrino por autorizarem a coleta de dados dos prontuários nas Unidades de Saúde do município.

As enfermeiras responsáveis pelas Unidades de Saúde por participarem das entrevistas e por disponibilizarem seus auxiliares administrativos e de enfermagem que, disponíveis e atenciosos, providenciaram os prontuários para a coleta de dados.

À querida aluna Marcela Muzel Dóles pela grande ajuda na coleta de dados.

Ao prof^o José Eduardo Torrente pelo cálculo amostral e Eloisa Elena pela ajuda na digitação no banco de dados e contribuição no cálculo amostral.

Aos meus amigos que me incentivaram em algum momento deste trabalho, Alethéa, Evandro, Helton, Fabiana, Alessandra, Fernando, Patrícia, Márcia Elaine, Marilene, Alice Hamashita e Renata Romanholi.

À amiga enfermeira Danielle que com suas palavras me incentivou a decidir pelo Mestrado Profissional, valeu Dani!

A amiga Michelle que viveu passo a passo deste trabalho, compartilhamos alegrias, sofrimentos e prazos. Companhia nós conseguimos!

Especial à enfermeira Máira Baldin pelo início do projeto.

Às professoras Pátia Regina Branco da Fonseca e Maria Antonieta de Barros Leite Carralhões pelas valiosas contribuições no Exame Geral de Qualificação.

À secretária da Pós Graduação em Enfermagem Manuela e ao Agnaldo auxiliar de processamento de dados do departamento de enfermagem pela ajuda e disponibilidade.

Às bibliotecárias Meire e Rosemeire pela revisão das referências bibliográficas e pela elaboração da ficha catalográfica.

Ao Hospital das Clínicas - Unesp, pela bolsa Fapesp

Aos professores e colegas enfermeiros do Mestrado Profissional pela troca de experiências, crescimento profissional e conquistas durante estes dois anos.

A todos que de alguma forma me incentivaram, ajudaram e tornaram possível a realização deste trabalho.

"Durante a nossa vida:

Conhecemos pessoas que vem e que ficam,

Outras que, vem e passam.

Existem aquelas que,

Vem, ficam e depois de algum tempo se vão.

Mas existem aquelas que vem e se vão com uma enorme vontade de ficar..."

(Charles Chaplin)



Epigrafe

<i>Desejo primeiro que você ame, E que amando, também seja amado. E que se não for, seja breve em esquecer. E que esquecendo, não guarde mágoa.</i> <i>Desejo, pois, que não seja assim Mas se for, saiba ser sem se desesperar Desejo também que tenha amigos Que mesmo maus e inconseqüentes Sejam corajosos e fiéis E que pelo menos em um deles Você possa confiar sem duvidar</i> <i>E porque a vida é assim Desejo ainda que você tenha inimigos Nem muitos, nem poucos Mas na medida exata para que Algumas vezes você se interpele A respeito de suas próprias certezas. E que entre eles Haja pelo menos um que seja justo</i> <i>Desejo depois, que você seja útil Mas não insubstituível E que nos maus momentos Quando não restar mais nada Essa utilidade seja suficiente Para manter você de pé.</i> <i>Desejo ainda que você seja tolerante Não com os que erram pouco Porque isso é fácil Mas com os que erram muito e irremediavelmente E que fazendo bom uso dessa tolerância Você sirva de exemplo aos outros</i> <i>Desejo que você, sendo jovem, Não amadureça depressa demais E que sendo maduro Não insista em rejuvenescer E que sendo velho Não se dedique ao desespero Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor</i> <i>Desejo, por sinal, que você seja triste Não o ano todo, mas apenas um dia</i>	<i>Mas que nesse dia Descubra que o riso diário é bom O riso habitual é insosso E o riso constante é insano.</i> <i>Desejo que você descubra Com o máximo de urgência Acima e a respeito de tudo Que existem oprimidos, injustiçados e infelizes E que estão bem à sua volta Desejo ainda Que você afaque um gato, alimente um cuco E ouça o João-de-Barro Erguer triunfante o seu canto matinal Porque assim, você se sentirá bem por nada</i> <i>Desejo também Que você plante uma semente, por menor que seja E acompanhe o seu crescimento Para que você saiba De quantas muitas vidas é feita uma árvore</i> <i>Desejo, outrossim, que você tenha dinheiro Porque é preciso ser prático E que pelo menos uma vez por ano Coloque um pouco dele na sua frente e diga: "Isso é meu" Só para que fique bem claro Quem é o dono de quem</i> <i>Desejo também Que nenhum de seus afetos morra Por eles e por você Mas que se morrer Você possa chorar sem se lamentar E sofrer sem se culpar</i> <i>Desejo por fim Que você sendo homem, tenha uma boa mulher E que sendo mulher, tenha um bom homem Que se amem hoje, amanhã e nos dias seguintes E quando estiverem exaustos e sorridentes Ainda haja amor pra recomeçar</i> <i>E se tudo isso acontecer Não tenho mais nada a lhe desejar</i>
---	---

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Distribuição dos profissionais universitários que prestam assistência pré-natal, segundo especialidade, nas USF e UBS. Botucatu, 2010-2011.....	45
TABELA 2. Síntese da estrutura disponível nas UBS e USF. Botucatu, 2010-2011.....	48
TABELA 3. Distribuição das gestantes das USF (n=115) e UBS (n= 167) segundo indicadores de processo relativos às consultas e época de realização. Botucatu, 2010-2011.....	49
TABELA 4. Distribuição dos exames realizados no primeiro trimestre pelas gestantes das USF (n=115) e UBS (n= 167) durante o pré-natal no ano de 2009. Botucatu, 2010-2011.....	50
TABELA 5. Distribuição dos exames realizados no terceiro trimestre pelas gestantes das USF (n=115) e UBS (n= 167) durante o pré-natal. Botucatu, 2010-2011.....	51
TABELA 6. Distribuição das intercorrências, encaminhamentos e internações no período pré-natal de gestantes das USF (n=100) e UBS (n= 129). Botucatu, 2010-2011.....	52
TABELA 7. Aspectos indicativos de qualidade da atenção pré-natal voltados às gestantes atendidas nas USF (n=115) e UBS (n= 167). Botucatu, 2010-2011.....	54
TABELA 8. Indicadores síntese de processo da atenção pré-natal, considerando-se as USF (n=115) e UBS (n=167). Botucatu, 2010-2011.....	55

TABELA 9. Frequência relativa de realização das atividades preconizadas pelo PHPN, por unidade de saúde. Botucatu, 2010-2011.....	56
--	----

TABELA 10. Frequência relativa de realização das atividades indicativas de qualidade da atenção pré-natal e escore final, por unidade de saúde. Botucatu, 2010-2011.....	57
---	----

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1. Mapa das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, Botucatu, 2007.....38

QUADRO 1. Gestantes inscritas no SISPRENATAL, atendidas nas unidades de atenção básica de saúde do município de Botucatu em 2009 e cálculo amostral. Botucatu, 201039

LISTA DE ABREVIATURAS

ABHS – Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana

BHU – Basic Health Unit

FHU – Family Health Unit

HC – Hospital das Clínicas

HPCP - Humanization of Prenatal care and Childbirth Program

PA – Pressão Arterial

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde (modelo tradicional)

VDRL – Venereal Diseases Research Laboratory

ÍNDICE

RESUMO	19
ABSTRACT	20
1. INTRODUÇÃO	22
2. OBJETIVO	35
2.1. Objetivo geral	35
2.2. Objetivo específico	35
3. MATERIAIS E MÉTODOS	37
3.1. Tipo de Estudo	37
3.2. Local de realização do Estudo	37
3.3. População e Amostra	39
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	39
3.5. Coleta de Dados e Variáveis estudadas	40
3.6. Análise de Dados	42
3.7. Procedimentos Éticos	43
4. RESULTADOS	45
4.1. Estrutura das UBS e USF	45
4.2. Processo da atenção pré-natal nas UBS e USF	49
4.3. Avaliação da qualidade das unidades individualmente	56
5. DISCUSSÃO	59
6. CONCLUSÕES	69
7. REFERÊNCIAS	71
8. ANEXOS	79

RESUMO

Avaliou-se a qualidade da assistência pré-natal e comparou-se dois modelos de atenção básica à saúde: tradicional e estratégia saúde da família. Estudo epidemiológico e transversal, analisou a estrutura e o processo da atenção, tendo como fonte de dados entrevistas com gerentes das unidades, observação dirigida realizada pela pesquisadora e avaliação de 282 prontuários amostrados. Para análise estatística foi utilizado o software estatístico Epi-Info 6.0. A descrição da estrutura e processo de assistência pré-natal desenvolvido foi realizada por meio da apresentação das frequências das variáveis estudadas. A comparação estatística sobre o processo da assistência foi realizada a partir do teste qui quadrado (χ^2), fixando o nível de significância $\alpha=0,05$, com cálculo dos respectivos *odds ratio* e intervalo de confiança (IC=95%). Para avaliação das unidades individualmente foi criado sistema de escore, contendo 10 indicadores de qualidade do atendimento. Como referenciais teóricos para análise dos dados, foram utilizadas políticas públicas de saúde, especialmente o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e o Manual de Atenção Pré-natal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Na avaliação de estrutura observou-se que as Unidades estão bem equipadas de consultórios, materiais e instrumentais, que estão disponíveis todos os exames preconizados, assim como a grande maioria dos medicamentos essenciais aos cuidados das gestantes e que nas USF está mais incorporado o atendimento de enfermagem. Quanto ao processo da atenção pré-natal, houve diferença estatisticamente significativa entre os serviços para as variáveis: cobertura de exames do 3º trimestre, história clínica completa, orientação nutricional e de sinais de alerta no termo, atendimento odontológico, verificação de altura uterina e prescrição de sulfato ferroso, onde o desempenho das USF foi melhor. O início do pré-natal até 17 semanas foi significativamente mais frequente nas UBS. Analisando-se o indicador pré-natal completo segundo o PHPN, a cobertura das USF foi significativamente maior que das UBS. Na avaliação das unidades, três somaram menos de cinco pontos, 12 ficaram entre cinco e oito pontos e apenas uma unidade obteve escore final maior que oito pontos. Conclui-se que embora a situação das USF seja melhor, ações mais efetivas precisam ser propostas para ambos os modelos, de forma a se alcançar a excelência do cuidado pré-natal.

ABSTRACT

It was evaluated the quality of the prenatal assistance program and compared the health models of basic attention: traditional and Family Health Strategy. An epidemiological and transversal study analysed the structure and the process of attention, using as source data interviews with the units managers, observation made by the researcher and evaluation of 282 sampled records. For statistical analysis it was used the software Epi-Info 6.0. The description of the structure and the process of prenatal assistance developed was carried out through the presentation of the frequency of variables studied. The statistical comparison about the assistance process was made from the chi-square test (χ^2) setting the level of significance $\alpha=0,05$ calculating the respective *odds ratio* and confidence interval (CI=95%). In order to evaluate the units individually, a scoring system was created, containing 10 qualitative indicators of the service. Public health policies were used as theoretical references for data analysis, specially The Humanization of Prenatal care and Childbirth Program and the Prenatal Attention Manual of the State Secretariat of Health of São Paulo. During the evaluation of units, it was observed that they are well supplied with medical offices, materials and devices, that all the recommended exams are available as well as the great majority of essential medicines for pregnant care; and that the nursing assistance is more incorporated at the FHU. Regarding the prenatal care process, there was statistical significant difference among the services for the variables: third quarter examination coverage, complete medical history, nutritional orientation, warning signs during the term, dental care, verification of uterine height, prescription of ferrous sulphate, where the performance of the FHU was better. The beginning of prenatal care up to 17 weeks was significantly more frequent at the BHUs. Analysing the prenatal complete indicator according to the Humanization of Prenatal care and Childbirth Program (HPCP), the coverage of the FHU was potentially larger than in the BHUs. In the evaluation of the units, three of them totalized less than five points, 12 totalized between five and eight points and only one unit obtained final score higher than eight points. It is concluded that although the situation of the FHU is better, most effective actions must be proposed for both models, in order to achieve the excellence in the prenatal care period.



Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção à Saúde da Mulher no Brasil

A Constituição Federal de 1988 concretiza o ideário reformador da construção do Sistema Único de Saúde, através de estratégias que estabelecem um novo conceito de saúde, definido como direito, permitindo assim uma nova configuração nos serviços, com prioridades de caráter coletivo e preventivo sem detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido implementado com o desenvolvimento de diversas políticas, com a finalidade de viabilizar atenção integral, hierarquizada e de caráter universal. A inclusão de novas clientela, demonstrada pelo aumento e diversificação da oferta de serviços, redução das desigualdades regionais e descentralização, mediante fortalecimento da capacidade dos municípios, são acompanhadas de inovações no fornecimento de serviços ambulatoriais e ampliação de programas públicos (RIBEIRO et al., 2004).

Na saúde pública, o efeito de um programa somente será verificável na presença de uma série de outros eventos decorrentes da intervenção, mas modificáveis por fenômenos externos a ela, como características da população, do sistema de saúde ou do ambiente, o que faz com que as cadeias causais em estudo sejam bem mais longas e complexas (SANTOS; VICTORA, 2004). Estas mudanças baseadas nos princípios e diretrizes do SUS requerem alterações institucionais para incorporação, na prática, de novas formas de gestão de um modelo assistencial fundamentado na vigilância à saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Especificamente na área de saúde da mulher, avanços importantes ocorreram na década de 1980, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual enfatizava os cuidados básicos de saúde e destacava diferentes ações no atendimento à mulher, trazendo, assim, um diferencial em relação a outros programas (RIOS; VIEIRA, 2007).

Apesar dos avanços resultantes da implantação do PAISM, no final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição deste Programa, o Brasil continuava com muitas questões a serem enfrentadas e, neste contexto, o

Ministério da Saúde definiu a saúde da mulher como prioritária e sistematizou três linhas principais de ação: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004), sendo a atenção pré-natal relevante para essas três linhas prioritárias.

1.2. Atenção Pré-natal

Visando o aprimoramento da atenção à saúde da mulher, no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº. 569, de 1/6/2000, visando favorecer o atendimento às necessidades de cuidado específicos da gestante, do recém-nascido e da mãe no período pós-parto. Seu objetivo primordial era assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no ciclo gravídico-puerperal, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Ainda hoje, as ações do PHPN visam contribuir com a diminuição da morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, tendo a humanização como grande fio condutor. O Programa pressupõe que o enfoque de gênero e as questões epidemiológicas devem ser ponto de referência, que é indispensável retomar compromissos da assistência e promover ações para enfrentar obstáculos já conhecidos, mas ainda não vencidos.

Assim, o PHPN propõe critérios para a atenção pré-natal: primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, ter no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação, realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o parto, realizar exames laboratoriais, como tipagem sanguínea (ABO-Rh) e hemoglobina e hematócrito na primeira consulta; realizar dois exames *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), urina I (rotina) e glicemia de jejum, sendo um exame na primeira consulta e outro próximo a 30ª semana de gestação, oferta de teste de HIV, sendo um exame na primeira consulta em municípios com mais de 50 mil habitantes, aplicar a vacina antitetânica até a dose imunizante, oferta de atividades educativas, classificar o risco gestacional na primeira consulta e nas subsequentes e garantir vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial ou hospitalar para a gestante de alto risco (BRASIL,

2002). Ressalta-se que em alguns estados, como em São Paulo, independente da população, o oferecimento de testes para detecção do HIV é obrigatório em todo pré-natal realizado nos serviços de saúde públicos ou privados, a partir do consentimento livre e esclarecido das gestantes, garantindo o sigilo dos resultados (SÃO PAULO, 1999).

A preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gestação revelam o respeito à cidadania feminina, evidenciando, assim, o grau de desenvolvimento da sociedade. A doença não somente tem relação causal com a situação econômica e social de determinada população, como também os cuidados oferecidos indicam a estrutura desta coletividade, em particular, sua estratificação de classes, o que é claramente refletido nos serviços de saúde brasileiros (TREVISAN et al., 2002).

A assistência pré-natal é relevante quando se considera a atenção à saúde materno-infantil. Apesar de ser um processo fisiológico, a gravidez produz modificações importantes no organismo materno. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, o processo reprodutivo pode se transformar em situação de alto risco para o binômio mãe-conceito (TREVISAN et al., 2002).

No Brasil, a persistência de índices preocupantes de tradicionais indicadores de saúde, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, tem levado ao fortalecimento de políticas que enfocam o ciclo gravídico-puerperal. Contudo, essas políticas têm se fundamentado principalmente na disponibilidade e no acesso ao atendimento. Pesquisas têm privilegiado a análise das características e dos resultados da assistência, relegando a segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo das consultas realizadas. A análise da qualidade, porém, pode retratar com maior fidelidade o processo do atendimento e tem se confirmado como preditor significativo do prognóstico do nascimento (COUTINHO et al., 2003).

A opção por estudar os processos e atividades envolvidas na assistência ao pré-natal decorre da importância que este serviço tem no conjunto da atenção básica, sendo um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS. A forma como é desenvolvida a atenção à gestante pode ser considerada indicativo de qualidade dos serviços, não apenas por dispor de indicadores formais para o seu monitoramento, mas por constituir modalidade de atenção tradicional nos serviços de atenção básica (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

Envolvendo uma cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar para outras ações de atenção básica, o funcionamento do pré-natal reflete aspectos da atuação de outros programas. Pelo exposto, a importância da atenção ao pré-natal como política governamental é evidente e expressa no conjunto de normas que regem a operação do SUS (RIBEIRO et al., 2004), sendo reconhecida, pelo seu impacto e transcendência, como um dos componentes que contribui significativamente para redução dos coeficientes de morbimortalidade materna e perinatal (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

Porém, apesar da importância, essa assistência tem sido apontada como desarticulada e parcial. Nos primeiros anos após a implantação do PHPN, apenas 5% das gestantes inscritas neste Programa haviam recebido o conjunto de procedimentos previstos para se considerar o atendimento adequado: início precoce do pré-natal, realização de todos os exames preconizados, vacinação antitetânica e revisão de parto. Na ocasião, apenas 22,6% das mulheres brasileiras haviam realizado o número de consultas considerado ideal, sendo ressaltada a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2003), visto que o número de consultas pré-natais tem sido apontado como inversamente proporcional às taxas de mecônio no líquido amniótico, aos índices de Apgar menores que sete no primeiro e quinto minutos de vida, à natimortalidade, bem como à incidência de nascimentos pré-termo e de baixo peso (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

Ainda com relação à avaliação da assistência pré-natal, pelo menos três indicadores de resultado confirmavam problemas no Brasil no início deste século. O primeiro era referente à alta incidência de sífilis congênita: 24 por 1.000 nascidos vivos nos partos ocorridos no SUS, sendo que o diagnóstico e o tratamento dessa doença podem ser totalmente realizados durante o pré-natal, mediante um simples exame de sangue – o VDRL e da aplicação de Penicilina Benzatina, elementos que devem estar disponíveis na atenção primária. O segundo era relativo à Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, principal causa de óbitos maternos, podendo ser diagnosticada pela mensuração sistemática da pressão arterial associada à identificação de sinais e sintomas clínicos, viabilizando o encaminhamento das gestantes a serviços de alto risco oportunamente. O terceiro estava relacionado à vacinação contra o tétano: 37% das gestantes brasileiras não estavam vacinadas, precaução que deve ser

garantida a toda e qualquer mulher, até mesmo antes da concepção (MOURA; HOLANDA JUNIOR; RODRIGUES, 2003).

Apesar de problemas com a qualidade do cuidado prestado, é inegável que em anos recentes o acesso ao pré-natal melhorou no país: o último estudo com abrangência nacional apontou que 77% de gestantes haviam realizado seis ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2009), podendo persistir desigualdades, mantendo-se coberturas menores nas regiões norte e nordeste, quando comparadas às regiões sul e sudeste. A revisão de parto, porém, mantém-se como importante problema, fato relacionado à perda de oportunidades, visto que é alta a cobertura de vacinação BCG, aplicada no primeiro mês de vida do recém-nascido, em geral levado à Unidade de Saúde pela mãe (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

No mundo todo, a redução nas taxas de mortalidade e morbidade materna e infantil, observada nos últimos trinta anos, foram atribuídas aos cuidados durante o pré-natal e no primeiro ano de vida. A atenção dispensada à gestante possibilita identificar fatores de risco para posterior controle, podendo viabilizar diagnóstico precoce de complicações, especialmente se o início é precoce e o número de consultas realizadas é adequado (SANTOS; VICTORA, 2000).

1.3 Os Serviços de Atenção Básica e a Atenção Pré-natal

Um dos caminhos apontados no sentido de melhorar a qualidade da atenção pré-natal no Brasil é a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), instituída pelo Ministério da Saúde em 1994. Seu principal objetivo é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, tendo como estratégia a priorização das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população criam vínculo de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (SILVA; RIBEIRO; SILVEIRA, 2004).

A Estratégia Saúde da Família representa um forte mecanismo de organização de acesso a serviços simples e complexos (referência), moderniza os

conceitos tradicionais de distrito sanitário e a noção de hierarquização da atenção à saúde, fazendo com que a oferta de serviços seja ampliada e adaptada às necessidades sociais observadas. Compete à Unidade de Saúde da Família realizar diagnóstico social e epidemiológico de sua área de adscrição, efetuar visitas domiciliares regulares com a participação de agentes comunitários e prover atenção à saúde segundo clínicas básicas (pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia) e odontologia (RIBEIRO et al., 2004).

Apesar do potencial da ESF, existem poucos estudos que buscaram estabelecer associações entre o modelo de atenção à saúde e a assistência ao pré-natal. Em um deles, a assistência à saúde desenvolvida nos centros de saúde tradicionais, mesmo contando com especialistas, foi descrita como fragmentada e resolvendo problemas de saúde pontuais da população. Além disso, apontou que devido à sobrecarga de trabalho do médico, ações de promoção e prevenção de saúde ficam comprometidas (CALDEIRA et al., 2010).

Estudo realizado para avaliar a efetividade da assistência pré-natal em Unidade de Saúde da Família, confirmou a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar, na qual deve se inserir a enfermeira, a enfermeira obstétrica e/ou a obstetritz, enquanto profissionais capazes de viabilizar e garantir a ampliação da cobertura da assistência pré-natal no país, contribuindo também com a melhoria dos resultados materno e perinatal (GONÇALVES, R. et al., 2008). Porém, alguns atores sociais defendem o importante papel de ginecologistas-obstetras e pediatras no atendimento a gestantes, questionando a efetividade da assistência à mulher e à criança desenvolvida na ausência destes, por profissionais sem formação de pós-graduação que os capacite a atender as necessidades de saúde destes grupos específicos. Ainda assim, como a característica da Estratégia Saúde da Família é atuar de forma multidisciplinar e sua prioridade a promoção à saúde, em tese, apresenta as melhores condições de promover a saúde da sua população de abrangência, mesmo sem contar com especialistas (CALDEIRA et al., 2010).

1.4 Mortalidade Materna e Infantil e a Atenção Pré-natal

Intimamente relacionadas com a qualidade da atenção à saúde no Brasil, as mortes obstétricas por causas diretas corresponderam a 67,1% do total das mortes maternas, mostrando que a assistência ao pré-natal, ao parto e ao

puerpério devem ser aprimoradas (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). As mortes por causas maternas são evitáveis em aproximadamente 98% dos casos, através de medidas relativamente simples, visando à melhoria da qualidade da assistência perinatal e a garantia do acesso aos serviços de saúde (COIMBRA et al., 2003).

A mortalidade materna pode ser considerada excelente indicador de saúde, não se restringindo apenas à mulher, mas a toda população. É indicador de iniquidades, sendo capaz de evidenciar, inclusive, diferenças inter e intraregionais (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Reflete, então, a realidade social de um país e de sua população, dependendo, para sua redução, também de determinação política para a realização de ações comunitárias de saúde. Em síntese, o problema do óbito materno brasileiro é reflexo da qualidade da assistência oferecida, tendo como principal fator causal a desintegração dos serviços de saúde (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

O estudo da mortalidade materna tem sido motivo de preocupação das autoridades de saúde brasileiras em nível federal, estadual e municipal. Avaliar a redução que está ocorrendo não é tarefa fácil, dado que a mensuração da mortalidade materna é relativamente complexa, devido à inexistência de dados para algumas regiões e pela parcial fidedignidade da informação, mesmo nas áreas onde há declaração médica da causa de morte e bom sistema de registros vitais (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

As estatísticas oficiais mostram que as taxas de mortalidade materna durante os últimos 10 anos estão relativamente estáveis, em torno de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos, havendo diminuição anual de 4%, tendência que pode não ter sido visível nos relatórios oficiais por causa de melhorias no registro de morte e do aumento no número de investigações sobre morte de mulheres em idade reprodutiva, especialmente em decorrência da criação de comitês de mortalidade materna em todos os 27 estados, em 172 sub-regiões e 748 municípios brasileiros (VICTORA et al., 2011).

Hoje se aceita que a morte materna é situação extrema que ocorre na gravidez, no parto e/ou puerpério, cujas circunstâncias devem ser investigadas não apenas quanto aos aspectos clínicos, mas também quanto aos fatores não exatamente relacionados ao sistema de saúde, como nível socioeconômico e escolaridade, não sendo passíveis, em muitas dessas situações, a intervenção do

serviço de saúde (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005). Em estudo sobre fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal, constatou-se maior inadequação entre mulheres atendidas em hospitais públicos e com nível de escolaridade e renda familiar baixos (COIMBRA et al., 2003).

A diferença existente entre as Razões de Mortalidade Materna dos países pobres e ricos fica evidente na região das Américas, quando comparadas a países como Canadá e Estados Unidos, onde esse índice é inferior a nove óbitos por 100.000 nascidos vivos. Por outro lado, em países como Bolívia, Peru e Haiti tais índices chegam a mais de 200 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Contudo, outros países em desenvolvimento, como Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai, têm Razões de Mortalidade Materna de aproximadamente 40 por 100 mil nascidos vivos; demonstrando que a morte materna pode ser reduzida com determinação política e garantia de serviços de saúde à população, especialmente a partir de uma assistência pré-natal com qualidade (MOURA; HOLANDA JUNIOR, RODRIGUES, 2003).

Além do coeficiente de mortalidade materna, a mortalidade infantil também é influenciada pelas condições da assistência fornecida às mulheres na fase gestacional, somado aos aspectos biológicos da reprodução humana e da presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal (COIMBRA et al., 2003). Uma parcela importante dos óbitos infantis acontece em crianças com peso ao nascer acima de 1.500g e sem malformação congênita grave e/ou letal, podendo, portanto, ser considerada prevenível pelo acesso oportuno a serviços qualificados de atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (LANSKY et al., 2006).

Os óbitos neonatais nas primeiras horas de vida e a frequente ocorrência de óbitos fetais no final da gestação e durante o parto comprovam a estreita relação entre essas mortes e a qualidade da assistência prestada. Embora os fatores de risco para a morte perinatal se articulem de maneira complexa, é necessário acrescentar fatores mais tradicionais e reconhecidos na literatura, como as condições socioeconômicas e condições maternas e do recém-nascido. Os altos e persistentes índices de mortalidade neonatal e perinatal demandam a realização de estudos de avaliação da qualidade da assistência obstétrica e neonatal dos serviços (LANSKY et al., 2006).

A mortalidade neonatal parece estar relacionada ao tipo de atendimento prestado. Quando se considerou a realização do parto através do SUS ou de serviços privados (não-SUS), observou-se que a mortalidade neonatal foi 1,8 vezes maior nos hospitais vinculados ao SUS quando comparada com a mortalidade neonatal em hospitais privados ou não-SUS. Destaca-se, porém, que a Declaração de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, que contempla inúmeras variáveis relacionadas às mães e ao recém-nascido, não contempla informação sobre o local onde foi realizado o pré-natal, dificultado o processo de avaliação (NASCIMENTO, 2003).

1.5 Avaliação de Serviços de Saúde

De forma a conhecer a realidade da atenção à saúde materno-infantil é importante que se realizem estudos que avaliem os serviços. O termo avaliar significa determinar, apreciar ou fazer julgamentos. Tem o sentido de determinar o valor ou a quantidade de alguma coisa, comparando os resultados com normas ou outros valores e quantidades, que sirvam como parâmetros, tais como os obtidos por consenso ou verificados em um grupo controle. Teoricamente, pode-se avaliar qualquer intervenção, cuidado de saúde ou organização, quer se ocupe de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação, seja ela uma ação isolada, um procedimento, um produto, um serviço, outro componente, todo sistema de saúde ou mesmo um programa (PEREIRA, 2001).

A avaliação representa uma atividade presente desde os primórdios na história da humanidade. Porém, o conceito de avaliação de programas públicos aparece no cenário mundial após a Segunda Grande Guerra, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado, sendo que com esta finalidade foram desenvolvidos inúmeros métodos, a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas. No Brasil, a pesquisa de avaliação de políticas começa a se desenvolver a partir da década de 1980, tanto do ponto de vista acadêmico, como da sua incorporação ao cotidiano da administração pública (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Na tipologia da avaliação observa-se uma grande diversidade de abordagens, incluindo modalidades classificatórias, cuja relevância se manifesta em vista de seu interesse prático: de acordo com o momento da avaliação, sua

função, procedência dos avaliadores e, por fim, os aspectos do programa que são objetos da avaliação (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Ao estudar serviços que ofertam cuidados, existem elementos fundamentais que expressam em termos de quantidade e qualidade recursos de estrutura, humanos e tecnológicos. A qualidade da atenção à saúde destinada às populações é uma questão de natureza ética, visto que prestar cuidados cujo impacto ainda não foram cientificamente comprovados ou inferiores ao recomendado não é aceitável (SANTOS; VICTORA, 2004).

A análise de programas ou de seus constituintes à luz de critérios e normas, cientificamente estabelecidos ou não, consiste em uma atividade científica que requer, para sua execução, determinado rigor metodológico. É preciso delimitar com clareza o objeto da avaliação, ou melhor, o que se pretende avaliar: um programa/serviço na íntegra ou seus elementos constituintes, ou ainda a dimensão qualidade, que se configura no âmbito das idéias e permeia tanto o programa/serviço na totalidade, quanto todos os seus elementos separadamente. Essa decisão traz profundas implicações aos rumos da pesquisa que se propõe realizar, já que definirá a estratégia a ser empregada na sua condução (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Problema e programa são processos sociais complexos e dinâmicos que comungam de um mesmo contexto que os modifica e por eles é modificado. Entende-se que a demanda por uma avaliação, por simples que seja, requer não apenas a identificação de perguntas e formulação de hipóteses, mas antes, a verificação do conjunto de atores envolvidos, dos recursos disponíveis, do grau de complexidade do problema e das ações e, em particular, a concordância de perspectivas entre quem pleiteia a avaliação e quem a executa. Prioriza-se, portanto, com base nestes parâmetros, a ciência e as ferramentas adequadas para mensurar o problema e os efeitos do programa preconizados para modificá-lo, em face às variáveis contextuais em interação sistemática com estes dois fenômenos (MATIDA; CAMACHO, 2004).

O referencial metodológico de avaliação adotado neste estudo será aquele proposto na década de 1980 por Donabedian (DONABEDIAN, 1988). A partir de seus trabalhos, as avaliações na área de saúde assumiram novos contornos teórico- metodológicos, preocupando-se primariamente com a avaliação da assistência médica e enfocando o conceito de "qualidade", sistematizando uma

série de atributos relacionados aos efeitos do cuidado (eficácia, efetividade, impacto), aos custos (eficiência), à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (MATIDA; CAMACHO, 2004). Para esse autor, ao estimar a qualidade dos serviços, deve-se analisar sua estrutura, processo e resultado, sendo o estudo do processo a melhor maneira para se investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Porém, para o termo qualidade há dificuldade de definição, havendo diferentes pontos de vista. Para a Associação Brasileira de Normas Técnicas é a totalidade de propriedades e características de um produto ou serviço, que confere sua habilidade em satisfazer necessidades explícitas e implícitas e para a Associação Internacional de Epidemiologia é um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada. Entretanto, apesar das diferentes maneiras de se abordar o conceito, há consenso de que o termo significa o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações, produtos, procedimentos e serviços medidos através de comparação com parâmetros apropriados (PEREIRA, 2001). Estudos que visam avaliar a qualidade dos serviços em nosso país são ainda relativamente escassos, limitando-se na maioria das vezes a realizar a descrição de características médicas como cobertura, número de consultas no pré-natal e tipo de parto (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Segundo o referencial teórico-sistêmico proposto por Donabedian, a avaliação do processo reflete precisamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para chamar a atenção sobre a necessidade de corrigir o curso do programa ou projeto em andamento. Sendo assim, a aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência pré-natal permite identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

Portanto, é a avaliação do processo de um programa de saúde que analisa realmente o seu funcionamento, pois considera os cuidados fornecidos e recebidos na assistência. Deste modo, são igualmente importantes, tanto as atividades dos profissionais envolvidos, quanto as dos pacientes na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados. No entanto, a desobediência às

normas e rotinas do programa e, principalmente, a inadequação dos registros das consultas, tem sido apontada pela própria literatura como um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal (COUTINHO et al., 2003).

Tendo em vista a expressiva utilização da rede pública para o acompanhamento pré-natal e considerando a necessidade de realização de estudos que avaliem a qualidade do cuidado primário à saúde, propõe-se a realização da presente investigação, relacionada à avaliação do programa de pré-natal oferecido no município de Botucatu. A atenção ao pré-natal foi escolhida com finalidade comparativa, para analisar aspectos do desempenho das Unidades de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional. Buscar-se-á avaliar um conjunto de ações que coloquem em destaque processos que podem refletir, mesmo que secundariamente, o desempenho de áreas da atenção à saúde, como a organização da porta de entrada (acolhimento), o sistema de agendamento de consultas e o acesso a serviços de laboratório e outros meios diagnósticos, entre outros aspectos. Considerando-se as características principais da Estratégia de Saúde da Família, que incluem a promoção da saúde e prevenção de doenças, vinculando a Unidade de Saúde com a população de abrangência, a hipótese deste estudo é que o atendimento pré-natal seja mais eficiente neste modelo de atenção básica. Espera-se que a conclusão possa ser utilizada pelos gestores de saúde local, com a finalidade de se alcançar ações mais efetivas voltadas à saúde materno- infantil.



Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco desenvolvida no ano de 2009 pelos serviços de atenção básica do município de Botucatu/SP, segundo o modelo de atenção, a partir da análise da estrutura e processo.

2.2. Objetivos específicos

- a) Descrever a estrutura disponível nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do município de Botucatu para atenção pré-natal;
- b) Descrever o processo de assistência pré-natal desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde;
- c) Comparar a estrutura disponível e o processo da assistência pré-natal desenvolvido nas UBS e USF.



Material e Métodos

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, inserido no campo da avaliação dos serviços de saúde. Como referencial teórico para análise de dados adotar-se-ão políticas públicas de saúde, especificamente focadas no Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento - PHPN (BRASIL, 2002) e Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010). É, também, estudo comparativo, realizado junto a usuárias do serviço pré-natal de atenção básica do município de Botucatu, incluindo as UBS e policlínicas e as USF, no sentido de identificar possíveis diferenças na qualidade de assistência entre esses serviços, nos termos das disposições normativas das políticas vigentes na área de saúde da mulher.

3.2. Local de Realização do Estudo

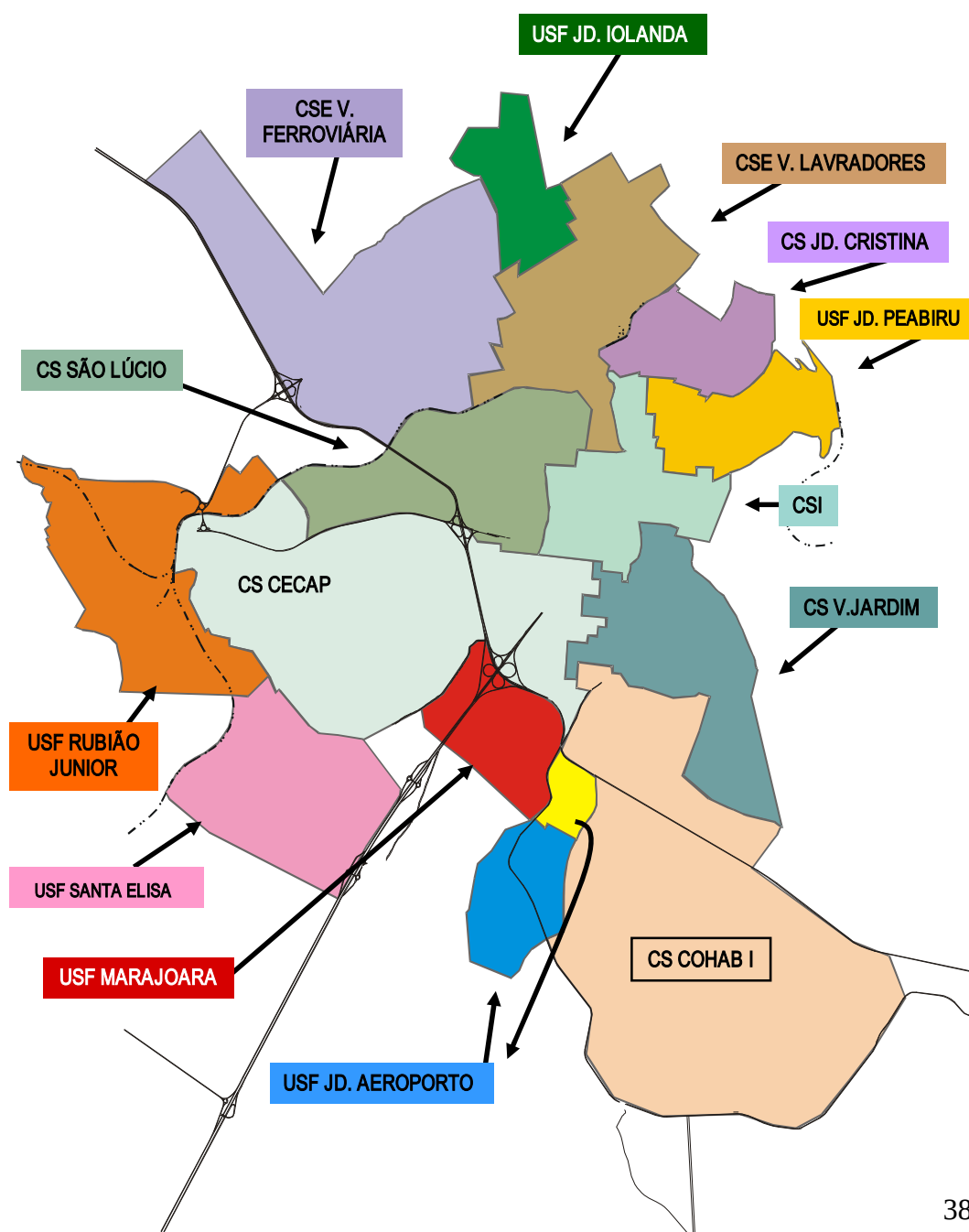
O município de Botucatu situa-se na região centro-sul do estado de São Paulo e tem população estimada de 127.328 habitantes (IBGE, 2010). Pertence ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios. Este departamento é dividido em cinco Colegiados de Gestão Regional: Vale do Jurumirim (16 municípios), Bauru (17 municípios), Pólo Cuesta (13 municípios, sendo Botucatu um deles), Jaú (14 municípios) e Lins (8 municípios).

Para atendimento ao Sistema Único de Saúde, o município de Botucatu, quando da definição do desenho deste estudo, contava com cinco UBS, oito USF (com doze equipes), três Policlínicas, um hospital-escola, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) Júlio de Mesquita Filho (HC), um Hospital Filantrópico, a Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana (ABHS) e um Hospital Psiquiátrico, o Hospital Professor Cantídio de Moura Campos.

As UBS atendem oito macrorregiões em clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia, além de outras especialidades oferecidas pelos Centros de Saúde Escola vinculados à Universidade (UNESP) e pela Policlínica Central. As USF estão localizadas em áreas periféricas do município e atendem aproximadamente 30% da população total.

O atendimento pré-natal de baixo risco no serviço público deste município é realizado em todas as UBS, USF e policlínicas (Figura 1), sendo o pré-natal patológico realizado apenas no HC, referência para outros municípios do DRS VI. Destaca-se que nos dois modelos de atenção básica existe o profissional enfermeiro para a realização da assistência pré-natal e que até o primeiro semestre de 2011 a assistência ao parto era hierarquizada, de forma que os partos de baixo risco eram realizados na ABHS e aqueles de maior complexidade no HC, e que pela similaridade no processo de trabalho, as policlínicas serão analisadas em conjunto com as UBS, comparando com as USF.

FIGURA 1 – MAPA DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BOTUCATU, 2007 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOTUCATU).



3.3. População e Amostra

Considerando-se prevalência máxima de 50%, 95% de confiança e margem de erro de 5%, estimou-se o cálculo amostral de 282 gestantes, corrigidos para a população finita do município de Botucatu, utilizando a fórmula para determinação do tamanho da amostra (N) com base na estimativa da proporção populacional:

$$n = \frac{N\hat{p}\hat{q}(Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p}\hat{q}(Z_{\alpha/2})^2 + (N-1)E^2}$$

O Quadro 1 apresenta a população-alvo, obtida a partir do número de mulheres inscritas no Sistema de Informações do Pré-Natal (SISPRENATAL) no período de 01/01/2009 a 31/12/2009 (1082 gestantes), bem como o número de gestantes amostradas, proporcional às unidades de saúde.

Quadro 1. Gestantes inscritas no SISPRENATAL, atendidas nas unidades de atenção básica de saúde do município de Botucatu em 2009 e cálculo amostral. Botucatu, 2010.

UNIDADES DE SAÚDE	POPULAÇÃO	AMOSTRA
UBS A	50	13
UBS B	45	12
UBS C	79	21
UBS D	124	33
UBS E	131	34
UBS F	62	16
UBS G	59	15
UBS H	89	23
USF I	9	2
USF J	84	22
USF L	55	14
USF M	96	25
USF N	47	12
USF O	73	19
USF P	52	14
USF Q	27	7
Total	1082	282

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo as gestantes inscritas no SISPRENATAL no ano de 2009, que realizaram o pré-natal completo nos serviços públicos de baixo risco e que iniciaram o pré-natal até 20 semanas de gestação.

Assim, buscou-se avaliar a assistência pré-natal completa, desenvolvida em serviços que deveriam dispor de todos os recursos necessários para cumprir com o preconizado tanto pelo PHPN quanto pelo manual técnico do Pré-Natal e Puerpério da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no que se refere ao acompanhamento de gestantes de baixo risco.

Com a opção de analisar o processo da assistência pré-natal de mulheres que fizeram o pré-natal completo nas unidades estudadas, foram excluídas as gestantes que iniciaram acompanhamento pré-natal e foram encaminhadas ao serviço terciário em decorrência da identificação de risco, aquelas que mudaram de município ou abandonaram o pré-natal após a primeira ou segunda consultas, as gestantes que evoluíram para abortamento, as que iniciaram o pré-natal tardiamente, após a 20^a semana de gestação, as que evoluíram para parto prematuro, antes da 33^a semana de gestação e as que apenas iniciaram o pré-natal no serviço público, optando por terminar o seguimento no serviço privado.

3.5. Coleta de Dados e Variáveis Estudadas

Os dados de processo foram obtidos no ano de 2010, a partir dos prontuários de pré-natal amostrados e do Sistema Municipal de Informação em Saúde (SIMIS), amplo programa implantado em Botucatu e que gera dados para o SISPRENATAL. Assim, foi considerado o registro dos dados nos prontuários e SIMIS, isto é, se não havia registro, foi considerado como não realizado.

A seleção dos prontuários a serem estudados foi realizada por sorteio, a partir do número do prontuário das gestantes inscritas no SISPRENATAL no ano de 2009. Para cobrir eventual necessidade de exclusão, além do número de gestantes amostrado, sorteou-se um excedente de 20%, sendo as reposições realizadas sempre na mesma unidade de saúde.

A coleta de dados nos prontuários amostrados nas UBS foi realizada pela pesquisadora, como também os dados referentes à estrutura das Unidades de Saúde estudadas. Nas USF, a coleta foi feita por uma aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, bolsista do Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET Saúde) - Vigilância em Saúde Materno-Infantil, previamente treinada pela pesquisadora.

Terminada a coleta, para controle de qualidade dos dados, foram sorteados 10% dos prontuários para serem checados pela orientadora do estudo,

que revisou os instrumentos de coleta preenchidos e os prontuários destas gestantes, sendo identificada apenas uma inconsistência: uma gestante havia passado por internação na gravidez e esse dado não constava do instrumento de coleta, procedendo-se a correção do banco de dados.

Os dados referentes à estrutura disponível nas USF e UBS com relação à atenção pré-natal foram colhidos no período de setembro de 2010 a agosto de 2011. Utilizou-se para coleta de dados entrevista com as gerentes (enfermeiras responsáveis) das Unidades de Saúde, que assinaram Termo e Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Estudo Científico (Anexo 1) e observação dirigida da pesquisadora.

Para análise de estrutura, as variáveis estudadas foram: recursos humanos disponíveis (formação dos profissionais que atendem pré-natal, capacitações realizadas na área e participação/frequência em grupos de gestantes); recursos físicos (estrutura física das unidades para atendimento pré-natal) e existência de recursos materiais e medicamentos essenciais para a assistência, segundo recomendação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2010).

Ressalta-se que não foram incluídos na análise medicamentos indicados para assistência às gestantes de alto risco (ácido acetilsalicílico, ácido fólico, azitromicina, betametasona, ceftriaxona, clindamicina, furosemida, gluconato de cálcio a 10%, hidralazina, lamivudina, nelfinavir, propranolol, rifampicina, sulfadiazina, zidovudina sulfametoxazol/trimetropina e sulfato de magnésio). A relação completa de medicamentos proposta pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2010) é apresentada em anexo (Anexo 2).

Para análise de processo, consideraram-se indicadores preconizados pelo PHPN (BRASIL, 2002): início do pré-natal até 17 semanas de gravidez; mínimo de seis consultas pré-natais, considerando uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre gestacional; realização de exames no primeiro trimestre (tipagem ABO/Rh, VDRL, hemograma, urina I ou urocultura, glicemia de jejum e sorologia anti-HIV) e de terceiro trimestre (VDRL, urina I ou urocultura, glicemia); vacinação anti-tetânica, dose imunizante (segunda dose do esquema recomendado) ou dose de reforço e atividades educativas (como grupo de gestantes). Os indicadores utilizados da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010) foram: medida da altura uterina; realização de

sorologias para hepatite B e toxoplasmose e parasitológico de fezes; levantamento de intercorrências clínicas e encaminhamentos quando necessários; orientação e avaliação do estado nutricional da gestante; realização de colpocitologia oncótica; avaliação das mamas e realização de ultrassonografia obstétrica.

Visando a obtenção de dados que permitisse a avaliação qualitativa dos atendimentos realizados às gestantes, optou-se, ainda, por incluir as seguintes variáveis: realização durante as consultas de pré-natal de orientações sobre sinais de alerta no termo, aconselhamento pré e pós-teste sorológico anti-HIV, orientação nutricional, realização de exame das mamas e prescrição de sulfato ferroso.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados são apresentados em anexo (Anexos 3 e 4).

3.6. Análise de Dados

Para análise construiu-se banco de dados no programa EXCEL 2003, analisado a partir do software estatístico Epi-Info 6.0. A descrição da estrutura e processo de assistência pré-natal desenvolvido nas unidades de atenção básica foi realizada por meio da apresentação das frequências das variáveis estudadas.

Os dados relativos à estrutura das UBS e USF são apresentados na forma de frequência absoluta e relativa. A comparação estatística sobre o processo da assistência pré-natal desenvolvida nessas unidades de saúde foi realizada a partir do teste qui quadrado (χ^2), fixando o nível de significância $\alpha=0,05$, com cálculo dos respectivos *odds ratio* e intervalo de confiança (IC=95%). Em casos de frequência abaixo de cinco, utilizou-se χ^2 com correção de Yates.

Realizou-se, também, comparação entre as 16 unidades estudadas individualmente. Para tanto, criou-se um sistema de escore, contendo 10 indicadores selecionados a partir do PHPN, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo ou proposto pela pesquisadora por indicar qualidade do atendimento realizado no pré-natal:

- % de gestantes com início pré-natal precoce (até 17 semanas de gestação);
- % de gestantes com seis ou mais consultas pré-natal, sendo pelo menos uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre;

- % de gestantes que realizaram todos os exames de primeiro trimestre;
- % de gestantes que realizaram todos os exames de terceiro trimestre e colpocitologia oncótica;
- % de gestantes imunizadas contra o tétano;
- % de gestantes que realizaram revisão de parto até 42 dias de puerpério;
- % de gestantes que foram orientadas quanto aos sinais de alerta no termo;
- % de gestantes que receberam atendimento odontológico;
- % de gestantes que receberam orientação nutricional durante a gestação;
- % de gestantes que tiveram as mamas examinadas no pré-natal.

Para definição do escore final de cada unidade, consideraram-se os seguintes parâmetros para cada um dos 10 indicadores: cobertura inferior a 50%, zero pontos; cobertura entre 50 e 79%, meio ponto e cobertura igual ou superior a 80%, um ponto. O escore final de cada unidade foi obtido pela soma dos pontos obtidos.

Destacam-se as variáveis/indicadores que não participaram da composição do escore e motivo:

- realização de atividades educativas (como grupo de gestantes), por ter sido avaliado por unidade e não por gestante;
- encaminhamento em caso de intercorrências clínicas, pois nem todas as mulheres as apresentaram;
- realização de ultrassonografia obstétrica: por haver indicação explícita do Ministério da Saúde de não condicionar qualidade pré-natal a realização desse exame (BRASIL, 2005a).
- aconselhamento pré e pós teste sorológico anti-HIV: pela praticamente ausência de registro tanto em UBS quanto em USF.

3.7. Procedimentos Éticos

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista de Botucatu “Júlio de Mesquita Filho” e, assim, respeitou todos os preceitos das pesquisas que envolvem seres humanos (Anexo 5).



4 RESULTADOS

4.1. Estrutura das UBS e USF

Apresentam-se os resultados relativos as oito USF e oito UBS estudadas. Todos os médicos que atendem pré-natal nas UBS são ginecologistas-obstetras, enquanto que nas USF metade deles é generalista ou da área de Saúde da Família. Entre os enfermeiros de UBS, um quarto é especialista em saúde da família e nas USF mais da metade deles tem essa especialidade. Dentistas e psicólogos e assistentes sociais integrantes da Equipe de Saúde Mental do município, atendem regularmente gestantes, tanto em UBS quanto em USF, enquanto que nutricionista está disponível apenas em UBS (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais universitários que prestam assistência pré-natal, segundo especialidade, nas USF e UBS. Botucatu, 2010-2011.

Especialidade	USF		UBS	
	N	%	N	%
MÉDICOS (USF n=12 UBS n=11)				
Ginecologia e Obstetrícia	0	0,0	11	100,0
Clínica Geral	1	8,3	0	0,0
Generalista	3	25,0	0	0,0
Dermatologia	1	8,3	0	0,0
Saúde da Família	3	25,0	0	0,0
Cardiologia	1	8,3	0	0,0
Pediatria	2	16,7	0	0,0
Medicina do Trabalho	1	8,3	0	0,0
ENFERMEIROS¹ (USF n= 13 UBS n=12)				
Saúde da Família	7	53,8	3	25,0
Gestão em Saúde	3	23,0	2	16,5
Obstetrícia	2	15,4	0	-
Cuidado Pré-Natal	2	15,4	2	16,5
Saúde Pública	2	15,4	1	8,4
Formação Pedagógica	3	23,0	0	-
Urgência e Emergência	1	7,6	1	8,4
Hematologia	0	0,0	1	8,4
Saúde do Trabalhador	0	0,0	1	8,4
Sem Especialização	0	0,0	1	8,4
DENTISTAS	10	100,0	18	100,0
NUTRICIONISTAS	0	0,0	3	100,0
PSICÓLOGOS	3	100,0	4	100,0
ASSISTENTES SOCIAIS	3	100,0	2	100,0

1-Independentemente da especialidade, havia um doutor entre os profissionais da USF e 3 mestres nas UBS. O mesmo enfermeiro podia ter mais de uma especialização.

Destaca-se que um enfermeiro de USF e três de UBS tinham curso de pós graduação *stricto sensu* (dados não apresentados em tabela).

Com relação à realização de grupos de gestantes, das oito UBS, seis (75,0%), realizavam-nos rotineiramente, ocorrendo exatamente na mesma proporção nas USF. A periodicidade de realização desses grupos, nas UBS, variou de semanal a mensal, enquanto que nas USF de semanal a bimestral. Todos os enfermeiros, tanto de UBS quanto de USF, participavam dos grupos de gestante, sendo a participação dos médicos menos frequente: dois casos em USF (16,7%) e quatro casos em UBS (36,4%). Nenhum dentista de UBS e três (30,0%) de USF participavam dessas atividades educativas em grupo com grávidas, assim como dois (66,7%) nutricionistas que atuavam em UBS (dados não apresentados em tabela).

Foram citadas quatro atividades de educação permanente com enfoque na atenção pré-natal: treinamento para coleta de GRAM para gestantes, capacitação sobre o manual técnico de pré-natal e puerpério da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, curso sobre desenvolvimento Infantil focado no pré-natal e puerpério e aula sobre Pré-natal. O período de realização destes foi de 2009 a 2011 e a carga horária variou de quatro a 16 horas. De uma maneira geral, profissionais das USF tiveram mais oportunidade de participação nas atividades que das UBS (dados não apresentados em tabela).

Com relação aos recursos físicos e materiais para a atenção pré-natal, a grande maioria (mesa de escritório e ginecológica, escada de dois degraus, cadeiras para profissionais e gestantes, foco de luz, mesa de apoio para materiais, lençol de papel e de tecido, balança de adulto para peso e altura, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, fita métrica flexível e inelástica, sonar Doppler e gel, material para exame citopatológico e teste de Schiller, cartão de gestante, ficha perinatal e protocolo de enfermagem) estava disponível em todas as UBS e USF. Entre os materiais nem sempre disponíveis em UBS estavam: lubrificante e estetoscópio monoauricular de Pinard (disponíveis em seis unidades, 75,0%) e o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, 2010 (disponível em uma unidade, 12,5%). Nas USF, estetoscópio monoauricular de Pinard e o citado Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério estavam disponíveis em seis (62,5%) unidades (dados não apresentados em tabela).

Estudaram-se os medicamentos essenciais para atenção pré-natal (SÃO PAULO, 2010). A grande maioria deles (hidróxido de alumínio, ácido fólico, insulina, paracetamol, hioscina, amoxicilina, norfloxacino, ampicilina, cefalexina, eritromicina, penicilina benzatina, metronidazol, nitrato de isoconazol, mebendazol, tiabendazol, aminofilina, predinisona, salbutamol, hidrocortisona, cromoglicatos, diazepam, carbamazepina, fenitoína e fenobarbital) estava disponível em todas as UBS e USF. Entre os medicamentos em falta nas UBS estavam: sulfato ferroso e metildopa, disponíveis em sete unidades (87,5%). Nas USF a metoclopramida estava disponível em seis unidades (75,0%) e metildopa em sete (87,5%) delas. Destaca-se que não havia nitrofurantoína em nenhuma unidade de saúde de Botucatu (dados não apresentados em tabela).

Uma síntese dos recursos de estrutura disponíveis nos dois modelos de atenção está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Síntese da estrutura disponível nas UBS e USF. Botucatu, 2010-2011.

Recursos Humanos	USF		UBS	
	N	%	N	%
Médicos (USF n=12 e UBS n=11)				
Ginecologista	0	0,0	11	100,0
Generalista	3	25,0	0	0,0
Especialista em Saúde da Família	3	25,0	0	0,0
Enfermeiros (USF n=12 e UBS n=11)				
Especialista em Saúde da Família	7	53,8	3	25,
Especialista em Cuidado Pré-natal	2	15,4	2	16,5
Dentistas	10	100,0	18	100,0
Nutricionistas	0	0,0	3	100,0
Psicólogos	3	100,0	4	100,0
Assistentes Sociais	3	100,0	2	100,0
Recursos físicos e materiais				
Consultórios (USF n=15/UBS n=13)				
Com Banheiro	7	46,6	8	61,5
Sem Banheiro	8	53,4	5	38,5
Medicamentos essenciais				
(USF n=8 UBS n=8)				
Antiácido (Hidróxido de Alumínio)	8	100,0	8	100,0
Antiemético (Metoclopramida)	6	75,0	8	100,0
Sulfato ferroso	8	100,0	7	87,5
Ácido fólico	8	100,0	8	100,0
Anti-hipertensivo (Metildopa)	7	87,5	7	87,5
Insulina	8	100,0	8	100,0
Analgésicos	8	100,0	8	100,0
Antibióticos	8	100,0	8	100,0
Medicamentos para tratar: infecções genitais e parasitoses intestinais	8	100,0	8	100,0
Medicamentos para tratar asma	8	100,0	8	100,0
Medicamentos psicotrópicos	8	100,0	8	100,0

4.2 - Processo da atenção pré-natal nas UBS e USF

Apresentam-se resultados relativos as 282 gestantes estudadas, sendo 115 destas atendidas nas USF e 167 nas UBS. A Tabela 3 é referente às consultas médicas e de enfermagem realizadas.

Tabela 3 – Distribuição das gestantes das USF (n=115) e UBS (n= 167) segundo indicadores de processo relativos às consultas e época de realização. Botucatu, 2010-2011.

Variável	USF		UBS		pvalor	OR (IC)
	N	%	N	%		
Primeira consulta até 120 dias de gestação						
Sim	99	86,0	156	93,4	0,039	0,44
Não	16	14,0	11	6,6		(0,18-1,04)
Uma consulta no 1º trimestre						
Sim	81	70,4	132	79,1	0,098	0,63
Não	34	29,6	35	20,9		(0,35-1,13)
Duas consultas no 2º trimestre						
Sim	113	98,2	165	98,8	0,705	0,68
Não	2	1,8	2	1,2		(0,07 - 6,91)
Três consultas no 3º trimestre						
Sim	109	94,8	154	92,2	0,398	1,53
Não	6	5,2	13	7,8		(0,52 - 4,69)
Mínimo de seis consultas						
Sim	108	94,0	162	97,0	0,206	0,48
Não	7	6,0	5	3,0		(0,13 – 1,72)
Consulta de enfermagem						
Até 3	9	7,8	156	93,4	0,000	0,01
4 ou mais	106	92,2	11	6,6		(0,00-0,02)
Consulta médica						
Até 3	68	59,0	1	0,6	0,000 ¹	240,17
4 ou mais	47	41,0	166	99,4		(34,55-4778,23)

1- Correção Yates

A frequência das gestantes atendidas em UBS que iniciaram o pré-natal até 120 dias de amenorréia foi maior que as atendidas em USF (diferença no limite da significância estatística). Foi grande a diferença quando se avaliou

consultas realizadas por enfermeiro: 92,2% das gestantes atendidas nas USF tiveram quatro ou mais consultas e nas UBS apenas 6,6%. O inverso ocorreu com as consultas médicas: gestantes de UBS tiveram significativamente mais consultas que de USF (Tabela 3).

A Tabela 4 é relativa aos exames realizados pelas gestantes no primeiro trimestre de gestação ou o mais precocemente possível. O exame de Coombs indireto foi realizado por 90,4% das gestantes nas USF e 77,0% nas UBS (diferença estatisticamente significativa). O exame parasitológico de fezes foi significativamente mais frequente nas UBS e a sorologia para Hepatite B nas USF.

Tabela 4 – Distribuição dos exames realizados no primeiro trimestre pelas gestantes das USF (n=115) e UBS (n= 167) durante o pré-natal no ano de 2009. Botucatu, 2010-2011.

Exames	USF		UBS		pvalor	OR (IC)
	Nº	%	Nº	%		
Tipagem ABO/Rh						
Sim ¹	111	96,5	160	95,8	0,761	1,21 (0,31-5,07)
Não	4	3,5	7	4,2		
Hemograma						
Sim	113	98,3	165	98,8	0,705	0,68 (0,07-6,91)
Não	2	1,7	2	1,2		
VDRL						
Sim	112	97,4	159	95,2	0,352	1,88 (0,44-9,15)
Não	3	2,6	8	4,8		
Anti-HIV						
Sim	111	96,5	164	98,2	0,071	0,17 (0,01-1,61)
Não	4	3,5	3	1,8		
Glicemia jejum						
Sim	115	100,0	166	99,4	0,405	-
Não	0	0,0	1	0,6		
Urina simples ou cultura						
Sim	110	95,6	159	95,2	0,861	1,11 (0,32-4,01)
Não	5	4,4	8	4,8		
Coombs indireto						
Sim	104	90,4	128	77,0	0,028	2,88 (1,34-6,30)
Não	11	9,6	39	23,0		
Sorologia para toxoplasmose						
Sim	113	98,2	158	94,6	0,119	3,22 (0,63-22,00)
Não	2	1,8	9	5,4		
Parasitológico de fezes						
Sim	56	48,7	118	70,6	0,000	0,39 (0,23-067)
Não	59	51,3	49	29,4		
Hepatite B						
Sim	114	99,2	155	92,8	0,012	8,83 (1,17-184,29)
Não	1	0,8	12	7,2		

1- inclui exame realizado anteriormente

Já no terceiro trimestre gestacional, as gestantes realizaram nas USF os exames de glicemia, hemograma, coombs indireto, urina simples ou cultura e sorologias: VDRL, toxoplasmose e hepatite B significativamente mais do que nas UBS (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos exames realizados no terceiro trimestre pelas gestantes das USF (n=115) e UBS (n= 167) durante o pré-natal. Botucatu, 2010-2011.

Exames	USF		UBS		pvalor	OR (IC)
	Nº	%	Nº	%		
Hemograma						
Sim	106	92,0	133	79,6	0,004	3,01 (1,31-7,09)
Não	9	8,0	34	20,4		
VDRL						
Sim	104	90,4	133	79,6	0,014	2,42 (1,11-5,34)
Não	11	9,6	34	20,4		
Anti-HIV						
Sim	100	86,9	134	80,2	0,140	1,64 (0,81-3,36)
Não	15	13,1	33	19,8		
Glicemia jejum						
Sim ou desnecessário ¹	104	90,4	101	60,4	0,000	6,18 (2,96-13, 19)
Não	11	9,6	66	39,6		
Urina I ou cultura						
Sim	103	89,5	96	57,4	0,000	6,35 (3,11-13,19)
Não	12	10,5	71	42,6		
Toxoplasmose						
Sim ²	107	93,0	131	78,4	0,000	3,68 (1,56-8,98)
Não	8	7,0	36	21,6		
Hepatite B						
Sim ³	83	72,1	92	55,0	0,003	2,11 (1,23-3,64)
Não	32	27,9	75	45,0		
Coombs indireto em gestantes Rh- (USF n=15 e UBS n=35)						
Sim	6	40,0	3	8,0	0,024	7,11 (1,21 - 46,38)
Não	9	60,0	32	92,0		
Citologia oncótica						
Sim ou desnecessário ⁴	108	94	145	86,8	0,054	2,34 (0,91-6,28)
Não	7	6,0	22	13,2		

1-inclui Teste de Tolerância à Glicose e Perfil Glicêmico na gestação

2-inclui Imunoglobulina G reagente no início do pré-natal

3- inclui Anti Hbs reagente no início do pré-natal

4-inclui exame realizado há menos de um ano

Na Tabela 6 apresentam-se dados relativos às intercorrências, encaminhamentos e internações das gestantes.

Tabela 6 – Distribuição das intercorrências, encaminhamentos e internações no período pré-natal de gestantes das USF (n=100) e UBS (n= 129). Botucatu, 2010-2011.

Variável	USF		UBS		pvalor	OR (IC)
	Nº	%	Nº	%		
Intercorrência						
Sim	100	86,9	129	77,2	0,040	1,96 (0,98-3,98)
Não	15	13,1	38	22,8		
Tipo de intercorrência						
Obstétrica ¹	10	6,5	12	6,7	0,938	0,97 (0,37-2,48)
Clínica ²	144	93,5	167	93,3		
Encaminhamento						
Sim	33	31,3	71	43,0	0,018	0,54 (0,32-0,93)
Não	82	68,7	96	57,0		
Local do encaminhamento						
HC/UNESP	25	73,5	67	94,4	0,002	0,17 (0,04- 0,66)
ABHS	9	26,5	4	5,6		
Motivo do encaminhamento						
Intercorrência obstétrica ³	13	29,5	18	18,0	0,120	1,91 (0,77-4,70)
Intercorrência clínica ⁴	31	70,5	82	82,0		
Local de internação (USF n=2 e UBS n=8)						
UNESP	0	0,0	4	50,0	0,196	0,00 (0,00-7,87)
ABHS	2	100	4	50,0		
Motivo da internação						
Intercorrência obstétrica ⁵	2	66,7	3	33,3	0,310	4,00 (0,15-182,98)
Intercorrência clínica ⁶	1	33,3	6	66,7		

OBS: A mesma gestante podia apresentar mais de uma intercorrência clínica e/ou obstétrica

1- Inclui: ameaça de aborto, amniorexe prematura, restrição de crescimento intra-uterino, hipertensão induzida pela gravidez, trabalho de parto prematuro, hemorragia tardia, diabetes gestacional e hiperemese gravídica.

2- Inclui: hipertensão arterial, amigdalite, asma, cefaléia, enxaqueca, dor no peito, gastrite, hemorróida, presença de nódulo mamário, drogadicção, varizes, depressão, dor no quadril, gengivite, síndrome de MMIH (doença autossômica recessiva no intestino), cervicite, gripe H1N1, anemia, infecção do trato urinário e infecção genital.

3- Inclui: hiperemese, bradicardia fetal, história de má-formação fetal, amniorexe prematura, cardiotocografia, diabetes gestacional, oligoâmnio, polidrâmnio, restrição de crescimento intra-uterino, placenta prévia e história de mola hidatiforme.

4- Inclui drogadicção, interconsulta com oftalmologia, cardiologia e ortopedia, gripe H1N1, depressão, dor no peito, hemorróida, dor na coluna, retirada de miíase infectada, varizes, cólica, dor em baixo ventre, síndrome do pânico, asma, dispnéia, sinusite, neoplasia intraepitelial cervical suspeita de meningite, tendinite, toxoplasmose, amigdalite, cólica renal, embolia pulmonar, secreção purulenta em cicatriz umbilical, sopro sistólico, teste de tolerância à glicose e perfil glicêmico.

5- Inclui: hemorragia tardia e trabalho de parto prematuro

6- Inclui: infecção do trato urinário, pielonefrite, anemia e gripe H1N1.

A análise da Tabela 6 evidencia que 86,9% das gestantes acompanhadas nas USF tiveram alguma intercorrência durante a gravidez, sendo as causas principalmente clínicas; foram encaminhadas para avaliação 31,3% das gestantes e ocorreram duas internações na ABHS (devido a trabalho de parto prematuro e pielonefrite). Quanto às gestantes acompanhadas nas UBS, 77,2% apresentaram intercorrências e as clínicas também foram as principais; 43,0% foram encaminhadas, em geral também por intercorrências clínicas; oito gestantes foram internadas, sendo quatro na ABHS (dois casos de trabalho de parto prematuro, um caso de anemia e outro de hemorragia tardia) e quatro no HC (devido a anemia, infecção do trato urinário e dois casos de gripe por H1N1). Intercorrências ocorreram significativamente mais nas USF, a maioria dos encaminhamentos realizados pelos dois modelos de atenção foi ao Hospital das Clínicas da UNESP.

A Tabela 7 diz respeito a aspectos indicativos de qualidade do atendimento pré-natal. Entre as consultas realizadas nas USF, havia significativamente mais anotação da altura uterina e mais história clínica completa. As gestantes atendidas nas USF também foram significativamente mais orientadas quanto aos sinais de alerta no termo e nutrição, tiveram mais atendimento odontológico e mais frequentemente tiveram as mamas examinadas. Todas as gestantes atendidas nas USF receberam prescrição de sulfato ferroso e 92,2% das atendidas nas UBS receberam tal prescrição. Nos dois modelos de atenção foi pouco realizado o aconselhamento para a coleta do teste anti-HIV e foi pouco realizada a revisão de parto precoce (entre 7 a 10 dias após o parto). Quanto à revisão de parto tardia, até 42 dias após o parto, foi realizada para pouco mais da metade das mulheres em ambos os modelos, sem diferença estatisticamente significativa.

Tabela 7 – Aspectos indicativos de qualidade da atenção pré-natal voltados às gestantes atendidas nas USF (n=115) e UBS (n= 167). Botucatu, 2010-2011.

Variável	USF		UBS		pvalor	OR (IC)
	Nº	%	Nº	%		
Pressão arterial¹						
Sim	114	99,1	166	99,4	0,790	0,69
Não	1	0,9	1	0,6		(0,02-25,58)
Peso¹						
Sim	114	99,1	167	100,0	0,227	0,00
Não	1	0,9	0	0,0		(0,00-11,97)
Altura Uterina¹						
Sim	112	97,3	145	86,0	0,002	5,66
Não	3	2,7	22	14,0		(1,56-24,41)
História Clínica completa²						
Sim	23	20,0	4	2,0	0,000	10,19
Não	92	80,0	163	98,0		(3,21-35,96)
Ultrassonografia						
Sim	105	91,3	156	93,4	0,507	0,74
Não	10	8,7	11	6,6		(0,28-1,96)
Vacinação contra o tétano						
Sim ³	95	82,6	129	77,2	0,273	1,40
Não	20	17,4	38	22,8		(0,74-2,67)
Sinais de alerta no termo						
Sim	107	93,0	91	54,5	0,000	11,17
Não	8	7,0	76	45,5		(4,89-26,49)
Aconselhamento anti-HIV						
Sim	10	8,6	7	4,2	0,118	2,18
Não	105	91,4	160	95,8		(0,74-6,57)
Orientação nutricional						
Sim	107	93,0	85	51,0	0,000	12,9
Não	8	7,0	82	49,0		(5,65-30,59)
Atendimento odontológico						
Sim	53	46,1	54	32,3	0,019	1,79
Não	62	53,9	113	67,4		(1,06-3,01)
Exame das mamas						
Sim	54	46,9	63	37,7	0,122	1,46
Não	61	53,1	104	62,3		(0,88-2,44)
Sulfato ferroso						
Sim	115	100,0	154	92,2	0,002	-
Não	0	0,0	13	7,8		
Revisão de parto precoce						
Sim	8	7,0	5	3,0	0,118	2,42
Não	107	93,0	162	97,0		(0,70-8,78)
Revisão de parto tardia						
Sim	67	58,2	104	62,2	0,497	0,85
Não	48	41,8	63	37,8		(0,51-1,41)

1- Em todas as consultas

2- Anexo 6

3- Inclui casos de imunidade prévia

Indicadores síntese de processo constam da Tabela 8.

Tabela 8 - Indicadores síntese de processo da atenção pré-natal, considerando-se as USF (n=115) e UBS (n=167). Botucatu, 2010-2011.

Indicador	USF		UBS		p valor	OR (IC)
	Nº	%	Nº	%		
Todos os exames (1º tri)						
Sim	101	87,8	142	85,0	0,503	1,27 (0,60-2,72)
Não	14	12,2	25	15,0		
Todos os exames (3º tri)						
Sim	96	83,5	59	35,3	0,000	9,25 (4,97-17,38)
Não	19	16,5	108	64,7		
Todos os exames (1º e 3º tri)						
Sim	87	75,7	53	31,7	0,000	6,68 (3,78-11,87)
Não	28	24,3	114	68,3		
6 consultas¹						
Sim	77	67,0	119	71,0	0,440	0,82 (0,47-1,41)
Não	38	33,0	48	29,0		
6 consultas¹ e exames (1º e 3º tri)						
Sim	64	55,6	38	22,7	0,000	4,26 (2,46-7,39)
Não	51	44,4	129	77,3		
6 consultas¹ e revisão de parto						
Sim	49	42,6	77	46,1	0,521	0,87 (0,52-1,44)
Não	66	57,4	90	53,9		
6 consultas¹, exames (1º e 3º tri) e revisão de parto						
Sim	41	35,7	22	13,2	0,000	3,65 (1,95-6,97)
Não	74	64,3	145	86,8		
6 consultas¹, exames (1º e 3º tri), vacina contra tétano e revisão de parto (pré-natal completo)						
Sim	36	31,3	17	10,2	0,000	4,02 (2,04-8,01)
Não	79	68,7	150	89,8		
PA, peso e altura uterina em todas as consultas						
Sim	109	94,7	144	86,2	0,020	2,90 (1,07-8,26)
Não	6	5,3	23	13,8		
Orientação nutricional e sinais de alerta no termo						
Sim	99	86,0	56	33,5	0,000	12,26 (6,36-23,94)
Não	16	14,0	111	66,5		
História clínica completa e aconselhamento anti HIV						
Sim	7	6,0	0	0,0	0,001	-
Não	108	94,0	167	100		
Revisão de parto precoce e tardia						
Sim	0	0	4	2,4	0,094	0,00 (0,00-2,22)
Não	115	100	163	97,6		

1-Distribuídas na gravidez, sendo uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre.

A situação das USF foi significativamente mais favorável quando se consideraram exames de terceiro trimestre; exames de primeiro e terceiro trimestres; seis consultas e exames; seis consultas, exames e revisão de parto; seis consultas, exames, revisão de parto e vacinação contra o tétano; registro de pressão arterial, peso e altura uterina em todas as consultas; orientação nutricional e sobre os sinais de alerta no termo e história clínica integralmente preenchida e aconselhamento antes da coleta do exame anti HIV.

4.3. Avaliação da qualidade das unidades individualmente

As tabelas 9 e 10 são relativas aos indicadores e escores das unidades individualmente.

Tabela 9 – Frequência relativa de realização das atividades preconizadas pelo PHPN, por unidade de saúde. Botucatu, 2010-2011.

Unidade	Início Precoce		6 ou mais consultas		Todos os exames				Imunização		Revisão de parto	
	%	escore	%	escore	%	escore	%	escore	%	escore	%	escore
UBS A	84,6	1	53,8	0,5	92,3	1	7,7	0	84,6	1	69,2	0,5
UBS B	100	1	83,1	1	75,0	0,5	8,3	0	100	1	41,7	0
UBS C	100	1	71,4	0,5	81,0	1	23,8	0	52,4	0,5	66,7	0,5
UBS D	78,8	0,5	48,5	0	100	1	12,1	0	81,4	1	66,7	0,5
UBS E	94,1	1	73,5	0,5	85,3	1	41,2	0	67,6	0,5	55,9	0,5
UBS F	93,8	1	87,5	1	81,3	1	56,3	0,5	75,0	0,5	65,2	0,5
UBS G	100	1	93,3	1	66,7	0,5	6,7	0	66,7	0,5	80,0	1
UBS H	100	1	78,3	0,5	82,6	1	47,8	0	100	1	56,5	0,5
USF I	100	1	50,0	0,5	50,0	0,5	100	1	50,0	0,5	50,0	0,5
USF J	86,4	1	59,1	0,5	90,9	1	77,3	0,5	63,6	0,5	40,9	0
USF L	92,9	1	50,0	0,5	78,6	0,5	71,4	0,5	85,7	1	57,1	0,5
USF M	92,0	1	84,0	1	96,0	1	88,0	1	96,0	1	88,0	1
USF N	83,3	1	75,0	0,5	83,3	1	50,0	0,5	100	1	50,0	0,5
USF O	68,4	0,5	52,6	0,5	89,5	1	78,9	1	63,2	0,5	63,9	0,5
USF P	85,7	1	91,4	1	78,6	0,5	78,6	0,5	100	1	78,6	0,5
USF Q	100	1	85,7	1	100	1	100	1	85,7	1	42,9	0

* Inclui citologia oncótica.

Tabela 10 – Frequência relativa de realização das atividades indicativas de qualidade da consulta pré-natal e escore final, por unidade de saúde. Botucatu, 2010-2011.

Unidade	Orientação sinais de alerta		Atendimento odontológico		Orientação nutricional		Exame das mamas		Escore final
	%	escore	%	escore	%	escore	%	escore	
UBS A	53,8	0,5	30,8	0	0,0	0	76,9	0,5	5,0
UBS B	0,0	0	41,7	0	16,7	0	25	0	3,5
UBS C	76,2	0,5	47,6	0	47,6	0	9,5	0	4,0
UBS D	51,5	0,5	40,6	0	57,6	0,5	90,9	1	5,0
UBS E	55,9	0,5	32,4	0	91,2	1	23,5	0	5,0
UBS F	56,3	0,5	12,5	0	43,8	0	37,5	0	5,0
UBS G	13,3	0	20,0	0	0,0	0	13,3	0	4,0
UBS H	91,3	1	21,7	0	69,6	0,5	8,7	0	5,5
USF I	100	1	0,0	0	100	1	100	1	7,0
USF J	100	1	40,9	0	95,5	1	54,5	0,5	6,0
USF L	92,9	1	42,9	0	100	1	42,9	0	6,0
USF M	88,0	1	76,0	0,5	100	1	88,0	1	9,5
USF N	75,0	0,5	33,3	0	100	1	25,0	0	6,0
USF O	94,7	1	52,6	0,5	89,5	1	26,3	0	6,5
USF P	100	1	35,7	0	71,4	0,5	21,4	0	6,0
USF Q	100	1	0,0	0	85,7	1	28,6	0	7,0

Três unidades (modelo UBS) apresentaram pontuação inferior a cinco, 12 tiveram pontuação intermediária, entre cinco e oito (cinco UBS e sete USF) e uma USF apresentou pontuação acima de oito.



Discussão

5 DISCUSSÃO

Para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante, o início deste acompanhamento deve ser até o 4º mês de gestação ou, mais precisamente, até 120 dias de amenorréia, conforme preconizado pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Nas USF e UBS estudadas, 93,4% e 86,0% das gestantes, respectivamente, iniciaram até essa idade gestacional. Considera-se ideal, porém, que o início ocorra ainda mais cedo e, nesse sentido, mais de 70% das gestantes, independente do tipo de unidade frequentada, tiveram a primeira consulta de pré-natal até 13 semanas de gravidez, o que certamente permite classificá-las como de início precoce. Esta ação visa fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal (BRASIL, 2002) e constitui importante fator interveniente no resultado perinatal, visto que possibilita a identificação precoce das gestações de risco, viabiliza a participação da gestante em número adequado de consultas e a realização de todo conjunto de exames a serem feitos durante esse período (MOIMAZ et al., 2010). Os valores obtidos, porém, são pouco inferiores ao encontrado em estudo realizado num município paulista, onde 86% das gestantes atendidas haviam iniciado o acompanhamento pré-natal até a décima terceira semana de gestação (MOIMAZ et al, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) mantém seis consultas de pré-natal como mínimo desejável e estas foram garantidas para quase a totalidade das gestantes estudadas. Mesmo quando se considerou a distribuição destas consultas ao longo da gravidez, conforme também é preconizado, a situação manteve-se favorável, pois mais de 70% das gestantes tiveram pelo menos uma consulta no primeiro trimestre e mais de 90% tiveram duas consultas no 2º trimestre e três consultas ou mais no 3º trimestre de gestação.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pelo enfermeiro, visto que esse profissional tem formação teórico-científica para prestar este tipo de assistência (CUNHA et al., 2009). Os resultados evidenciam que nas USF a consulta de enfermagem às gestantes está mais incorporada, pois 92,2% das gestantes tiveram quatro ou mais consultas com enfermeiro, sendo estas geralmente intercaladas com consultas médicas. Nas UBS apenas 6,6% das gestantes tiveram quatro ou mais consultas com enfermeiro, evidenciando que o

atendimento pré-natal está mais focado nas consultas médicas. Esta atuação maior da enfermeira nas USF é justificada pela mudança no processo de trabalho promovida pela Estratégia Saúde da Família, que aproxima as enfermeiras do cuidado, a partir da elaboração de protocolos de atenção que as respaldam, possibilitando que as enfermeiras vinculadas a essa Estratégia atuem mais na atenção pré-natal, quando comparadas àquelas que atuam em Unidades Básicas de Saúde (PARADA, 2006).

Na consulta de enfermagem a gestante pode encontrar espaço para o diálogo e, através desta interação, ser motivada a definir metas e objetivos a serem atingidos, visando à melhoria das condições de saúde do binômio mãe e filho. Assim, é espaço importante para ações de educação em saúde, podendo resultar em mudança da realidade de vida da família. Para a formação do essencial vínculo afetivo nessa fase, devem ser valorizadas as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro, de forma a individualizar e contextualizar a assistência pré-natal (MARQUES; PRADO, 2004).

Quanto à formação das enfermeiras que atendem pré-natal, nas USF, 53,8% são especialistas em Saúde da Família e 25% nas UBS; 15,4% são obstetristas nas USF; 16,5% das enfermeiras das UBS e 15,4% nas USF são especialistas em cuidado pré-natal. A consulta a protocolos, como por exemplo, o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério da Secretaria de Estado de São Paulo, parece não estar bem incorporada, pois apenas parte das enfermeiras referiram a presença deste manual em suas Unidades: 62,5% nas USF e 12,5% nas UBS.

Quanto aos exames de rotina, preconizados para serem realizados no primeiro trimestre da gestação, grande parte das gestantes os realizou, mais de 94,0% nos dois serviços, diferentemente do observado no terceiro trimestre gestacional, pois mesmo considerando-se apenas os exames com indicação de repetição, a cobertura foi bastante inferior, especialmente nas UBS, onde a cobertura variou de 55,0% a 79,6%. Destaca-se a baixa cobertura do exame de glicemia de jejum no terceiro trimestre, pelas UBS, o que prejudica o rastreamento do diabetes gestacional, que requer controle glicêmico periódico e a adoção de hábitos de vida saudáveis pela gestante ou mesmo o uso de insulina, aumenta o risco materno de pré-eclampsia, de ganho ponderal excessivo, de infecções do trato urinário, vulvovaginites, infecção puerperal e óbito. Para o feto, a diabetes pode acarretar abortamento, polidrâmnio, anomalias congênitas, restrição do

crescimento e óbito fetal; em caso de crianças nascidas vivas, pode haver complicações, como macrosomia, prematuridade, desenvolvimento de síndrome da angústia respiratória, hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, policitemia e morte perinatal (SÃO PAULO, 2010).

Em estudo sobre avaliação pré-natal realizado em município de médio porte da região metropolitana de São Paulo, duas hipóteses foram levantadas para explicar a baixa cobertura de exames no terceiro trimestre: os profissionais estão habituados a solicitar os exames apenas na primeira consulta e muitos deixam de pedi-los novamente próximo a trigésima semana de gravidez e algumas mulheres deixam de realizar os exames pela segunda vez, apesar de terem sido solicitados (BARBOSA; FERNANDES, 2007). Essas hipóteses podem explicar também o ocorrido em Botucatu.

Ressalta-se que falta ser dada a devida importância à repetição de exames sorológicos, como anti-HIV, VDRL e hepatite B, principalmente pelo fato de permitirem o diagnóstico de doenças de transmissão vertical.

Legislação do estado de São Paulo impõe, inclusive, maior rigor na indicação da sorologia anti-HIV que deve ser oferecida rotineiramente durante o pré-natal (no início e próximo a 30ª semana de gestação), independentemente do tamanho do município, após aconselhamento e consentimento (SÃO PAULO, 1999). Nas maternidades, as parturientes com sorologia desconhecida ou não comprovada para o HIV, devem ser informadas sobre as formas de transmissão e a importância da realização do teste anti-HIV, e que resultados reagentes implicam na administração de medicamentos na mãe e bebê (BRASIL, 2003). Apesar da situação de Botucatu não ser ideal, foi bastante superior à obtida em Recife – PE, onde estudo sobre a frequência de testagem para o HIV constatou que apenas 61,5% das mulheres chegaram para o parto com o resultado deste exame, valor considerado baixo, pela repercussão que pode representar para a saúde do filho e também porque a transmissão materno-infantil do HIV é passível de erradicação completa. No mesmo estudo, das 300 mulheres que realizaram o teste anti-HIV no pré-natal, mais da metade referiram não terem sido aconselhadas pelo profissional antes da solicitação (MORIMURA et al., 2006). Raramente detectou-se aconselhamento pré-teste em Botucatu, resultado que pode demonstrar dificuldade de abordar questões relacionadas à sexualidade e DST/HIV/Aids por grande parte dos profissionais de saúde, ou mesmo falha no

registro do aconselhamento, apesar do município disponibilizar impresso próprio para tal. A não realização do aconselhamento demonstra dificuldade de acolhimento às necessidades específicas da gestante durante o pré-natal, parto e puerpério, diminuindo a promoção da saúde integral da mulher. Essa prática informativa e educativa deve ocorrer para evitar a banalização do teste anti-HIV, como ainda ocorre com a realização do VDRL (BRASIL, 2006).

Das ações a serem realizadas nas consultas, o rastreamento de infecções verticalmente transmissíveis é uma das intervenções com possibilidade de maior impacto sobre a saúde perinatal. A partir da identificação da doença, pode-se oferecer tratamento eficaz, visando à cura materna e à prevenção da infecção fetal (LIMA et al., 2008). Nesse sentido, o diagnóstico e o tratamento da sífilis podem ser totalmente realizados durante o pré-natal, mediante realização do exame VDRL e da aplicação de Penicilina Benzatina, elementos que devem estar disponíveis na atenção primária (MOURA et al., 2003). Apesar de o exame VDRL ter sido realizado por grande parte das gestantes no primeiro trimestre, sua frequência foi menor no terceiro trimestre, principalmente nas UBS, onde atingiu cobertura de aproximadamente 80%. Mesmo assim, a situação encontrada foi mais favorável que a de Salvador-BA, em que somente 11,2% das gestantes fizeram mais de um VDRL (LIMA et al., 2008).

A transmissão vertical da hepatite B, no caso de doença aguda materna, pode ocorrer para 10% dos fetos nos dois primeiros trimestres da gravidez e para 70% deles no terceiro trimestre (FIGUEIREDO, 2006). A infecção em neonatos apresenta taxa de cronificação maior que em adultos - 90%, podendo os acometidos evoluir para a forma crônica, desenvolvendo cirrose ou carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2005b). Como nas outras sorologias, o exame para hepatite B foi mais realizado no início da gestação, tanto por gestantes atendidas em UBS quanto em USF. Há, porém, diferenças nos protocolos do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo quanto a esse exame: enquanto o Ministério da Saúde ainda não preconiza a realização deste, a Secretaria de Estado de São Paulo indica sua realização na primeira consulta de pré-natal (BRASIL, 2002) (SÃO PAULO, 2010).

O exame parasitológico de fezes foi pouco realizado, situação também identificada em estudo com abrangência nacional (RIBEIRO et al., 2004), porém sua realização foi mais freqüente nas UBS. Quanto ao coombs indireto, deve ser

realizado para as gestantes com fator Rh negativo e parceiro com fator Rh positivo e/ou desconhecido. Se o exame for negativo, deve ser repetido mensalmente e, se for positivo, a gestante deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco (SÃO PAULO, 2010). Apesar da importância do exame para identificação de gestantes de risco, o acompanhamento foi pouco realizado, especialmente nas UBS, onde apenas 8% das gestantes foram acompanhadas como indicado.

A oportunidade de oferecer exame preventivo do câncer de colo do útero às mulheres durante o período do pré-natal foi bem aproveitada em Botucatu. A colpocitologia oncótica foi realizada para 94% das gestantes atendidas em USF e 86,8% nas UBS, valor superior ao encontrado em diversos outros estudos realizados em Pelotas – RS, Rio de Janeiro – RJ e Montes Claros – MG, pois nestes a maior cobertura esteve próxima de 50%. (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; NOGUEIRA, 2008; CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

O exame das mamas foi pouco realizado, principalmente nas UBS, onde pouco mais de um terço das gestantes passaram por esse procedimento na gravidez. Considera-se, então, ter havido perda de oportunidade, não apenas para identificação de alterações que requeiram tratamento, mas também para avaliar as características mamilares, orientar quanto aos cuidados com as mamas e em relação à amamentação. Semelhante cobertura de realização de exame clínico das mamas durante o pré-natal ocorreu no município de Rio Grande – RS, onde houve 40,2% de prevalência da realização deste exame (GONÇALVES C.V. et al, 2008).

O exame de ultra-som não está incluído como procedimento básico de rotina recomendado pelo PHPN a todas as gestantes de baixo risco, embora a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo aponte a ultrassonografia como recurso útil na assistência pré-natal, recomendando sua realização entre 10 e 13 semanas de gravidez, caso a gestante tenha iniciado o pré-natal precocemente, para o rastreamento das cromossomopatias. Essa secretaria indica, onde for factível apenas um exame, que este seja realizado entre 20 e 24 semanas, pois nesse período há uma relativa precisão da mensuração da idade gestacional e possibilita avaliação morfológica fetal (SÃO PAULO, 2010).

Como a realização de ultrassom é possível na atenção básica de Botucatu, foi solicitado e realizado pelo menos uma vez por 91,3% das gestantes

acompanhadas nas USF e por 93,4% das atendidas nas UBS. Sabe-se que a obstetrícia moderna tem recomendado frequentemente sua realização no início da gravidez, para confirmar ou determinar a idade gestacional. Estudo realizado em 2006 no mesmo município da presente investigação evidenciou que 59,3% das gestantes tinham feito esse exame (BALDIN, 2007). Porém, na literatura científica, a cobertura do ultrassom é muito variada, visto que em alguns serviços de pré-natal sua realização é rotineira e, em outros, depende de haver indicação. Assim, em estudo realizado no sul do Brasil apenas 20% das gestantes haviam realizado esse exame (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005), em Juiz de Fora a cobertura foi de 82% (COUTINHO et al., 2003) e em Caxias do Sul 96,8% (TREVISAN et al., 2002).

Ainda assim, apesar da solicitação da clientela por tecnologia, a realização do exame de ultrassonografia não deve ocorrer em detrimento de ações mais simples e de comprovada eficácia, como foi evidenciado no município do Rio Grande: 99,1% das grávidas haviam realizado ultrassonografia, mas apenas 37,5% e 33,6%, respectivamente, haviam feito exame clínico das mamas ou citologia cervical (GONÇALVES, et al., 2009). Observou-se no presente estudo, que a cobertura de colpocitologia oncótica também foi boa, porém o exame clínico das mamas apresentou coberturas muito baixas, tendo sido realizado em menos da metade das gestantes nos dois modelos de atenção.

Entre as intercorrências clínicas que mais acometeram as gestantes durante o pré-natal, nos dois serviços, destacaram-se a infecção genital e a infecção do trato urinário (ITU). Em 2009, ano em que foi realizada a coleta de dados, não estava disponível tratamento etiológico da infecção genital em Botucatu, mas sabia-se de sua elevada prevalência, assim como da ITU, visto que em estudo de 2008, em que houve busca ativa por diagnóstico etiológico desses dois tipos de infecção, 43,5% das gestantes apresentaram ITU e 59,5% tiveram infecção genital (FEITOSA, 2008). O exame de urina I ou a urocultura foi repetido por pouco mais da metade das gestantes nas UBS, apesar das complicações que a ITU pode acarretar no período gestacional (FEITOSA, 2008).

Não existem evidências de risco para o feto quando a gestante é imunizada com toxóides, vacinas polissacarídicas, conjugadas ou contendo vírus mortos. Porém, no Brasil, é necessário melhorar a cobertura vacinal de gestantes contra o tétano, pois além da proteção materna é elevada eficácia desse

procedimento na prevenção do tétano neonatal (BRICKS, 2003). A cobertura obtida nas UBS e USF, porém, esteve aquém do esperado, considerando que esse imunobiológico está sempre disponível, que a grande maioria das mulheres teve mais de seis consultas de pré-natal e que as salas de vacina do município são informatizadas, permitindo melhor controle das doses aplicadas.

Todas as Unidades de Saúde dispunham de um ou mais dentistas para atenderem regularmente gestantes, mas o atendimento odontológico a essa clientela foi baixo: 46,1% nas USF e 32,3% nas UBS. Assim, as limitações da cobertura encontradas não podem ser atribuídas exclusivamente ao número insuficiente de profissionais (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). Mesmo apresentando baixa cobertura deste tipo de atendimento, a situação de Botucatu foi superior a encontrada em outros estudos: em análise realizada em cinco regiões brasileiras, tanto em UBS quanto em USF, aproximadamente 19% das gestantes haviam passado por consulta odontológica (RIBEIRO et al., 2004). Foram encontrados dados ainda mais desfavoráveis na região norte de Minas Gerais, onde 12,2% das gestantes tinham recebido atendimento odontológico nas USF e 7,8% nas UBS (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

As gestantes estudadas foram pesadas e tiveram a pressão arterial aferida em 99% das consultas. Esse último procedimento foi encontrado também em estudo realizado para avaliação da assistência nutricional no pré-natal em Unidades de Saúde da Família do Rio de Janeiro, onde 98,5% das gestantes afirmaram que tiveram a pressão arterial aferida em todas as consultas (NIQUINI, 2010). Em contraposição, gestantes atendidas em cinco ou mais consultas de pré-natal em Juiz de Fora, tiveram registradas a pressão arterial (77,8%), o peso (75,4%) e a altura uterina (72,7%) menos frequentemente (COUTINHO et al., 2003). Peso materno, pressão arterial e altura uterina são procedimentos básicos, simples e de baixíssimo custo, mas que contribuem com a detecção de riscos gestacionais importantes e, por isso, devem ser realizados rotineiramente em todas as consultas de pré-natal.

Mais de 90% das gestantes atendidas nas USF receberam orientação sobre alimentação, valor semelhante ao obtido em estudo realizado no Rio de Janeiro focado na avaliação nutricional de gestantes (NIQUINI, 2010). A situação é bastante melhor que a encontrada nas UBS, pois neste caso apenas metade das gestantes foram orientadas.

A prescrição de sulfato ferroso ocorreu para todas as gestantes das USF e para 92,2% daquelas atendidas nas UBS. Esses dados, porém, devem ser vistos com cautela, pois nem sempre a medicação prescrita é ingerida. Em estudo realizado em 2006, investigou-se o uso de ferruginoso no pré-natal, sendo os dados obtidos bastante menores: 79,1% das gestantes acompanhadas nas USF e 73,5% das seguidas em UBS referiram terem ingerido esse medicamento na gestação (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010). Ressalta-se ser esta medida importante estratégia voltada à prevenção da anemia, intercorrência clínica que acometeu 26,9% das gestantes acompanhadas nas USF e 17,3% nas UBS.

No período pós-parto, a consulta de puerpério promove o importante momento de troca de informações e experiências com a paciente, pois muitas vezes as mães têm dúvidas sobre aleitamento materno, cuidados com o bebê e planejamento familiar, entre outras. Na revisão de parto precoce, entre sete e dez dias pós-parto, orientações sobre o aleitamento materno devem ser priorizadas, enfatizando os cuidados com as mamas, além de ser importante avaliar a loquiação, a cicatriz cirúrgica (se houver) e orientar os cuidados com o bebê. Porém, esta consulta ocorreu para apenas 7% das puérperas acompanhadas nas USF e para 3% nas UBS. Assim, apesar de significativamente mais frequente nas USF, sua ocorrência foi irrisória. Em estudo realizado num hospital de Porto Alegre – RS, durante o puerpério imediato, as mulheres apontaram as principais dificuldades no período: o cuidado com o recém-nascido e o auto-cuidado, com destaque para o processo de amamentação (STRAPASSON; NEDEL, 2010). Percebe-se que a revisão de parto tardia, ou seja, até 42 dias pós-parto, conforme preconizado pelo PHPN, está mais incorporada, e ocorreu para 58,2% das puérperas nas USF e para 62,2% nas UBS. Tendo por base o princípio da integralidade na saúde, porém, a assistência pré-natal somente se completa após a consulta de puerpério.

Considerou-se o registro da história clínica completo quando todos os campos do impresso estavam preenchidos. Essa história deve ser mantida no prontuário, sendo cópia idêntica do cartão da gestante. Houve diferença significativa entre UBS e USF quando se avaliou a presença de história clínica completa no prontuário, sendo mais favorável a situação das USF. Os profissionais, com frequência, desvalorizam o registro sistemático e organizado

das informações nos prontuários, apesar deste caracterizar-se como documento que fornece subsídios para uma boa assistência e ser fundamental em situações éticas e jurídicas, representando segurança tanto para o profissional quanto para a clientela (BARBOSA; FERNANDES, 2007).

As orientações de sinais de alerta no termo aconteceram significativamente mais durante as consultas de pré-natal nas USF, onde há maior número de consultas de enfermagem. Em estudo realizado em 2009, a análise das representações sociais das gestantes sobre a gestação e a atenção recebida na consulta de enfermagem do pré-natal, evidenciou que as orientações fornecidas permitiram ampliar o conhecimento não apenas do processo gestacional, mas também do parto, que é um momento bastante temido. Os autores discutem neste estudo que na consulta de enfermagem o espaço de acolhimento possibilita o diálogo, permitindo a livre expressão de dúvidas, sentimentos e experiências, estreitando o vínculo entre a enfermeira e a gestante, favorecendo que a gestante compreenda esse complexo processo, possibilitando o enfrentamento com maior tranquilidade do momento do parto, que pode ser associado à morte e a outras complicações (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Ao se analisar os indicadores-síntese do processo de atendimento pré-natal preconizado pelo PHPN, abrangendo o conjunto de ações preconizadas, a cobertura nas USF foi baixa, mas ainda foi três vezes maior que nas UBS, que atingiu cobertura de apenas 10,2%. A realização do conjunto dessas ações deve ser mais valorizada, pois representa procedimentos mínimos para o adequado atendimento pré-natal, destacando-se o direito de toda gestante de acessar todas essas ações, de forma a obter atendimento digno e de qualidade (BRASIL, 2002).

A análise das unidades de saúde, individualmente, permite dividi-las em três grupos. O primeiro é constituído por três unidades, que receberam escore abaixo de cinco e, por isso, podem ser classificadas como ruins. Há um grande grupo intermediário, constituído por 12 unidades, cujos escores foram superiores a cinco, mas inferiores a oito e, por fim, destaca-se uma das unidades, com escore 9,5. Esses resultados permitem-nos concluir que, embora a situação das USF seja melhor, muito há que se avançar no município, para que a atenção pré-natal possa atingir nível de excelência em todas as suas unidades, independente do modelo de atenção.



Conclusões

6 CONCLUSÕES

A análise da estrutura disponível evidencia que, em geral, esse não é problema no município estudado. Quando se analisa indicadores-síntese de processo, o desempenho das USF mostrou-se superior ao das UBS na maioria deles, ficando as unidades de modelo tradicional com indicadores melhores apenas quando se considerou a realização de seis consultas durante o pré-natal e revisão de parto tardia. Embora as USF apresentem melhor desempenho, ainda necessitam avançar muito no conjunto de ações para um pré-natal de qualidade. Ações como solicitação de exames laboratoriais no terceiro trimestre, realização de exames de mamas, orientação nutricional e de sinais de alerta no termo são especialmente frágeis, principalmente nas UBS. Tais ações, simples, qualificam a atenção.

Podem ser úteis para os profissionais dos dois modelos de atenção, atividades de educação permanente, de forma a garantir que ações preconizadas sejam efetivamente incorporadas na rotina pré-natal de Botucatu.

Porém, há necessidade de realização de novos estudos, para ouvir a clientela e os profissionais que atuam nesta assistência, de forma que a visão dos atores envolvidos amplie a avaliação ora realizada. Também pode ser útil avaliar o resultado da atenção pré-natal a partir da análise das condições de saúde dos recém-nascidos, assim como a qualidade da atenção pré-natal por observação e não por análise de prontuários, visto que o problema pode estar no registro e não nas ações desenvolvidas.



Referências

7 REFERÊNCIAS

BALDIN, M.R. Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Botucatu-SP. In: PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. (Orgs.). **Saúde da família sob diferentes perspectivas: a produção científica de especialistas**. Botucatu: Fundação UNI, 2007. p. 91-114.

BARBOSA, M.A.; FERNANDES, R.A.Q. **Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato**. 2007.130f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Nacional DST e Aids. Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional e Demografia e Saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRICKS, L.F. Vaccines in pregnancy: a review of their importance in Brazil. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, v. 58, n. 5, p.263-274, 2003.

CALDEIRA, A.P.; OLIVEIRA, R.M.; RODRIGUES, O.A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Rev. Ciênc. Saúde Colet.**, v.15, supl.2, p.3139-3147, 2010.

CALDEIRA, A. P. et al. Qualidade da assistência a gestante em diferentes modelos da atenção primária. **Rev. APS**, v.13, n.2, p. 196-201, 2010.

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

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; WALTER, M.I.M. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 5, n. 39, p.768-774, 2005.

COUTINHO, T. et al. Adequacy of the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in Juíz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

CUNHA, M.A.; MAMEDE, M.V.; DOTTO L.M.G.; MAMEDE F.V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, v.13 n. 1, p. 145-153, 2009.

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

FEITOSA, D.C.A. **Infecções do trato urinário e do trato genital inferior em gestantes de baixo risco do município de Botucatu-SP**. 2008. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2008.

FIGUEIREDO, G.M. Programa Nacional para a prevenção e o controle das Hepatites virais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E OUTRAS DST, 1., 2006. FÓRUM DAS CIDADÃS SOROPOSITIVAS, 1., 2006 , João Pessoa. **Resumos...**João Pessoa, 2006. Disponível em:<<http://www.portaldeginecologia.com.br/pdf/01/01.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2011.

GONÇALVES, C. V. et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1783-1790, 2008.

GONÇALVES, C. V. et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma inversão de valores. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.55, n.3, p.290-295, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a21.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2011.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

IBGE. Resultados preliminares do Universo do Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 24 set. 2011.

LANSKY, S. et al. 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**, v. 22, n. 1, p. 117-130, 2006.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LIMA, B.G.C. et al. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v.17, n.2, p. 125-127, 2008.

MARQUES, R.G.; PRADO, S.R.L.A. Consulta de enfermagem no pré-natal. **Rev. Enferm. UNISA**, n.5, p. 33-36, 2004.

MATIDA, A.H.; CAMACHO, L.A.B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e sínteses no processo de avaliação nos processos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 37-47, 2004.

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

MORIMURA, M.C.R. et al. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.6, n.1, 2006.

MOURA, E.R.F.; HOLANDA JUNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, 2003.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 173-179, 2006.

NASCIMENTO, L.F.C. Pregnants' profile in prenatal and perinatal stages: comparative study between public and private health services in Guaratinguetá, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 3, n. 2, p. 187-194, 2003 .

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p.333-345, 2005.

NIQUINI, R.P. **Avaliação da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro**. 2010. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

NOGUEIRA, C.L.M.T. **Avaliação da assistência pré-natal na XIX^a R.A do município do Rio de Janeiro**. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

PARADA, C.M.G.L. **“Avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) na DIR XI – Botucatu”**. 2006. 233f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PEREIRA, M.G. Qualidade dos serviços de saúde. In: _____. **Epidemiologia: teoria e prática**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 538-560.

RIBEIRO, J.M. et al. Perception of prenatal care among clients of the Brazilian National Health System (SUS): a comparative study. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 534-545, 2004.

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

SANTOS, I.S. et al. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal. Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 603-609, 2000.

SANTOS, I.S.; VICTORA, C.G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 5337-5341, 2004.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.D.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.

SÃO PAULO (ESTADO). Lei nº 10449, de 20 de dezembro de 1999. Inclui testes para detecção do HIV e da sífilis nos exames pré-natais. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 20 dez. 1999. Seção I, p.3.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde (SES). Atenção à gestante e puerpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo, 2010.

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.62, n.3 p. 307-392, 2009.

SILVA, J.A.; RIBEIRO, L.C.; SILVEIRA, M. Avaliação do nível de satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família no Bairro Furtado de Menezes – Juiz de Fora/MG. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxambu, MG. **Anais...**Caxambu, 2004. p.1-13.

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

STRAPASSON, M.R., NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n.3, p. 521-528, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000300016>>. Acesso em: 16 set. 2011.

TREVISAN, M.R. et al. Perfil da Assistência Pré-natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VICTORA, C.G. et al. Avanços e desafios: saúde materna e infantil no Brasil. **Lancet**, v.377, In 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: <
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/abstract)>. Acesso em: 09 jan. 2012.



Anexos

8 ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Apresentação: Sou Renata Leite Alves de Oliveira, enfermeira, CPF: 218.541.708-80, pesquisadora responsável pelo trabalho: “AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU – SP NA PERSPECTIVA DOS DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA.”

Instituição de ensino: Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Nome do entrevistado: _____

Informações sobre o estudo

Esta pesquisa busca avaliar a assistência pré-natal prestada na Atenção Básica de Botucatu, nos diferentes modelos de atenção (Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde, modelo tradicional).

Um dos objetivos do estudo é avaliar a estrutura (física, material e de recursos humanos) para o atendimento de pré-natal. Para isto, necessito de sua colaboração respondendo algumas questões estruturadas, sendo que o tempo despendido é de aproximadamente 10 minutos, sobre o tema acima proposto.

As informações obtidas serão utilizadas para descrever a estrutura da Unidade de Saúde sob sua gerência e/ou assistência. A identificação de cada entrevista se dará apenas pelo nome da Unidade de Saúde e em nenhum momento será citado o nome de quem respondeu às questões, e os dados obtidos serão utilizados de acordo com os preceitos éticos de sigilo e privacidade. Coloco-me à disposição para esclarecimentos antes e durante a pesquisa quanto à metodologia e procedimentos. Solicito sua permissão, através da assinatura deste termo de consentimento. Gostaria ainda de esclarecer que a sua participação na pesquisa é livre e desta forma você tem a liberdade em recusar ou retirar o consentimento sem nenhum prejuízo. Este termo de consentimento livre e esclarecido é realizado em duas vias, para que uma fique em posse do entrevistado.

É esperado que as conclusões deste estudo possam ser utilizadas pelos gestores de saúde local, com a finalidade de se alcançar ações mais efetivas, em relação à assistência pré-natal.

Eu, _____, RG _____, a

baixo assinado, tendo recebido e compreendido as informações acima, concordo em participar.

Botucatu, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Pesquisadora: Renata Leite Alves de Oliveira, Endereço – Rua Joaquim Francisco de Barros, nº 95. B. Alto. Botucatu, SP. E-mail: re.milk@ig.com.br. Telefone de contato: (14) 38135216 / 97572898

Orientadora: Cristina Maria Garcia de Lima Parada. Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, Distrito de Rubião Júnior, s/n, CEP: 18.618-970. E-mail: cparada@fmb.unesp.br Telefone: (14) 9775323

ANEXO 2

Medicamentos que devem estar disponíveis para a atenção ao pré-natal e puerpério

Nº medicamento	Uso	Apresentação	Posologia
1. Acetato de medroxiprogesterona	Anticoncepcional injetável trimestral	150 mg/ml	1 ampola, 1x/trimestre, IM
2. Aciclovir	Herpes Simples	Comp. 200 mg	200-400mg, 5x/dia, VO (10 dias se primoinfecção e 5 dias na recorrência)
3. Ácido acetilsalicílico	Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide	Comp. 100 mg Comp. 500 mg	500 mg 1-4 X/dia, antipirético e analgésico; 100 mg, 1x/dia, profilaxia de pré-eclâmpsia
4. Ácido fólico	Anemia, prevenção de defeitos tubo neural e anemia megaloblástica	Comp. 5 mg	5 mg dose única diária, VO (anemia até cura e durante o puerpério, prevenção de defeitos do tubo neural do período pré-concepcional até 2 semanas de gravidez)
5. Ácido folínico	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 15 mg	1 comp VO 1x /dia, durante 3 semanas de pausa de 3 semanas
6. Alfa-metildopa	Hipertensão arterial	Comp. rev. 250 mg	750 mg-2,0 mg/dia, VO na pré-concepção, gestação e puerpério
7. Aminofilina	Asma + apnéia do RN, embolia pulmonar	Comp 100 mg Sol inj. 24mg/ml	200-300 mg/3-4x/dia, VO; 240-480 mg, 1-2 x/dia, EV (duração de uso segundo critério médico)
8. Amoxicilina	Antibioticoterapia	Cáp. 500mg ; Pó susp.Oral 50mg/ml	500 mg, 8-8 h/dia, VO (de 7 a 10 dias)
9. Ampicilina	Infecção urinária, infecções RN, abortamento infectado, septicemia, infecção puerperal, endocardite bacteriana	Pó para sol inj. 1 g. Pó para sol inj. 500 mg Comp. 500 mg	500 mg, 6-6 h, VO, Im ou EV (de 7 a 10 dias)
10. Azitromicina	Antibioticoterapia	Comp. 500 mg	500 mg dose única diária, com 3 dias ou 1,5-2 r em DU, VO
11. Betametasona	Aceleração da maturidade pulmonar fetal	Sol. Inj. 12 mg	1 ampola, IM 24-24 h (por 2 dias)
12. Cabergolina	Inibição da lactação	Comp. 0,5 mg	4,5 mg/semana, VO
13. Carbamazepina	Epilepsia	Comp. 200 mg Xarope 20 mg/ml	200-400 mg dose única diária, VO
14. Cefalosporina 1ª geração (cefalexina)	Infecção urinária bacteriúria	Cáp. 500mg ; susp.Oral 50mg/ml	500 mg, 4x/dia, VO (7 dias)
15. Cefalosporina 3ª geração (ceftriaxone)	Antibioticoterapia Infecção urinária septicemia	Pó para sol inj. 1 g. Pó para sol inj. 500 mg, Pó para sol inj. 250 mg	2-4 g/dia, EV (de 7 a 10 dias)
16. Clindamicina	Vaginose bact., abortamento infectado, septicemia, infecção puerperal, embolia pulmonar, corioamnionite	Cáp. 150 mg, cáp 75 mg, sol inj. 150mg/ml	300-600 mg, 6-8 h, VO, IM ou EV (de 7 a 10 dias); creme vaginal 2%, 1x/dia por 7 dias
17. Cromoglicatos	Asma	Aerossol 500 mcg/dl	Solução 2%, 2 aplicações até 6x/dia, uso nasal

Nº medicamento	Uso	Apresentação	Posologia
18. Diazepan	Hemorragia intracraniana, depressão, outros	Comp. 2 mg Comp. 5 mg sol inj. 5mg/ml	2-10 mg, 2-4x/dia, VO
19. Dimeticona	Gases	Comp 40 e 120 mg	40-80 mg, 4x/dia, VO
20. Dipirona	Analgésico, antitérmico	Sol oral 500mg/ml Sol inj. 500 mg/ml	500 mg 1-4x/dia
21. Eritromicina	Antibioticoterapia	Cáp 500mg comp rev. 500mg Susp. oral 25mg/ml	250-500 mg, 6-6h, VO
22. Espiramicina	Infecção fetal por toxoplasmose	Comp. rev 500 mg	3,0 g/dia(até término da gravidez)
23. Fenitoína	Epilepsia	Comp. 100mg	100 mg, VO, 3x/dia
24. Fenobarbital	Epilepsia	Comp. 100mg gts oral 40 mg/ml sol inj 100mg/ml	100-200 mg, dose única diária, VO
25. Furosemida	Diurético+broncodisplasia RN+edema agudo de pulmão	Comp. 40 mg Sol. Inj. 10 mg/ ml Comp 25 mg	20-80 mg, dose única diária, VO, IM ou EV
26. Gentamicina	Abortamento infectado, septicemia, infecções RN, corioamnionite, inf, puerperal	Sol. inj. 10 mg/ ml e 40 mg/ ml Sol. inj. 50 mg/ ml e 250 mg/ ml	240 mg/ml/dia, EV ou IM (de 7 a 10 dias)
27. Gluconato de cálcio	Antídoto do sulfato de Magnésio, em casos de parada respiratória, hipocalcemia RN	Sol inj. 0,45 mEq por ml (10%)	1 ampola, dose única, bolus, EV (a critério médico)
28. Hidralazina	Hipertensão Arterial	Sol. Inj. 20 mg/ml	1 amp diluída em 20 ml de AD, 5 ml EV, repetir a critério médico
29. Hidrocortisona	Asma	Pó para sol. Inj. 100 e 500 mg	0,5-1 g., dose única diária, IM ou EV, duração a critério médico
30. Hidróxido de alumínio	Azia	Comp. Mastigável 200+200 mg, susp. Oral 35,6+37 mg/ml	300-600 mg, 4-6x/dia
31. hioscina/butilescolamina	Cólicas	Comp. 10mg	10-20 m, 3-5 x/dia
32. Imunoglobulina humana anti-D	Profilaxia de aloimunização materno-fetal	Sol. Inj. 300 mg	1 amp. Na 28ª sem, IM e até 72 h pós-parto, IM
33. Imunoglobulina humana anti-hepatite B	Hepatite B	Sol. Inj. 200 UI/ml	0,06ml/kg, IM
34. Insulina humana NPH e regular	Diabetes	Sol inj. 100 UI/ml	NPH: 0,5 UI/kg/dia; Regular: 0,4 UI/kg/dia (adaptar a critério médico)
35. Lamivudina	Profilaxia infecção HIV	Comp. 150 mg Sol oral 10 mg/ml	150 mg, 2x/dia, VO
36. Mebendazol	Helmintíase	Comp. 150 mg Sol oral 10 mg/ml	20 mg/dia, VO (por 3 dias)
37. Metoclopramida	Hiperêmese	Comp. 10 mg Sol oral 4 mg/ml Sol inj. 5 mg/ml	10 mg, 3x/dia, VO, IM ou EV ou via retal
38. Metronidazol cp	Vaginites, infecção puerperal, septicemia, abortamento infectado	Comp. 250 mg	2 g, dose única, VO
39. Metronidazol creme vag.	Corrimentos, colpíte, abortamento infectado	Creme vag. 5%	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)

Nº medicamento	Uso	Apresentação	Posologia
40. Nelfinavir	Profilaxia infecção HIV	Comp. 250 mg Pó sol. Oral 50 mg	750 mg, 8-8 h, VO
Nº medicamento	Uso	Apresentação	Posologia
41. Nifedipina	Hipertensão arterial	Comp. 20 mg	10-80 mg/dia, VO, a critério médico
42. Nistatina creme vag.	Corrimentos, colpíte	Crema vag. 25.000 UI/g	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)
43. Nitrofurantoína	Infecção urinária, bacteriúria	Comp. 100 mg Susp. Oral 5 mg/ml	100 mg, 6-6 h, VO (por 10 dias)
44. Paracetamol	Analgésico, antitérmico	Comp. 750mg Susp. Oral 100 mg/ml	500 mg, 1-4x/dia, VO
45. Penicilina benzatina	Sífilis	Pó para sol inj. 600.0000 UI e 1.2000.000 UI	Até 2,4 milhões UI, IM com intervalo de 1 semana
46. Pirimetamina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 25 mg	25 mg, 8/8 h, (por 3 dias), seguidos de 25 mg 12/12h, VO (por 3 semanas, intervalo de 3 semanas, até término da gestação)
47. Prednisona	Lupus eritematoso sistêmico, asma	Comp. 5 mg Comp. 20 mg	2,5-15 mg, 2-4 x /dia, VO
48. Propranolol	Hipertensão arterial Crise tireotóxica, hipertireoidismo	Comp. 40 mg Comp. 80 mg	20-80 mg/dia, VO
49. Rifampicina	Hanseníase Tuberculose	Cáp. 300 mg	600 mg, dose única diária, VO
50. Salbutamol	Trabalho de parto prematuro, asma	Xarope 0,4 mg/ml Aerossol 100 mcg por dose Sol. Inj. 500 mcg/ml Comp. 2 mg Sol. Iná. 5 mg/ml	2-4 mg, 3-4x/dia, VO. Broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; Nebulização: 2,5-5 mg/2ml de Soro Fisiológico; Aerossol: 100-200 mcg, 4-6 h
51. Sulfadiazina	Toxoplasmose, feto infectado	Comp. 500 mg	500-1.000 mg, 6-6 h, VO (por 3 semanas, intervalo de 3 sem, até o termo da gestação)
52. Sulfametoxazol (SMZ) + trimetoprim (TMP)	Quimioprofilaxia para Pneumocistis carinii, antibioticoterapia	Comp. 400+80 mg Sol. inj. 80+16 mg/ml Susp. Oral 40+8 mg/ml	800mg de SMZ+160mg de TMT, 12-12h, VO (de 7 a 10 dias); Pneumonia por P. carinii: 20mg/kg/dia de TMP e 100 mg/kg/dia de SMZ, 6-6, VO (por 3 semanas)
53. Sulfato de magnésio a 50%	Eclâmpsia(convulsão e Hipertensão arterial) hipomagnesemia RN	Sol. Inj. 500 mg/ ml	EV: ataque: 4 g. EV, em 10 min. Manutenção: 2 g/hora, EV (diluir em SG 5%). IM: ataque: 4 g. EV, em 10 min. + 10 g. IM (metade em cd nádega) Manutenção: 5 g. IM, a cd 4h, se nova convulsão: 2g. EV, em 5 min.
54. Sulfato ferroso	Anemia	Comp. rev. 40 mg Sol. Oral. 25 mg/ml	250 mg, dose única, VO (a partir da 20ª semana de gravidez até 6 semanas pós-parto)
55. Tiabendazol	Estrongiloidíase	Comp. 500 mg Susp. Oral 50 mg/ml	50 mg/kg/dia, VO (2 dias seguidos)
56. Zidovudina	Terapia antirretroviral	Cáp. 100 mg	200 mg, 8-8h, VO

Fonte: Manual técnico do pré-natal e puerpério da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, p. 214-217, 2010.

ANEXO 3

Instrumento para coleta de Recursos Estruturais para Desenvolvimento da Assistência Pré-Natal

Nome da unidade: _____

• **Recursos Humanos:**

Existência de médico e/ ou enfermeira para assistência pré-natal

Nº de médicos () Especialidade _____

Nº de enfermeiros () Especialidade _____

Existência de médico e/ ou enfermeira que não realizam assistência pré-natal

Nº de médicos () Especialidade _____

Nº de enfermeiros () Especialidade _____

Existência de outros profissionais da área da saúde que atendem regularmente gestantes

() dentistas () nutricionistas () outros _____

No caso de médicos e enfermeiras não especialistas, houve capacitação para atendimento pré-natal?

() sim () não

Quando teve a última capacitação? _____

Qual a carga horária? _____

E para os outros profissionais (auxiliares e ACS), houve capacitação para atendimento às gestantes?

() sim () não

Quando teve a última capacitação? _____

Qual a carga horária? _____

Existe grupo de gestantes?

() sim () não

Frequência: _____

Profissionais da equipe que participam do grupo

Médico () sim () não **Enfermeiro** () sim () não **ACS** () sim () não **Aux enf.** () sim () não

Outros profissionais: _____

• **Recursos Físicos:**

Existência de sala com adequadas condições de higiene, ventilação e privacidade para atendimento das gestantes

Número de consultórios, com recursos materiais mínimos

() 1 () 2 () 3 () 4 () outro _____

Número de consultórios, com banheiro

() 1 () 2 () 3 () 4 () outro _____

• **Materiais, Equipamentos e Instrumentais:**

1 Mesa

() sim () não

2 Cadeiras

() (colocar o nº)

3 Mesa de exame ginecológico

() sim () não

4 Escada de dois degraus

() sim () não

5 Foco de luz

() sim () não

6 Mesa de apoio para materiais

() sim () não

7 Forro para mesa ginecológica

() sim () não

8 Lençol para cobrir a gestante (troca/descartável)

() sim () não

9 Balança para adultos (peso e altura)

() sim () não

10 Esfigmomanômetro e Estetoscópio clínico

() sim () não

11 Fita métrica flexível e inelástica

() sim () não

12 Sonar Doppler e gel

() sim () não

13 Luvas

() sim () não

14 Estetoscópio Monoauricular de Pinard

() sim () não

15 Espéculos

() sim () não

16 Pinças de Cheron

() sim () não

17 Gazes

() sim () não

18 Material para coleta de exame citopatológico (espátula de Ayres, lâmina e fixador) e realização do teste de Schiller

() sim () não

19 Material de apoio, como lubrificantes

() sim () não

20 Cartão da gestante e ficha perinatal

() sim () não

• **Medicamentos Essenciais:**

Existência de antiácidos

Hidróxido de alumínio () sim () não

Existência de anti-eméticos

Metoclopramida () sim () não

Existência de sulfato ferroso Existência de ácido fólico () sim () não

() sim () não

Existência de anti-hipertensivos (metildopa)

() sim () não

Existência de insulina

() sim () não

Existência de analgésicos

Paracetamol () sim () não Buscopan simples () sim () não

Existência de antibióticos

Amoxicilina () sim () não Penicilina Benzatina () sim () não Ampicilina () sim () não

Cefalexina () sim () não Nitrofurantoína () sim () não Eritromicina () sim () não

Existência de medicamentos para tratamento de infecções genitais

Metronidazol cp () sim () não Metronidazol gel () sim () não

Nitrato isoconazol () sim () não Nistatina creme () sim () não

Existência de medicamentos para tratamento de parasitoses intestinais

Mebendazol () sim () não Tiabendazol () sim () não

Existência de medicamentos para tratamento de asma (aminofilina, cromoglicatos, prednisona, hidrocortisona, salbutamol)

() sim () não

Existência de medicamentos psicotrópicos (diazepam, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital)

() sim () não

Há protocolo impresso disponível na unidade? Qual?

() sim () não

ANEXO 4**Questionário para avaliação dos prontuários/cartões de pré-natal****1 - Dados de Identificação**

1. Nome da gestante: _____	UNOMEGES
2. N° SISPRENATAL _____	UNSISPRE
3. N° Prontuário UBS/USF _____	UNUBSPSF
4. Unidade onde o pré-natal foi realizado _____	UUNIDADE

2 - Informações sobre o pré-natal (prontuário da unidade de saúde)

7. A unidade fornece rotineiramente cartão de pré-natal a todas as suas gestantes? [1] Sim [2] Não	UCARPRE
8. O cartão de pré-natal fornecido é o proposto pelo Ministério da Saúde (fatores de risco assinalados em amarelo)? [1] Sim [2] Não	UCARMS
9. Tem impresso no prontuário para registro da História Clínica? [1] Sim, totalmente preenchido [2] Sim, parcialmente preenchido [3] Sim, totalmente em branco [4] Não	UHC
10. Idade gestacional na primeira consulta pré-natal (em semanas completas) _____ [1] Até 17 [2] 18 a 30 [3] 31 a 40 [4] >40 [9] Não consta	UIGPRIME
11. Tem pelo menos 1 consulta no 1º trimestre (até 13 s)? [1] Sim [2] Não	U1TRI
12. Tem pelo menos 2 consultas no 2º trimestre (entre 14 e 27s)? [1] Sim [2] Não	U2TRI
13. Tem pelo menos 3 consultas no 3º trimestre (após 28s)? [1] Sim [2] Não	U3TRI
14. Número de consultas pré-natal [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 [6] 6 [7] 7 ou + [9] Não consta 14 (a). Numero de consultas realizadas por tipo de profissional Nº de consultas realizadas por enfermeiras	UNUMERO UMEDENF

[1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 [6] 6 [7] 7 ou + [9] Não consta Nº de consultas realizadas por médicos	
[1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 [6] 6 [7] 7 ou + [9] Não consta	
15. Tipagem ABO/Rh na 1ª consulta pré-natal [1] Sim [2] Não	UPABORH
16. Hemograma ou Hemoglobina/Hematócrito na 1ª consulta pré-natal [1] Sim [2] Não	UPHEMO
17. VDRL na 1ª consulta pré-natal [1] Sim [2] Não	UPVDRL
18. Anti HIV na 1ª consulta pré-natal [1] Sim [2] Não	UPHIV
19. Glicemia de jejum na 1ª consulta pré-natal [1] Sim [2] Não	UPGLI
20. Urina I ou cultura na 1ª consulta pré-natal [1] Sim [2] Não	UPURINA
21. Coombs Indireto na 1ª consulta pré-natal [1] Sim, para gestante Rh+ [2] Sim, para gestante Rh - [3] Não	UCOMMBS
22. Sorologia para toxoplasmose na 1ª consulta pré-natal [1] Sim [2] Não	UPTOXO
23. Parasitológico de fezes na 1ª consulta pré-natal [1] Sim [2] Não	UFEZES
24. Hepatite B na 1ª consulta pré-natal [1] Sim [2] Não	UPHEPATB
26. Citologia oncótica realizada na gravidez [1] Sim [2] Não [9] Desnecessária (exame realizado há menos de 1 ano)	UCITO
27. VDRL próximo a 30ª semana de gestação [1] Sim [2] Não	USVDRL
28. Glicemia de jejum próximo a 30ª semana de gestação [1] Sim [2] Não [9] Desnecessário (fez GTT e/ou PG)	USGLI
29. Urina I ou cultura próximo a 30ª semana de gestação [1] Sim [2] Não	USURINA
30. Hepatite B próximo a 30ª semana de gestação [1] Sim [2] Não	USHEPATB
32. HIV próximo a 30ª semana de gestação [1] Sim [2] Não	USHIV
33. Sorologia para toxoplasmose próximo a 30ª semana de gestação [1] Sim [2] Não [9] Desnecessário (IGG + no início do pré-natal)	USTOXO
34. Hemograma ou Hemoglobina/Hematócrito próximo a 30ª semana de gestação [1] Sim [2] Não	USHEMO

35. Coombs indireto mensal após 24 semanas de gestação, se gestante Rh - [1] Sim [2] Não [9] Desnecessário (gestante Rh+)	UCOOMBS
36. GTT para glicemia > 90 mg/dl [1] Sim [2] Não [9] Desnecessário (glicemia < 90mg/dl)	UGTT
37. Há registro de vacinação antitetânica realizada na gravidez (dupla adulto ou antitetânica) [1] Sim [2] Não [9] Desnecessário (imunidade prévia)	UVAT
38. Intercorrência no período pré-natal [1] Sim [2] Não	UINTERC
39. Tipo de intercorrência pré-natal [1] Anemia [2] ITU [3] Hipertensão [4] Infecção genital [5] Hemorragia precoce (até 20 sem) [6] Hemorragia tardia (após 20 sem) [7] TPP [8] Outra(s) _____ [9] Não corresponde (sem intercorrências)	UTIPOIN
40. Encaminhamentos no período pré-natal [1] Sim [2] Não	UENCAM
41. Local do encaminhamento realizado no período pré-natal [1] UNESP [2] Outro _____ [9] Não corresponde (não encaminhada)	ULOENC
42. Motivo para o encaminhamento realizado no período pré-natal [1] Anemia [2] ITU [3] Hipertensão [4] Infecção genital [5] Hemorragia precoce (até 20 sem) [6] Hemorragia tardia (após 20 sem) [7] TPP [8] Outro(s) _____ [9] Não corresponde (não encaminhada)	UMOENC
43. Internações no período pré-natal [1] Sim [2] Não	UITERNA
44. Local de internação no período pré-natal [1] UNESP [2] Avaré [3] Piraju [4] São Manuel [5] Outro _____ [9] Não corresponde (não foi internada)	ULOINTER
45. Motivo da internação no período pré-natal [1] ITU/Pielonefrite [2] Hipertensão [3] Diabetes [4] Cardiopatia [5] Hemorragia precoce (até 20 sem) [6] Hemorragia tardia (após 20 sem) [7] TPP [8] Outro(s) _____ [9] Não corresponde (não internada)	UMOINTER
46. Pressão arterial anotada em toda consulta [1] Sim [2] Não	UPROPA
47. Peso anotado em toda consulta [1] Sim [2] Não	UPROPESO

48. Altura uterina anotada em toda consulta [1] Sim [2] Não	UPROAU
49. Idade gestacional na última consulta realizada _____ [1] Até 18 [2] 19 a 30 [3] 31 a 41s 3d [4] >41s 3d [9] Não consta	UIGFINAL
50. Número de USOM constante no prontuário [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 ou + [9] Não consta	USOM
51. Há registro de revisão de parto precoce (7 a 10 dias)? [1] Sim [2] Não	UPRERP
51. Há registro de revisão de parto tardia (após 42 dias)? [1] Sim [2] Não	UTARRP
52. A gestante recebeu orientações de sinais de alerta no termo? [1] Sim [2] Não	USSAA
53. A gestante recebeu aconselhamento para sorologia anti HIV? [1] Sim [2] Não	UACONSHIV
54. Houve atendimento odontológico? (ficha amarela no prontuário) [1] Sim [2] Não	UODONTO
55. A gestante recebeu orientação nutricional, em alguma consulta pré-natal? [1] Sim [2] Não	UNUTRI
56. A gestante teve as mamas examinadas no pré-natal? [1] Sim [2] Não	UEXMAMAS
57. Houve prescrição de sulfato ferroso? [1] Sim [2] Não	USULFFE

ANEXO 5



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de maio de 2.010

OF. 184/2010-CEP

Ilustríssima Senhora

Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina do Campus de
Botucatu

Prezada Dr^a. Cristina,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3531-2010) Avaliação da assistência pré-natal no município de Botucatu - SP na perspectiva dos diferentes modelos de atenção básica, a ser conduzido por Renata Leite Alves de Oliveira, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, com sugestão (cópia em anexo) aprovado em reunião de 03 de maio de 2.010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

ANEXO 6



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU

SECRETARIA DA SAÚDE



Secretaria da Saúde

CLAP - QPS/QMS HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL - BASE

NOME COMPLETO

ENDEREÇO

CIDADE

IDADE

ALFA BETA

INSTRUÇÃO

ESTADO CIVIL

LOCAL DE CONTROLE PRENATAL (PROCEDIMENTO)

LOCAL DE PARTO (HOSPITALIZAÇÃO)

ANTECEDENTES

FAMILIARES

OBSTÉTRICOS

GESTAÇÃO ATUAL

ANTETÉTICA ATUAL

GRUPO

FUMA

HOSPITALIZAÇÃO

EX. CLÍNICO

EX. MAMAS

EX. ODONT.

PELVIS

PAPANIC.

COULPOSCOP.

CERVIX

VORL.

VORL.

DATA DE CONSULTA

1

2

3

4

5

6

7

8

9

IDADE GEST.

APRES.

TAMANHO FETAL

INÍCIO

TERMINAÇÃO

INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO

MORTE INTRAUT.

EPISIOTOMIA

DEQUITAÇÃO

RECÉM-NASCIDO

PESO AO NASCER

ALTURA

IDADE POR EX. FÍSICO

PESO LG.

APGAR.

REABIL. RESPIR.

VORL.

EXAME FÍSICO

ALTA RN

PESO NA ALTA

ALTA MATERNA

Este car. significa ALERTA