

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Melissa Alarcon Guilherme Cristofaro

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL À LUZ DO CARTÃO DA GESTANTE**

Rio de Janeiro

2017

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Melissa Alarcon Guilherme Cristofaro

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL À LUZ DO CARTÃO DA GESTANTE**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Curso de Pós-graduação, nível Mestrado Profissional, em Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá, como pré-requisito necessário a obtenção do grau de Mestre.

Orientação: Prof. Luiz Guilherme Pessoa da Silva

Rio de Janeiro

2017

MELISSA ALARCON GUILHERME CRISTOFARO

Avaliação da Assistência Pré-Natal à Luz do Cartão da Gestante

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Curso de Pós-graduação, nível Mestrado Profissional, em Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá, como pré-requisito necessário a obtenção do grau de Mestre .

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva
Universidade Estácio de Sá
Orientador

Profa Dra. Maria Tereza Fonseca
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Hésio Cordeiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

À minha filha, Joana, amor da minha vida, uma criança que transborda alegria e vive intensamente as curiosas descobertas da infância.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e ao universo por conspirarem sempre a meu favor, me dando forças para cumprir mais uma etapa na minha vida.

À minha família pelo incentivo e carinho, em especial ao Heitor, companheiro de todas as horas.

Aos meus pais, que dignamente me apresentaram à importância da família e ao caminho da honestidade e persistência.

Ao Professor Luiz Guilherme Pessoa da Silva, meu orientador e amigo, meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que transborda sabedoria; meu respeito e admiração pela sua serenidade, capacidade de enxergar as diversidades de seus alunos e pelo seu dom de ensinar.

A realização desta pesquisa só foi possível com o apoio de vários colaboradores, em especial a Dra Laura Osthoff, Dra Fátima Penso, Dra Ana Carolina Valdetaro, Dra Maria Íris Senna Francischetto e Dra Jacqueline Montuori, que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma, o meu reconhecimento e gratidão.

Aos meus colegas de trabalho pela flexibilidade e compreensão, em especial Dra Rosa Romero, Dr Daniel Magalhães Neto, Dr Ricardo Arraes de Aguiar e Dra Mônica Salomão.

À minha secretária, Teresinha Izidoro da Silva que, nas horas dedicadas ao mestrado, me ajudou a cuidar do meu bem mais precioso.

RESUMO

OBJETIVOS: Analisar o Conhecimento de aspectos relacionados à importância e a completude das informações contidas nos Cartões de Gestantes de puérperas internadas em maternidades públicas na cidade do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de caráter quantitativo, baseado em dados obtidos de entrevista, por meio de questionário estruturado, aplicado às puérperas antes da efetiva alta hospitalar. Procedeu-se ainda a auditoria dos cartões de pré-natal, apresentados na maternidade por ocasião da internação para o parto. Os dados foram coletados nas maternidades do Hospital Municipal Lourenço Jorge e Miguel Couto, Maternidade Mariska Ribeiro e Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, no período de janeiro a maio de 2017, totalizando, 805 puérperas. Na auditoria dos cartões, foi analisada a completude dos campos de registros da assistência pré-natal conforme preconiza o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), incluindo o registro da identificação da usuária, os exames relacionados à saúde da mulher, procedimentos realizados e atividades educativas. Houve ainda a avaliação da assistência pré-natal à luz do cartão de gestante, norteadas pelos critérios preconizados pelo PHPN e índice de Kotelchuck.

RESULTADOS: Apenas 25,35% dos cartões continham registro de atividades educativas durante o pré-natal, sendo a variável com pior resultado, em conformidade com o referido pelas puérperas durante entrevista. Observou-se ainda que menos de 80% das pacientes realizaram rastreio adequado de HIV e VDRL durante o pré-natal e pouco mais de 50% das gestantes foram devidamente imunizadas contra o tétano. O estudo mostrou que apenas 22% dos cartões mostravam adequação do pré-natal segundo o PHPN, já a avaliação através do índice de Kotelchuck mostrou uma assistência adequada na maior parte dos casos (89,5%).

CONCLUSÕES: O estudo concluiu que o preenchimento dos dados dos cartões das gestantes atendidas na Rede Básica do Município do Rio de Janeiro ainda revela uma taxa de incompletude muito elevada. Embora a ausência de registro não signifique exatamente a ausência de realização dos procedimentos no pré-natal, a

ausência de informações pode prejudicar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, sobretudo durante a internação. Os informes obtidos pelas puérperas e as auditorias nos cartões revelaram ainda que muitas ações educativas relacionadas à gestação, ao puerpério e ao recém-nascido precisam ser melhoradas. O estudo aponta a necessidade de capacitar gestores e profissionais de saúde das unidades básicas, sobretudo da Estratégia Saúde da Família, quanto aos protocolos assistenciais, a maior adesão às rotinas do programa e registro das informações visando o contingenciamento do cuidado pré-natal.

Palavras chaves: Pré-natal; Diagnóstico pré-natal; Cuidado pré-natal; Saúde da Família.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To analyze the knowledge of aspects related to the importance and completeness of the information contained in the Cards of Pregnant Women admitted to public maternity hospitals in the city of Rio de Janeiro.

METHODOLOGY: This is a descriptive, cross-sectional, quantitative study, based on data obtained from an interview, using a structured questionnaire, applied to puerperal women before being discharged from hospital. The prenatal cards were also audited, presented at the maternity hospital at the time of admission to labor. The data were collected in the maternities of the Municipal Hospital Lourenço Jorge and Miguel Couto, maternities Mariska Ribeiro and Maternity Maria Amélia Buarque de Holanda, from January to May 2017, totaling 805 puerperae. In the audit of the cards, the completeness of the records of the prenatal care records was analyzed according to the Prenatal and Birth Humanization Program (PHPN), including registration of the user identification, examinations related to women's health, Procedures and educational activities. She also evaluated prenatal care in light of the pregnant woman's card, guided by the criteria recommended by PHPN and Kotelchuck index.

RESULTS: Only 25.35% of the cards had records of educational activities during prenatal care, with the worst-performing variable, according to the referral of the mothers during an interview. It was also observed that less than 80% of the patients underwent adequate HIV and VDRL screening during prenatal care and little more than 50% of the pregnant women were adequately immunized against tetanus. The study showed that only 22% of the cards showed prenatal adequacy according to the PHPN, and the Kotelchuk index showed adequate care in most cases (89.5%).

CONCLUSIONS: The study concluded that the completion of the data of the cards of pregnant women attended in the Basic Network of the Municipality of Rio de Janeiro still shows a very high rate of incompleteness. Although the absence of registration does not accurately indicate the lack of performance of prenatal procedures, the absence of information may impair communication between the different levels of health care, especially during hospitalization. The reports obtained by the puerperas and audits on the cards also revealed that many educational actions related to pregnancy, the puerperium and the newborn need to be improved. The study points out the need to train managers and health professionals from the basic units,

especially the Family Health Strategy, regarding care protocols, greater adherence to program routines and registration of information aiming at the contingency of prenatal care.

Keywords: Prenatal care; Pregnancy card; Health information; dissertation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área Programática
APNCU	Adequacy of Prenatal Care Utilization
APS	Assistência Primária a Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EAS	Elementos Anormais de Sedimentação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	Recém-Nascido
RA	Região Administrativa
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento Pré-Natal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

LISTA DE QUADROS

Quadro1	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	29
Quadro2	Sumário de Adequação do Índice de Utilização do Cuidado Pré-Natal	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Completude das informações relativas à identificação materna e referência de destino, postadas no Cartão da Gestante, consoante critério de Romero & Cunha (1996)	45
Tabela 2	Completude das informações postadas no cartão da gestante, relacionadas à gestação atual, histórico obstétrico e exames clínicos, consoante critério de Romero & Cunha	46
Tabela 3	Completude das informações postadas no cartão da gestante, relacionadas á assistência obstétrica, consoante critério de Romero & Cunha	47
Tabela 4	Avaliação da assistência obstétrica através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) baseada exclusivamente no preenchimento do cartão da gestante	49
Tabela 5	Avaliação da adequação da assistência pré-natal baseada exclusivamente no preenchimento do cartão da gestante, tendo como critério o índice de Kotelchuck,1999- análise de 805 pacientes	51
Tabela 6	Distribuições dos resultados das entrevistas com puérperas sobre valorização do Cartão da Gestante	51
Tabela 7	Distribuição da participação das usuárias em atividades educativas, conforme relato das mesmas	52
Tabela 8	Distribuição das Informações recebidas, segundo relato das usuárias ao longo do pré-natal	53
Tabela 9	Distribuição da casuística segundo a satisfação da puérpera com a assistência pré-natal	54

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Mapa das APs no Município do Rio de Janeiro 38
- Figura 2** Mapa da Distribuição das Unidades de Atenção Primária por APs, MRJ, 2009 38
- Figura 3** Avaliação consolidada da Assistência obstétrica através do Programa nacional de Humanização do pré-natal e nascimento (PHPN) baseada exclusivamente no preenchimento do cartão da gestante. 50

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 9.1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
APÊNDICE 9.2 – Questionário	73

SUMÁRIO

1. Introdução	15
2. Justificativa	19
3. Objetivos	22
3.1 Objetivo Geral.....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
4. Referencial teórico	23
4.1 O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e a Rede Cegonha.....	28
4.2 A legitimidade do cartão da gestante como instrumento da integralidade assistência no SUS.....	31
4.3 Avaliação do Pré-Natal.....	33
5. Material e Método	37
5.1 Desenho de estudo	37
5.2 Campo de estudo	37
5.3 População fonte.....	39
5.3.1 Critérios de inclusão.....	39
5.3.2 Critérios de exclusão.....	39
5.4 Fontes de informação.....	39
5.5 Métodos de Avaliação.....	41
5.6 Aspectos de natureza ética	42
5.8 Análises de riscos e benefícios.....	43
6.0 Resultados	44
7.0 Discussão	55
8.0 Conclusões	68
9.0 Apêndices	70
9.1 TCLE	70
9.2 Questionário.....	73
8.0 Referências	77

1. INTRODUÇÃO

O Cartão da Gestante foi criado no Brasil em 1988, com a função de registrar as principais informações da gestante. Sua utilização popularizou-se no Brasil, especialmente nos serviços de saúde pública, com o aumento da oferta de serviços da atenção básica, tornando-se uma das fontes para a avaliação do processo de assistência pré-natal (COSTA *et al.*, 2009).

Em 2015 o Ministério da Saúde lançou a Caderneta da Gestante, este instrumento é direcionado às usuárias do Sistema Único de Saúde e visa os aspectos qualitativos da assistência na gestação. Além dos registros já contemplados no Cartão da Gestante, a Caderneta contém orientações sobre o desenvolvimento da gestação e boas práticas de pré-natal, o que permite às pacientes tirarem dúvidas frequentes de forma segura, através do acesso às informações baseadas em evidências científicas, ofertando, desta forma maior empoderando às usuárias do Sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2016).

Uma nova versão da Caderneta da Gestante, realizada em parceria entre a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres e o Departamento de Atenção Básica, foi publicada em 2016. Esta versão abarca informações com grande importância na atualidade, como a proteção contra o mosquito *Aedes aegypti*. O documento também fornece informações preciosas sobre a importância do tratamento da sífilis e a prevenção da sífilis congênita além de conter campo destinado ao registro do tratamento. Contem também informação sobre o parto assistido pela equipe de enfermagem obstétrica campo destinado para o plano de parto, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2016).

Tanto o Cartão quanto a Caderneta da Gestante fazem parte do processo de trabalho que envolve o cuidado materno, são instrumentos de suma importância para o registro das consultas, exames e intercorrências no pré-natal. O registro de informações deve ser completo e estruturado para facilitar a coordenação do cuidado.

O Cartão deve ser fornecido a todas as gestantes, tanto na rede de assistência pública como privada, na primeira consulta do pré-natal, devendo ser

preenchida com registros sobre os dados socioeconômicos, história patológica pregressa, familiar, pessoal e obstétrica, exames clínicos e laboratoriais, além de informações rotineiras das consultas pré-natais, como: data da consulta, semana gestacional, peso, pressão arterial, altura uterina, batimentos cardíacos e movimento fetal (OLIVEIRA; ROCHA, 2001).

Desta forma, as informações armazenadas no cartão visam facilitar a comunicação entre os profissionais que realizavam a assistência pré-natal e os que realizavam o parto nas maternidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), funcionando também como um mecanismo de comunicação entre os níveis de atenção (PERIM; PASSOS, 2005). Além disso, possibilita facilitar o atendimento no caso de alguma urgência ou parto antecipado, pois contém o registro do desenvolvimento da gestação durante os nove meses.

O Cartão, por vezes, é o único documento apresentado pela mulher durante a internação hospitalar e, quando adequadamente preenchido, permite a visualização de forma facilitada do acompanhamento pré-natal, estabelecendo fluxo de informação adequado entre os diferentes níveis de atenção à saúde, prestando-se a importante ferramenta do sistema de referência e contra-referência devendo a paciente ser orientada a levar sempre consigo o Cartão da Gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Dentre as condições básicas para a assistência pré-natal consta o registro das informações em prontuário, no Cartão e no SISPRENATAL, abordando a história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar. Isso reforça a grande responsabilidade profissional que envolve o preenchimento dos registros no cartão da gestante

São atribuições do médico e do enfermeiro realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); auxiliar e técnico de enfermagem: verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SISPRENATAL e conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante; cirurgião-dentista: verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a

cada consulta de pré-natal); agente comunitário de saúde: conferir o cadastramento das gestantes no SISPRENATAL, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O acompanhamento da gestante exige o estabelecimento de vínculo entre esta, a unidade básica de saúde (UBS) e a maternidade, sendo o cartão da gestante um instrumento fundamental para esse elo, pois possui informações atualizadas referentes à saúde materno-fetal (SILVA; MONTEIRO 2010).

A plenitude dos benefícios será alcançada se o Cartão abarcar o máximo de informações (ESSÉN *et al.*, 1994), evitando que, no momento do parto, procedimento ou exames que protejam o feto e a mãe sejam negligenciados ou repetidos desnecessariamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

2. JUSTIFICATIVA

A aproximação com a temática desta dissertação deu-se desde o início da vida profissional ao identificar falhas, por vezes graves, no preenchimento do Cartão de Pré-Natal, o que poderia implicar prejuízos à assistência da gestante e/ou a unidade fazedora do parto.

Assim, ao perceber que os cartões das gestantes, muitas vezes, não são preenchidos de forma adequada, o que implica um lapso de comunicação entre os níveis de atenção à saúde, surgiu o interesse da investigativa quanto ao preenchimento do cartão de gestante, visando chamar a atenção para a conscientização dos profissionais quanto à importância da completude desse instrumento.

A utilização do Cartão da Gestante na Assistência Primária e na unidade hospitalar está interligada, uma vez que os profissionais de saúde neles inseridos fazem deste documento uma fonte de comunicação indireta, o que reforça a necessidade do adequado preenchimento desse instrumento de comunicação.

As informações contidas no Cartão ou na Caderneta da Gestante facilitam não somente o diálogo entre profissionais, mas também entre esses e a usuária. O adequado preenchimento evita a repetição de exames e até mesmo tratamentos desnecessários, como exemplo pode se citar o que acontece com a falta de registro do tratamento da sífilis. É considerado tratamento inadequado para sífilis quando o mesmo é feito de forma incompleta; utilização de droga que não a penicilina benzatina; tratamento ausente ou incompleto do parceiro; tratamento instituído a menos de 30 dias antes da ocorrência do parto; não houver registro do tratamento da gestante e do parceiro no Cartão da Gestante. Em casos de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada será feita notificação de sífilis congênita na maternidade e instituído tratamento para o recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012).

Nos últimos 15 anos o Brasil teve aumento da cobertura da assistência pré-natal e do número de consultas por gestantes, sendo a proporção de gestantes sem acesso a qualquer consulta de pré-natal inferior a 2% no ano 2009 (<http://www.datasus.gov.br>, acessado em 16/Jun/2011). Entretanto, um estudo que

avaliou os óbitos em menores de um ano no Brasil no período 1997-2006, utilizando a lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS (MMALTA *et al.*), encontrou redução de todas as mortes evitáveis, exceto daquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal, sugerindo baixa qualidade dessa assistência.

O Município do Rio de Janeiro acompanha a realidade nacional, com persistência de agravos considerados evitáveis. A mortalidade materna apresenta valores ainda elevados, sendo a hipertensão arterial a principal causa; a mortalidade infantil tem como principal causa as afecções perinatais e ainda se observa elevada incidência de sífilis congênita e suas formas graves (<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>, acessado em 20/Jun/2010).

Apesar da cobertura do pré-natal estar aumentando no Brasil, os estudos sobre a qualidade mostram que ainda há muito que avançar. Embora haja restrições aos estudos apenas quantitativos da assistência ofertada às gestantes, existem evidências da associação entre o número de consultas e os desfechos perinatais favoráveis ou não. A descrição de aspectos quantitativos da atenção pré-natal, no município, pode identificar desigualdades na sua realização e isso subsidiaria o planejamento de ações de saúde materno-infantil (FONSECA, 2014).

A assistência pré-natal tem sido uma das prioridades das ações em saúde, porém permanecem questões envolvendo a acessibilidade, qualidade prestada, vínculo entre a assistência primária e a unidade fazedora do parto, além das taxas ainda muito altas de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA, 2004).

A *American Academy of Family Physicians* tem discutido a associação de resultados desfavoráveis no ciclo gravídico puerperal com o baixo valor preditivo e baixa especificidade dos dados registrados nos cartões de pré-natal (BENZECRY, 2000). A concordância e veracidade das informações sobre assistência pré-natal, além de permitir a avaliação do serviço prestado a gestantes, podem colaborar, também, para a reflexão da situação da saúde materna no Brasil, possibilitando planejamento de estratégias em áreas prioritárias, levando a perspectivas favoráveis (ANDREUCCI, CECATTI, 2011; NETO *et al.*, 2012).

Muitos profissionais de saúde ainda não se atentaram para a importância do preenchimento dos dados. O não preenchimento pode ter sido não por imperícia do profissional, mas sim pela não realização do exame.

Desta forma, a aparente fragilidade, da integralidade do cuidado materno, e acreditando na importância inquestionável do adequado preenchimento do Cartão, surgiu a motivação para avaliar a completude dos registros dos Cartões e Cadernetas de Gestantes, na premissa de melhorar a qualidade das informações contidas neste documento público.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar o conhecimento de aspectos relacionados à importância e a completude das informações contidas nos Cartões de Gestantes de puérperas internadas em maternidades públicas na cidade do Rio de Janeiro.

3.2. Objetivos específicos:

3.2.1 Descrever aspectos relacionados à completude do preenchimento do Cartão da Gestante;

3.2.2. Descrever a opinião das puérperas acerca do cartão pré-natal, no que tange a sua importância, entendimento e valorização;

3.2.3. Avaliar a adequação da assistência pré-natal, baseada exclusivamente no preenchimento do cartão da gestante, à luz dos critérios do PHPN e de Kotelchuck.

4.REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 com o objetivo de efetivar o direito constitucional à saúde a toda população brasileira, baseado nos princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade (BRASIL, 2011; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000; MENDES, 2011).

Um dos instrumentos de articulação do SUS é a Atenção Primária em Saúde (APS) que ganha foco na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado no ano de 1978 em Alma-Ata (BRASIL, 2011; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família, criado em 1994, muda a perspectiva de um modelo centralizado de assistência hospitalar, focado na doença para um modelo de promoção e prevenção. Dentro desse contexto, a Atenção Primária à Saúde passa ser a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000, MENDES 2011).

A APS corresponde ao primeiro nível de contato com o sistema de saúde baseando-se nos cuidados essenciais e tecnologias acessíveis, levando os serviços de saúde o mais próximo da realidade social. É o eixo ordenador da atenção em saúde e deve ter suas ações voltadas a 80% dos problemas enfrentados pela população assistida, sendo capaz de prevenir e evitar os agravos, além de reduzir a morbidade que demandam ações de maior complexidade (GOMES *et al.*, 2011; LAVRAS, 2011).

A principal estratégia de implantação e organização da APS, regida pelos mesmos princípios do SUS, é o Programa de Saúde da Família (PSF). Atualmente passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (GOMES *et al.*, 2011). A ESF faz uma conexão e integração entre todos os níveis de atenção à saúde, beneficiando todos os seus usuários (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000). O programa permite uma forte integração entre o Ministério, as

secretarias estaduais, os municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

Considerando-se que a população usuária dos serviços de saúde é constituída em sua maior parte por mulheres, em especial na Estratégia de Saúde da Família, a assistência pré-natal passa a ser uma das prioridades na agenda da Estratégia de Saúde da Família. (ALMEIDA; TANAKA, 2009; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Conceitua-se assistência pré-natal como um conjunto de ações destinadas às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao concepto, visando a redução da morbimortalidade materna e fetal. Este serviço tem como um dos objetivos a prevenção e identificação de fatores de risco que podem afetar negativamente a evolução da gestação (CABRAL,2009). Desfechos positivos dependem de uma assistência integrada a serviços secundários e terciários da atenção, com intuito de reduzir morbidades que demandam ações de maior complexidade (GONDIM et al., 2009; MENDES, 2011).

A assistência pré-natal tem sido foco de investigação no Brasil e no mundo. Desde a medicalização do parto no século XVIII, as políticas relacionadas à saúde materno-infantil vieram se intensificando para abranger desfechos positivos em saúde, desde a concepção até a gestação e o puerpério, que são fenômenos fisiológicos naturalmente esperados no desenvolvimento da espécie humana, mas suspeitos a intercorrências desfavoráveis (NETO *et al*, 2012).

O acesso universal ao pré-natal é garantido pela Constituição Federal, e visa a promoção e prevenção da saúde para o bem estar do binômio materno fetal (BRASIL 2006). É de responsabilidade dos estados e municípios a garantia de uma rede de atenção integral à mulher no ciclo gravídico puerperal.

As gestantes de risco habitual deverão realizar o pré-natal no nível primário de atenção à saúde. As unidades que prestam essa assistência devem garantir uma estrutura física e recursos humanos adequados ao atendimento das gestantes, bem como garantir o vínculo com hospitais e maternidades. O pré-natal realizado de forma adequada é capaz de diagnosticar e tratar com baixo custo e

efetividade agravos da gestação e impactar de forma positiva nos resultados perinatais (BRASIL 2006).

Estudos sobre a assistência pré-natal revelam que atividades educativas nesse período aumentam as chances das pacientes adotarem atitudes mais saudáveis em relação à criança, como a amamentação e a maior adesão a métodos contraceptivos no puerpério (TURAN e SAY, 2003). Por conta disso, a ausência dessas medidas, do pré-natal foi associada com baixo peso ao nascer e prematuridade (ARAUJO e TANAKA, 2007).

No Brasil, os óbitos de crianças com até um ano de idade se dão principalmente por causas perinatais., sendo que 51,2% dos óbitos ocorrem no período neonatal precoce. Isso demonstra que é necessário avançar na qualidade da assistência dispensada durante o pré-natal e nascimento (BRASIL, 2007).

Dados epidemiológicos apontam que o cuidado com saúde e possíveis intervenções médicas, nesses momentos específicos do ciclo da vida humana, podem minimizar muito o risco de complicações e óbitos do recém-nascido e da parturiente. Evidências revelam que em países de média e baixa renda o número reduzido de consultas de acompanhamento pré-natal é fator de risco significativo para o aumento da mortalidade perinatal. Além disso, o tempo de permanência de bebês em unidades intensivas de tratamento é muito maior quando a assistência pré-natal não é adequada (NETO *et al*, 2012).

A inadequação do uso da assistência pré-natal tem se associado consistentemente a vários fatores indicativos da persistência de desigualdades sociais, mostrando que os grupos sociais mais vulneráveis recebem atenção pré-natal mais deficiente (COIMBRA *et al.*, 2003).

Por trás dos agravos considerados evitáveis na gestação existem determinantes que não são relacionados a fatores de risco proximais, tais como a alta paridade, idade materna, hipertensão ou sífilis congênita. São, principalmente, fatores como a baixa escolaridade materna, a menor renda familiar, a ocupação não qualificada do chefe de família e o atendimento nos serviços públicos de saúde (COIMBRA *et al.*, 2003)

Os desfechos perinatais são resultantes de uma complexa rede de fatores que inclui determinantes biológicos, socioeconômicos e assistenciais. A assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (VICTORA *et al.*, 2011).

Revisões sistemáticas demonstram a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, tais como o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, anemia, sífilis e infecção urinária; a suplementação de sulfato ferroso; a vacinação antitetânica. Estudos observacionais têm também demonstrado benefícios dessa assistência, geralmente correlacionando maior número de consultas a desfechos mais favoráveis (CARROLI; VILLAR *et al.*, 2001).

Ainda é divergente o número ideal de consultas de pré-natal, oscilando entre sete e nove na literatura (CABRAL, 2009). Preconiza-se um número mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último, as quais, em maior número, possibilitam a avaliação das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns (MELO; PIRES, 2006; BRASIL, 2006).

O índice de Kotelchuck, tradicionalmente utilizado para avaliação da assistência pré-natal, mede de forma isolada ou combinada a época de início do acompanhamento e o número de consultas recebidas. Apesar de importante para avaliação da utilização dos serviços de pré-natal, esse índice não permite que se avaliem o conteúdo e a qualidade da assistência. Ademais, utiliza como referência o calendário de consultas preconizado pelo ACOG (*American College of Gynecology and Obstetrics*), muito diferente do brasileiro, o que tem levado pesquisadores nacionais a adaptá-lo ao calendário de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde.

Diante da representatividade dos problemas relacionados à saúde da mulher no Brasil, tais como mortalidade materna, abortos, gravidezes indesejadas e doenças sexualmente transmissíveis, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 1984, o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM tem como

objetivo uma maior abrangência da assistência à saúde em todas as fases da vida da mulher, contemplada por cuidado médico e uma equipe multidisciplinar. Foi uma estratégia criada para melhorar a atenção à saúde reprodutiva da mulher (MATTOS, 2001).

No ano 2000 foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) a fim de ampliar e melhorar a qualidade e acesso às ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes, recém-nascidos e puérperas, visto que a razões de mortalidade materna e perinatal no Brasil ainda era muito superior as dos países desenvolvidos, com a grande maioria dos óbitos maternos por causas obstétricas, ainda consideradas evitáveis (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Entende-se, portanto que o PHPN está alicerçado numa assistência materna e neonatal humanizada, primando pela garantia do acesso a sum serviço de qualidade para o binômio materno fetal, atentando para os aspectos da cidadania (BRASIL, 2002).

Decorreram algumas décadas e implementaram várias políticas de saúde voltadas à assistência materno-infantil, porém a redução de suas taxas de morbimortalidade é ainda um grande desafio à saúde pública brasileira. Mesmo com a consolidação de um sistema de saúde universal, equitativo, descentralizado e com assistência integral ao indivíduo e à coletividade, o SUS vem revelando que sua organização ainda é, e provavelmente será por algumas décadas, limitada, produzindo uma universalização excludente (NETO 2008).

Contudo, mesmo reproduzindo iniquidades e desigualdades da construção histórica da sociedade brasileira, o SUS pode tornar-se um sistema mais resolutivo e de qualidade. Considera-se que as políticas públicas geradas no seio da sociedade pelos movimentos sociais na década de 1980, que culminaram na consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materno-infantil, tiveram papel importante na organização dos sistemas e serviços de saúde, de modo a refletir na melhoria dos indicadores de mortalidade neonatal (NETO 2008)

A redução da mortalidade na infância e melhoria da saúde materna são uns dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2007), diante disso, maior qualificação da assistência pré-natal é uma importante meta a ser atingida visto que pode impactar positivamente na redução da morbimortalidade materna e neonatal (VETTORE *et. al.*, 2013).

4.1 O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO E A REDE CEGONHA

O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/ GM nº 569, de 01/06/2000, tendo principal estratégia a qualificação e humanização da assistência prestada à gestante e ao recém-nascido (RN), concentrando esforços na operacionalização nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2000).

Após a publicação do PHPN, que preconiza os parâmetros mínimos para uma adequada assistência pré-natal para gestantes de baixo risco observa-se a utilização crescente desses parâmetros nos estudos de avaliação. Foi normatizado que instituições federais, estaduais e municipais devem trabalhar de forma articulada com intuito de promover ações voltadas à melhoria da assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos aumentando o acesso a estas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A regulamentação das principais atividades a serem desenvolvidas durante qualquer acompanhamento de pré-natal em todo o Brasil (Quadro 1), incluindo seu início até o 4º mês, realização de seis ou mais consultas, exame físico geral, exames de tipagem sanguínea, de fator Rh, de VDRL, de dosagem de hemoglobina e hematócrito, de glicemia de jejum, de testagem anti-HIV, além da administração da vacina antitetânica, classificação do risco gestacional e realização de atividades educativas (NETO *et al*, 2012).

“O estabelecimento de tais parâmetros é fundamental para estabelecer critérios claros de avaliação nos serviços de saúde pública, principalmente no que se refere à assistência pré-natal na atenção básica articulada à média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, visando oferecer a atenção humanizada à mulher e à criança”(NETO et al, 2012).

Quadro 1- Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Portaria nº 569 de 1/6/2000 (Brasil, 2000)

Principais linhas de ação do PHPN são:

1. realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º. mês de gestação;

2. garantir a realização dos seguintes procedimentos:

a. no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;

b. uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento;

c. exames laboratoriais: tipagem sanguínea e fator Rh na primeira; VDRL: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; urina rotina: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; glicemia de jejum: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; hemoglobina/hematócrito na primeira consulta;

d. oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta nos municípios com população acima de cinquenta mil habitantes;

e. aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

f. atividades educativas;

g. classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes;

h. atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Com o intuito de qualificar os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde, no que tange a saúde materno infantil, o governo federal instituiu a Rede Cegonha através da Portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Trata-se de uma estratégia, que tem por objetivo, alcançar um novo modelo de nascimento e saúde da criança, garantir um pré-natal resolutivo e com isso diminuir a mortalidade materna e perinatal (BRASIL. 2011).

Esta estratégia, a partir da noção de integralidade, visa garantir uma rede organizada, que assegure o direito ao atendimento humanizado e adequado durante o pré-natal e nascimento. A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro

componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que refere-se ao transporte sanitário e regulação. Deve ser oferecida assistência que abarque todo o processo que envolve a gestação, desde a confirmação da gravidez até o parto, garantindo também o acesso ao planejamento familiar e atenção à saúde das crianças até dois anos de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O pré-natal adequado e iniciado precocemente é o primeiro passo para uma gestação saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Os serviços de saúde deverão oferecer: o cartão da gestante com identificação preenchida e orientação sobre o mesmo; calendário de vacinas; solicitação de exames de rotina; orientação sobre a participação em atividades educativas e agendamento da consulta médica para pesquisa de fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A Rede Cegonha deve oferecer acesso ao teste rápido de confirmação da gestação e aos demais exames laboratoriais necessários durante o acompanhamento pré-natal, bem como garante o vínculo com a unidade fazedora do parto e outros níveis de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A assistência pré-natal é realizada prioritariamente por médicos ou enfermeiros da atenção primária que elaboram o prontuário rotineiro de consultas, exames e procedimentos terapêuticos. Entretanto, por mais completo que o prontuário da gestante possa estar, geralmente, ele não acompanha a mesma até o hospital ou maternidade do qual ela realizará o parto. Ficando assim, sujeita a um profissional que nunca antes a avaliou (NETO *et al.*, 2012).

Devido à falta de informação dos profissionais que realizam o parto, dados indispensáveis sobre o feto e a mãe, que implicam riscos para ambos, podem ser negligenciados ou exames e procedimentos terapêuticos podem ser repetidos desnecessariamente (NETO *et al.*, 2012).

A vista disso, logo após o diagnóstico da gestação além de ser realizado o cadastro no PNHPN através do preenchimento da ficha de cadastramento do SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do programa de Humanização no Pré-Natal) e ser preenchida a cada consulta a ficha diária de acompanhamento dos

atendimentos da gestante no SISPRENATAL, é fornecido à gestante o Cartão da Gestante. Documento onde deverá conter registros de informações essenciais da gravidez (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006; NETO *et al.*, 2012).

Os dados do SISPRENATAL encontram-se disponível ao acesso da população PELO Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sendo uma importante ferramenta de busca para estudo na área da saúde (BRASIL, 2011; MOIMAZ *et al.*; 2010).

4.2 A LEGITIMIDADE DO CARTÃO DA GESTANTE COMO INSTRUMENTO DA INTEGRALIDADE ASSISTENCIAL NO SUS

O cartão da gestante foi criado com o propósito de facilitar a comunicação entre os profissionais que realizam a assistência pré-natal e os que realizavam o parto nas maternidades. Seu uso se popularizou nos serviços de saúde pública, funcionando como um mecanismo de comunicação entre os níveis de atenção. Através desse instrumento é possível ter um panorama da saúde da gestante bem como identificar fatores de risco para o parto (NETO *et al.*, 2012).

O registro adequado dos dados no cartão da gestante é valorizado pelo PHPN como fonte de informações do pré-natal da mulher. Nesse contexto, o cartão da gestante parece ser o elemento de ligação entre o acompanhamento gestacional na atenção básica, média e alta complexidade. Nele é possível registrar as informações essenciais da gravidez que implicam riscos para puérpera e criança (NETO *et al.*, 2012).

A cada consulta, será realizado anamnese, exame físico e solicitação de exames complementares, a fim de reclassificá-la quanto ao risco e possibilitar a obtenção de condutas rápidas e capazes de favorecer o prognóstico materno-fetal. Cada informação deve ser registrada no cartão da gestante (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

Quando preenchido de forma adequada, o cartão exerce um papel de grande importância no serviço de referência e contra referência. Para o acompanhamento da gestante, é essencial o estabelecimento de vínculo entre a

unidade básica de saúde e a maternidade, sendo o cartão da gestante um instrumento fundamental para esse elo, pois possui informações atualizadas referentes à saúde materno-fetal (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006; NETO *et al.*, 2012).

O Cartão funciona também como fonte de informação para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e são utilizados em estudos que avaliam a qualidade da assistência pré-natal para fundamentar políticas de saúde materno-infantil no SUS. Sua preservação pela parturiente vem sendo muito valorizada, visto que quase todas chegam para o parto com seus respectivos cartões. Nota-se que as mulheres percebem o cartão como uma garantia para a realização de uma atenção ao parto sem maiores intercorrências (NETO *et al.*, 2012).

Na maioria das vezes, o Cartão da Gestante é o único documento portado pela mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, com registros do acompanhamento do pré-natal para que se possa planejar uma assistência de qualidade (CARVALHO *et al.*, 2010)

A ausência de informações sobre a saúde materno-infantil nos cartões pode expressar diretamente a qualidade dos serviços de assistência pré-natal e limitar a produção de dados para gerar informações fundamentais à organização e ao planejamento dos serviços pré-natais. Contudo, o cartão está sujeito à incompletude de registros pelos profissionais que assistem ao pré-natal e às perdas ou extravios pela gestante que, algumas vezes, têm dificuldades quanto ao entendimento dos registros anotados neles (NETO *et al.*, 2012).

O julgamento à cerca da qualidade do processo assistencial pode ser feito à luz das informações registradas, pois uma vez que se tenha protocolado determinados procedimentos que devem ser inerentes ao processo, em situações específicas, estão claramente associados a bons resultados, a simples presença ou ausência destes procedimentos, nestas situações, podem ser aceitas como prova de boa ou má qualidade (DONABEDIAN, 1991).

4.3 AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL

Avedis Donabedian propõe um modelo uniformizado de avaliação alicerçado em três variáveis: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1988, 1990). A estrutura abarca recursos humanos, físicos, materiais e financeiros necessários à assistência além de sistemas de informações (DONABEDIAN, 1988, 1990; ADAMI; MARANHÃO, 1995).

O componente processo diz respeito à prestação da assistência, segundo padrões técnicos aceitos pela comunidade científica (DONABEDIAN, 1988); também a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados (ADAMI; MARANHÃO, 1995).

O julgamento à cerca da qualidade do processo assistencial pode ser feito à luz das informações registradas, pois uma vez que sejam estabelecidos que determinados procedimentos estão nitidamente associados a bons resultados, a simples presença ou ausência destes procedimentos podem ser aceitas respectivamente como prova de boa ou má qualidade (DONABEDIAN, 1990).

O componente resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, através de indicadores previamente estabelecidos, bem como a satisfação do usuário (DONABEDIAN, 1988, 1990).

Donabedian (1990) ainda estabeleceu sete atributos como os pilares de sustentação que definem a qualidade em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Também fazem parte de atributos da qualidade: acessibilidade, adequação e, qualidade técnico-científica. São citadas ainda, a continuidade dos cuidados e a comunicação entre o profissional e o usuário.

Organização Mundial da Saúde definiu qualidade da assistência à saúde um conjunto de elementos que incluem: alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, mínimo de riscos e alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (RACOVEANU, 1995; GILMORE, 1997).

A assistência no ciclo gravídico-puerperal deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado às intercorrências que eventualmente venham a ocorrer neste período. Com intuito de garantir a qualidade da assistência às mulheres nessa fase da vida, é preciso atentar às especificidades de cada uma além de exercer uma escuta qualificada (BRASIL, 2006).

Na avaliação do processo da assistência pré-natal, um dos instrumentos utilizados como fonte de dados são os cartões de pré-natal (CARVALHO; NOVAES, 2004; LIMA et al, 2008; CARVALHO; ARAÚJO, 2007; MORAES, ARANA, REICHENHEIMI, 2010; TREVISAN et al, 2002). A avaliação da assistência à luz dos registros produzidos constitui em um tipo de auditoria (CARRILHO, 2014).

Para realização da auditoria é necessária a definição dos critérios que serão considerados como parâmetros (DIAS-DA-COSTA et al, 2000). Dentre os critérios para avaliação do pré-natal pode-se destacar as orientações recomendadas pelo MS: número de consultas, início do pré-natal, imunização, suplementação de ferro, realização de exames laboratoriais, história clínica, conteúdo das consultas, além do registro adequado. As informações relativas ao pré-natal devem constar no prontuário e no cartão de pré-natal.

Para monitorar e avaliar a assistência prestada no pré-natal, o MS disponibiliza por meio do Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) indicadores de processo como número de consultas, imunização e exames laboratoriais.

Kessner, GINDEX, APNCU são os índices mais descritos na literatura, geralmente são adaptados de acordo com a realidade do local de estudo. (KOTELCHUCK,1994; ALEXANDER;KOTELCHUCK, 1996). Tais índices têm como parâmetro o *American College of Gynecology and Obstetrics* e como variáveis a idade gestacional com a qual se deu início ao pré-natal e o número de consultas.

As pesquisas de avaliação de assistência pré-natal geralmente utilizam mais diversas metodologias, geralmente considerando um ou mais componentes da

tríade de Donabedian tendo como parâmetro as recomendações do Ministério da Saúde (COUTINHO et al., 2003; KOFFMAN; BONADIO, 2005, DIAS-DA-COSTA;2000).

No que concerne a avaliação do cartão da gestante, sabe-se que esse instrumento tem sido objeto de algumas investigações, envolvendo questões relacionadas de adequação e ao seu preenchimento.

Estudo subsidiado pela Escola Nacional de Saúde Pública realizado em 2008, no Município do Rio de Janeiro, objetivou avaliar a adequação da assistência pré-natal na rede do SUS através de entrevistas com 2422 gestantes atendidas nos serviços de pré-natal de baixo risco. A avaliação da adequação contemplou o índice PHPN, com as recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, do Ministério da Saúde, e um índice PHPN ampliado que abarca também a suplementação de ferro, exames clínicos e participação em atividades educativas. A adequação do pré-natal foi de 38,5% para o PHPN e de 33,3% para o PHPN ampliado, sugerindo que a persistência de desfechos perinatais desfavoráveis no Rio de Janeiro associa-se a problemas qualitativos da assistência pré-natal (DOMINGUES, 2012).

Carvalho et. al (2007) avaliaram a assistência pré-natal prestada de acordo com as recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, através de estudo transversal com 612 mulheres atendidas na ocasião do parto, na capital pernambucana. As variáveis estudadas abarcaram características socioeconômicas das gestantes, história clínica, satisfação da usuária e dados relativos à assistência pré-natal transcritos de prontuários e cartões de pré-natal. Os resultados foram favoráveis quanto à cobertura pré-natal bem como a média de consultas realizadas, no entanto menos da metade das pacientes tiveram captação precoce e adequado atendimento clínico durante as consultas, como aferição de peso, pressão arterial e exame obstétrico, sendo a atenção considerada inadequada em mais de 80% dos casos apesar de uma cobertura pré-natal elevada.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Juiz de Fora, através da auditoria de 370 cartões de pré-natal de pacientes a termo, usuárias do SUS na ocasião do parto. A adequação da assistência pré-natal foi

avaliada através do índice de Kessner (início e frequência dos atendimentos), do PHPN e a realização de procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios numa consulta pré-natal. Apesar de uma cobertura pré-natal maior que 99% e uma média de 6,4 consultas/paciente, a adequação do processo foi de apenas 26,7% quando avaliado o índice de Kessner e de 1,9% e 1,1% quando avaliados o PHPN e procedimentos obstétricos rotineiros respectivamente. (COUTINHO, 2003).

Estudo realizado na grande Vitória objetivou avaliar a completude das informações contidas nos cartões de pré-natal. Foram selecionados de forma aleatória pouco mais de mil cartões de puérperas internadas em maternidades da região metropolitana. A completude dos cartões foi avaliada de acordo com os critérios de Romero & Cunha, que medem a qualidade do preenchimento em uma escala de excelente a muito ruim. Em geral o preenchimento foi considerado ruim na maioria dos cartões (NETO, 2012).

Outro estudo com metodologia semelhante realizado em Belo Horizonte com 214 puérperas evidenciou inadequação importante do preenchimento dos cartões bem como o descumprimento dos protocolos assistenciais do pré-natal (CARRILHO, 2014).

De um modo geral, a literatura mostra inadequação da assistência pré-natal à luz do Cartão da Gestante, estando este sujeito a incompletudes pela não realização do procedimento ou pela falta de registro. Os estudos também revelam resultados mais favoráveis quando se prioriza aspectos quantitativos da assistência, como o acesso e o número médio de consultas, sugerindo que os aspectos qualitativos do cuidado prestado durante o pré-natal sejam revistos.

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1. DESENHO DO ESTUDO:

Através de um estudo descritivo, de natureza transversal, foram entrevistadas 805 puérperas, bem como colhidas informações constantes em seus cartões da gestante, internadas em quatro hospitais do Município do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 10 de janeiro a 31 de maio de 2017. Os Hospitais contemplados com o estudo foram: Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, Hospital Municipal Miguel Couto, Maternidade Leila Diniz, Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda.

5.2. CAMPO DE ESTUDO:

Os Hospitais escolhidos estão localizados em bairros distintos e populosos da cidade, objetivando uma expressão real da população estudada. Além disso, concentram um percentual expressivo de partos no município e são considerados referências para a saúde da mulher nas respectivas regiões, integrando inclusive a rede do programa Cegonha Carioca, que atende gestantes em toda a cidade.

Objetivando contribuir com a descrição de sua ocorrência, todas as informações foram colhidas durante a internação nas quatro Unidades, distribuídas estrategicamente em áreas programáticas diversas; a saber:

1. Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, AP 5.1;
2. Maternidade Leila Diniz, AP 4.0;
3. Hospital Municipal Miguel Couto, AP 2.1 e;
4. Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, AP 1.0.

As referidas Unidades foram escolhidas por se localizarem em áreas geograficamente estratégicas, no que tange a cobertura, e por receberem o maior contingente de gestantes do município, podendo-se considerar que os resultados obtidos serão capazes de representar a realidade de assistência obstétrica da cidade do Rio de Janeiro, no plano do Sistema Único de Saúde.

“O município do Rio de Janeiro é dividido em 153 bairros, distribuídos por 30 regiões administrativas (RAs). Essas RAs compõem as áreas programáticas (APs) que totalizam 10” (MARQUES, 2016).

“Segundo informações da prefeitura do Rio de Janeiro, as APs 1 e 2 têm alta densidade populacional e uma presente infraestrutura urbana. As APs 4 e 5 têm baixa densidade populacional e carência de infraestrutura. A AP com o maior nível de renda é a da Zona Sul, a 2.1 em contraposição às APs 4 e 5 na Zona Oeste” (MARQUES, 2016).

Figura 1-Mapa das APs no município do Rio de Janeiro

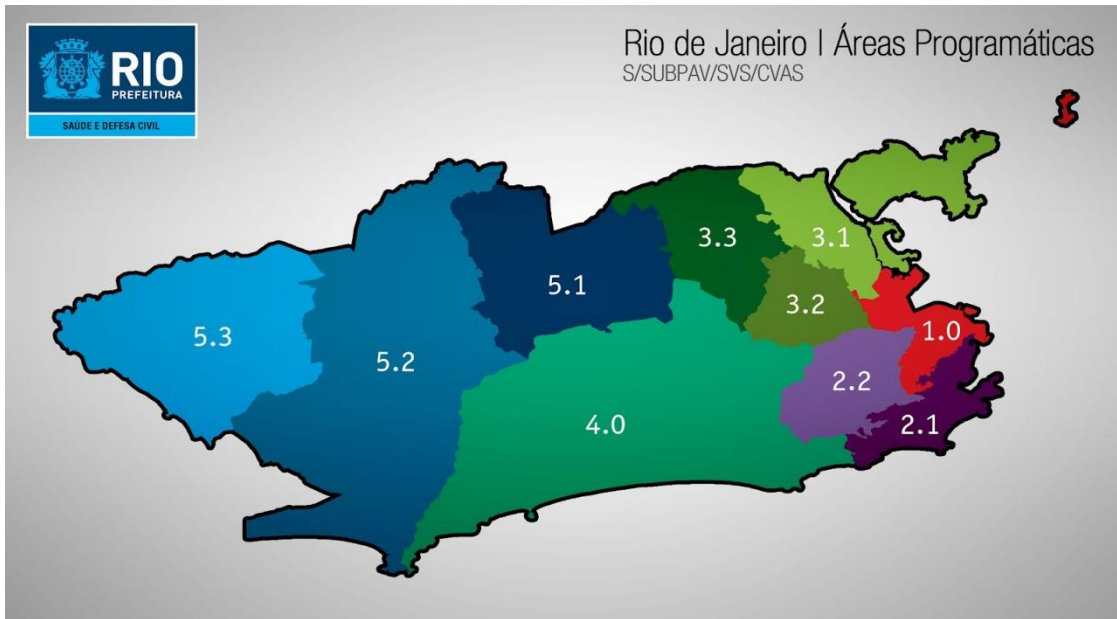


Figura 2-Mapa da distribuição das Unidades de Atenção Primária por APs, MRJ, 2009. (n=108)



Fonte: SUBPAV/SAP, 2013.

5.3 POPULAÇÃO FONTE:

Composta por puérperas internadas nas quatro maternidades no período da pesquisa.

5.3.1. Critérios de Inclusão

Puérperas híginas e dispostas a responderem espontaneamente aos entrevistadores, após assinar termo de consentimento livre e esclarecido.

5.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídas deste estudo as mulheres que não se encontravam em condições clínicas favoráveis durante a entrevista, que não realizaram pré-natal na rede básica do município do Rio de Janeiro ou que deram a luz antes de trinta e sete semanas de gestação. As que não consentiram a entrevista ou que apresentavam distúrbios cognitivos de qualquer natureza foram consideradas como perdas.

5.4 FONTES DE INFORMAÇÃO

As questões fechadas tiveram como base as informações colhidas diretamente do cartão da gestante, preconizado pelo Ministério da Saúde. As questões abertas foram obtidas através de informações dos trabalhos de natureza qualitativa relacionadas ao tema em apreço.

“O questionário foi testado, através de um estudo piloto, visando homogeneizar as questões, além de familiarizar os entrevistadores com o referido instrumento” (MARQUES, 2016).

“Este questionário foi aplicado às puérperas, nas próprias Unidades, pela Autora, por profissionais de saúde e estudantes de Medicina da Universidade Estácio de Sá, previamente treinados e sob a supervisão dos pesquisadores. A coleta de dados foi realizada face a face, em ambiente apropriado, antes da alta hospitalar, e sem a interferência de terceiros, visando o respeito ao sujeito da pesquisa” (MARQUES, 2016).

“Este treinamento abordou: os objetivos e a relevância do estudo, as técnicas de abordagem dos sujeitos e a dinâmica para aplicação do questionário.

Os entrevistadores receberam uma pasta contendo uma caneta, os instrumentos de coleta de dados e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido” – TCLE (MARQUES,2016)

O instrumento de coleta de dados foi elaborado em seis blocos de perguntas, sendo quatro deles referentes ao próprio cartão e dois blocos de característica aberta.

BLOCO 1: Identificação da mulher, características sócio-demográficas (idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, atividade remunerada)

BLOCO 2: Linhas de ação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

BLOCO 3: História da gravidez atual (início do pré-natal, idade da gestação, número de consultas do PN, resultado de exames, exame clínico, preenchimento de gráficos de peso, altura, etc), história pregressa, familiar e dados referentes às consultas

BLOCO 4: Demais exames relativos à saúde da mulher (exame clínico das mamas, colpocitologia oncótica e exame odontológico).

BLOCO 5: informações relativas à percepção da gestante sobre a importância do pré-natal e do referido Cartão, com enfoque específico sobre: apresentação do cartão; compreensão sobre as informações contidas no cartão, esclarecimento acerca do cartão da gestante por algum profissional de saúde durante o pré-natal; vantagens e desvantagem do instrumento e solicitação do mesmo pelo profissional de saúde no momento da internação, além da percepção e satisfação quanto a assistência recebida durante o pré-natal

BLOCO 6: Informações quanto às orientações recebidas durante o pré-natal

Os dados de cadastro no registro diário do Programa de Humanização do Pré-natal verificados nos cartões foram: o local de realização do pré-natal, a data da primeira consulta e a data da última menstruação; e as variáveis de registro diário serão relacionadas a um ou dois registros dos exames de tipagem (ABO) e fator (Rh) sanguíneo, VDRL, urina (EAS), glicemia, hemoglobinemia, hematócrito, anti-HIV. Além disso, serão consideradas informações maternas como

antecedentes pessoais e obstétricos, e exames clínicos. Nos campos direcionados aos registros cotidianos das consultas pré-natais será avaliada a presença das datas das consultas, pesagem, medidas da pressão arterial, semanas de amenorreia, medidas da altura uterina, batimentos cardíacos fetais (BCF) e movimentos fetais (MF).

Será considerado como **PREENCHIDO COMPLETO** quando todos os campos referentes à informação apresentarem-se assinalados;

Será considerado como **PREENCHIDO INCOMPLETO** quando apenas alguns campos referentes à informação avaliada apresentarem-se preenchidos.

Será considerado como **NÃO PREENCHIDO** quando nenhum campo referente à informação avaliada apresentar-se preenchido;

5.5. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

Análise estatística do Cartão da Gestante e da percepção das puérperas

Foi realizada a análise descritiva de dados extraídos de entrevistas da amostra estudada, de forma a permitir a obtenção de médias e frequências, com suas respectivas variações em torno da média, utilizando-se como instrumento de análise o software EPI Info 7.0.

A avaliação da qualidade do preenchimento do Cartão da Gestante foi realizada conforme os critérios de Romero & Cunha (2006) com foco na proporção de informação ignorada. A classificação do Grau de Completude foi realizada utilizando pontos de corte referentes ao percentual de preenchimento dos campos do CG: *Excelente (mais de 95% de registros preenchidos); Bom (de 95% a 91% registros preenchidos), Regular (de 90% a 81% de registros preenchidos), Ruim (de 80% a 50% de registros preenchidos), e Muito ruim (menos de 50% registros preenchidos).*

Os dados foram expostos de modo descritivo, sob a forma de tabelas e gráficos visando contrapor as informações neles contidas com as já existentes na literatura, a fim de propor questionamentos e conclusões acerca dos resultados encontrados.

A avaliação da assistência pré-natal foi realizada através do índice de Kotelchuck (APNCU) conforme mostra o quadro 2.

Quadro 2: Índice de Kotelchuck (APNCU)*

CLASSIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL	CRITÉRIOS ESTABELECIDOS
INADEQUADO	Início do PN após o 4º mês ou realização abaixo de 50% das consultas esperadas
INTERMEDIÁRIO	Início do PN antes ou durante 4º mês e realização de 50 a 79% das consultas esperadas
ADEQUADO	Início do PN antes ou durante o 4º mês e realização de 80 a 109% de consultas esperadas
MAIS QUE ADEQUADO	Início do PN antes ou durante o 4º mês e realização de 110% ou mais das consultas esperadas

*Não incluídas participantes que não realizaram pré-natal, e que não possuíam cartão de pré-natal

5.6 ASPECTOS DE NATUREZA ÉTICA

“Antes de iniciar a coleta de dados, os sujeitos foram informados sobre objetivos, a relevância, a metodologia e os preceitos éticos da pesquisa. Além disso, foi esclarecido o porquê do convite para participar da pesquisa, assim como os riscos existentes, os deveres e os direitos relacionados” (MARQUES, 2016).

“Foi informado que a participação é de suma importância e deverá ser de forma voluntária, porem o sujeito teve opção de não querer participar do projeto. Também foi informado, de forma clara, para o sujeito, que ele deve se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízos quanto à qualidade do seu atendimento no Hospital/Maternidade” (MARQUES, 2016).

“Após esses esclarecimentos e mediante o aceite para a participação, foi solicitado a assinatura do TCLE pelo sujeito da pesquisa e pelo pesquisador, e entregue uma cópia do documento contendo as informações sobre o projeto e o

contato telefônico da pesquisadora, caso o sujeito venha ter dúvidas ou queira retirar o seu consentimento na participação da pesquisa” (MARQUES, 2016).

“Durante a coleta de dados, se houvesse intercorrências clínicas, a coleta poderia ser interrompida e o atendimento médico/psicológico imediato seria providenciado pela equipe do Hospital, conforme planejamento previamente realizado com as lideranças locais. É importante deixar claro que após assinado o TCLE, o sujeito não desiste de nenhum de seus direitos, e ele não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais” (MARQUES, 2016).

5.7 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

“No que concerne aos riscos, acredita-se que a presente investigação não resultou em agravos de natureza clínica decorrente da aplicação do questionário” (MARQUES, 2016).

Sobre os benefícios, acredita-se que os resultados possibilitarão alertar quanto à importância da completude do Cartão da Gestante nos processos de referência e contra referência de grávidas, bem como obter um conhecimento acerca do mesmo por parte das pacientes (MARQUES, 2016).

6.RESULTADOS

Consoante já anunciado, a presente investigação contou com a participação de oitocentos e cinco entrevistas e auditorias, respectivamente de puérperas e cartões da gestante, sendo que dez casos, considerados como perdas.

A idade das entrevistadas variou de 12 a 45 anos, com média de 24 ± 3 anos. Em relação à escolaridade, a grande maioria (94,18%) possuiu ensino médio ou fundamental. Quanto à raça/cor, a maioria se declarou não branca (66,1%).

O consolidado da amostra, revelou que o bloco 1 do cartão da gestante, onde contém os dados de identificação, apresentou uma acentuada redução no seu preenchimento, por parte dos profissionais de saúde. Chama atenção que na sua grande maioria, as variáveis relacionadas a esse domínio foram enquadrados **como ruim e muito ruim**, incluindo-se o local **onde realizou o pré-natal**, o **número do cartão SISPRENATAL** e a **maternidade de origem**. O único preenchimento que atingiu a completude satisfatória (99,47 %) foi o nome da gestante postado no referido cartão (Tabela1).

Tabela 1 - Completude das informações relativas à identificação materna e referência de destino, postadas no Cartão da Gestante, consoante critério de Romero & Cunha (1996)

Variáveis	Absoluto	Relativo	IC	Completude
	N	%	95%	
Nome	745	99,47%	98,63-99,79	Excelente
Idade	521	66,58%	63,20- 69,80%	Ruim
Raça	621	77,82%	74,81 – 80,57%	Regular
Estado civil	644	81,31%	78,45 – 83,87%	Regular
Escolaridade	605	76,49%	73,41 – 79,31%	Regular
Onde fez PN	573	77,54%	74,39 – 80,40%	Regular
Endereço	626	77,86%	74,86 – 80,59%	Regular
Telefone	531	66,04%	62,70 – 69,23 %	Ruim
SISPRENATAL	388	48,56%	45,11 – 52,02%	Muito Ruim
Referência de destino	658	82,35%	79,56 – 84,84%	Regular

Crítérios de Romero & Cunha: Bom (de 95% a 91% registros preenchidos), Regular (de 90% a 81% de registros preenchidos), Ruim (de 80% a 50% de registros preenchidos), e Muito Ruim (menos de 50% registros preenchidos).

Os Campos do cartão da gestante onde devem ser registrados os antecedentes obstétricos, pessoais e familiares, atingiram taxas de completude de 86,09%, 78,95% e 83,12% respectivamente, considerados como ruim e muito ruim. Mister revelar que em mais de 30% dos cartões, as informações relativas à gestação atual estavam incompletas ou ausentes. Do mesmo modo, o registro da realização do exame preventivo e o exame das mamas, mostraram a maior taxa de incompletude dessa dimensão do cartão (Tabela 2).

Tabela 2 - Completude das informações postadas no cartão da gestante, relacionadas à gestação atual, histórico obstétrico e exames clínicos, consoante critério de Romero & Cunha

Variáveis	Absoluto N	Relativo %	IC 95%	Nível de avaliação
Data da última menstruação	715	89,36%	87,03 – 91,31%	Regular
Data Provável do Parto	739	92,25%	90,19 – 93,91%	Bom
Tipo de gravidez	450	56,55%	53,08 – 59,96%	Ruim
Gestação atual	541	67,79%	64,47 – 70,94%	Ruim
Antecedentes obstétricos	687	86,09%	83,52 – 88,32%	Regular
Antecedentes clínicos	631	78,95%	75,98 – 81,63%	Regular
Antecedentes familiares	661	83,12%	80,36 – 85,57%	Regular
Exame das mamas	29	3,51%	2,44 – 5,02%	Muito Ruim
Exame de Papanicolau	193	24,13%	21,29 – 27,21%	Muito Ruim

Crítérios de Romero & Cunha: Bom (de 95% a 91% registros preenchidos), Regular (de 90% a 81% de registros preenchidos), Ruim (de 80% a 50% de registros preenchidos), e Muito Ruim (menos de 50% registros preenchidos).

A Tabela 3 exibe a completude dos registros de procedimentos clínicos e obstétricos no cartão de pré-natal, onde são anotados os principais dados da gestação e do produto da concepção. Destaca-se maior completude para os registros da pressão arterial (97,26%), seguido do peso (96,26%), idade gestacional (95,88%) e altura uterina (87,42%); tendo menor completude para os registros dos gráficos nutricionais (2,25%) e de crescimento uterino (4,13%). A grande maioria dos cartões auditados (70%) não revelou informações sobre exame odontológico.

Tabela 3 - Completude das informações postadas no cartão da gestante, relacionadas à assistência obstétrica, consoante critério de Romero & Cunha

Variáveis	Absoluto	Relativo	IC	Completude
	N	%	95%	
Idade gestacional	769	95,88%	94,27 – 97,05%	Excelente
Peso	775	96,39%	94,86 – 97,47%	Excelente
PA	781	97,26%	95,88 – 98,18%	Excelente
Altura uterina	703	87,42%	84,95 – 89,54%	Regular
BCF	608	75,69%	72,60 – 78,53%	Regular
Movimento fetal	576	71,82%	68,61 – 74,82%	Ruim
Gráfico nutricional	18	2,25%	1,43 – 3,53%	Muito Ruim
Gráfico de crescimento	33	4,13%	2,96 – 5,74%	Muito Ruim
Odontologia	234	29,9%	26,24 – 32,54%	Muito Ruim

Crítérios de Romero & Cunha: Bom (de 95% a 91% registros preenchidos), Regular (de 90% a 81% de registros preenchidos), Ruim (de 80% a 50% de registros preenchidos), e Muito Ruim (menos de 50% registros preenchidos)

Adequação do preenchimento quanto ao PHPN

A avaliação da adequação do pré-natal através da auditoria do cartão da gestante revela que as informações contidas nos cartões da gestante mostram uma regular captação precoce de gestantes, bem como a adequação do número de consultas. Também foi considerada regular a distribuição adequada das consultas nos diferentes trimestre (Tabela 4).

Foram utilizados os índices de Kotelkchuck para avaliação da adequação do pré-natal, conforme critérios descritos em métodos. Foi considerado rastreio adequado de HIV e VDRL quando a paciente realizou ao menos dois exames no pré-natal, sendo um na primeira consulta e um no terceiro trimestre. Apenas

71,64% dos cartões mostravam registro de rastreamento adequado para HIV e 72,39 % adequado para sífilis. Os exames de urina e glicemia apresentaram adequação em 55,72% e 53,36% respectivamente.

Pouco mais de 80% das pacientes realizaram tipo sanguíneo e hemograma na primeira consulta de pré-natal segundo o auditado nos cartões. Apenas 25,35% dos cartões continham registro de atividades educativas durante o pré-natal, sendo a variável com pior resultado.

A imunização anti-tetânica foi considerada adequada quando realizada ao menos duas doses da vacina antitetânica, última dose imunizante há menos de cinco anos ou ainda dose de reforço há menos de cinco anos. A auditoria dos cartões mostrou que pouco mais de 50% das gestantes devidamente imunizadas (tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação da assistência obstétrica através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) baseada exclusivamente no preenchimento do cartão da gestante.

Variáveis	Absoluto N	Relativo %	IC 95%	Avaliação
Captação no primeiro trimestre	688	86%	83,4 - 88,2	Regular
Mínimo de seis consultas	701	87,1	84,7 - 89,3	Regular
Tipo sanguíneo	704	88	85,6 - 90,0	Regular
VDRL (pelo menos exames)	582	72,3	69,2 – 75,3	Ruim
HIV (pelo menos 1 exame)	576	71,6	68,4 – 74,6	Ruim
Glicemia adequada	429	53,3	49,9 – 56,7	Ruim
Hemoglobina & hematócrito	651	83,1	80,3 – 85,5	Regular
Antitetânica (2 doses)	330	50,0	53,8 -53,8	Ruim
Exame de Urina	448	55,7	52,2 – 59,1	Ruim
Atividades Educativas	202	25,3	22,4 -28,4	Muito Ruim

Crítérios de Romero & Cunha: Bom (de 95% a 91% registros preenchidos), Regular (de 90% a 81% de registros preenchidos), Ruim (de 80% a 50% de registros preenchidos), e Muito Ruim (menos de 50% registros preenchidos)

A avaliação da adequação do pré-natal, através da auditoria do cartão da gestante, revela que apenas 178 cartões continham todos os critérios mínimos de adequação proposta pelo PHPN, conforme mostra a figura 3.

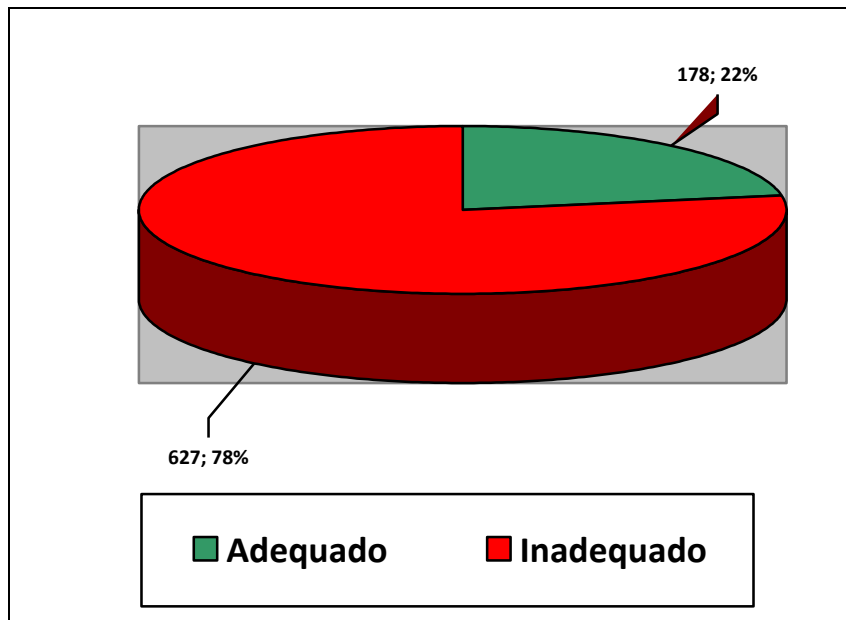


Figura 3 – Avaliação consolidada da Assistência obstétrica através do Programa nacional de Humanização do pré-natal e nascimento (PHPN) baseada exclusivamente no preenchimento do cartão da gestante.

Os dados constantes na Tabela 5 avaliam a adequação da Assistência Pré-natal através da auditoria do cartão da gestante, sob a ótica do índice Kotelchuck (1999). Através deste instrumento a assistência pré-natal da amostra estudada, teve uma alta taxa de adequação (80%); ou seja, teve uma boa captação precoce e um bom número de consultas de pré-natal nos intervalos propostos pelo Ministério da Saúde.

Tabela 5 – Avaliação da adequação da Assistência pré-natal baseada exclusivamente no preenchimento do cartão da gestante, tendo como critério o índice de Kotelchuck, 1999- análise de 805 pacientes

ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL	ABSOLUTO (N)	RELATIVO (%)
Mais que adequado	100	12,2
Adequado	542	67,3
Intermediário	40	4,9
Inadequado	118	14,6
Total	805	100%

Quando foi avaliada a percepção e valorização do cartão pela usuária, foi observado que aproximadamente 30% das puérperas entrevistadas não demonstraram interesse pelas informações contidas no Cartão da Gestante, no entanto a maioria referiu sempre portar consigo o Cartão (89,04%), portando inclusive no momento da Internação. Do mesmo modo, um grande contingente de puérperas informou ainda que o médico solicitou o Cartão de pré-natal no momento da sua internação (Tabela 6).

Tabela 6– distribuições dos resultados das Entrevistas com puérperas sobre valorização do Cartão da Gestante

Variáveis	Absoluto (N)	Relativo (%)	IC 95%
Hábito de portar cartão	716	89,04%	86,69 – 91,02%
Importância do cartão	672	83,67%	80,95 – 86,06%
Leu o cartão	618	76,93%	73,89 – 79,72%
Trouxe o Cartão na internação	705	88%	85,56 – 90,07%
Medico pediu o cartão	782	97,26%	95,89 – 98,18%

Em relação à participação em atividades educativas em grupo, somente 25,09% das puérperas entrevistadas referiram ter participado de atividades em grupo, no entanto 65,5% referiram ter recebido orientações individualmente (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição da Participação das usuárias em atividades educativas, conforme relato das mesmas.

Atividades Educativas	Absoluto N	Relativo %	IC 95%
Nenhuma	75	9,3%	7,2 – 10,7
Apenas orientação individual	528	65,5%	63,61 –68,82
Em grupo	202	25,09%	22,4 -28,4

Mais de 80% das puérperas entrevistadas referiram ter recebido orientações sobre a importância do pré-natal, higiene e alimentação e pouco mais de 50% receberam informações sobre direitos da gestante e planejamento familiar, conforme mostra a tabela 8.

Tabela 8- Distribuição das Informações recebidas, segundo relato das usuárias ao longo do pré-natal

Variáveis	Absoluto N	Relativo %	IC 95%
Importância Do Pré-Natal	701	87,52	85,05-89,63
Sexualidade	478	59,53	56,09 –62,87
Higiene e Alimentação	659	82,17	79,37-84,66
Modificações Grávidicas	541	67,37	64,05-70,53
Planejamento Familiar	442	55,18	51,72-58,59
Direitos	473	58,98	55,54-62,33
Aleitamento Materno	587	73,10	69,93-76,05
Importância da Consulta Puerperal	532	66,33	62,99-69,52
Cuidados com o Recém Nascido	507	63,14	59,75-66,41
Importância do Acompanhamento do Recém- Nascido	516	64,26	60,88-67,50
Vacinas	605	75,53	72,44-78,38

As puérperas que realizaram o pré-natal e que portavam o cartão foram questionadas, por meio da escala de Likert, quanto à satisfação com a assistência pré-natal recebida. 88,10% relataram estar satisfeita ou muito satisfeita com a assistência recebida e apenas 3,38 insatisfeita (Tabela 9).

Tabela 9- Distribuição da casuística segundo a Satisfação da puérpera com a assistência pré-natal

Variáveis sobre avaliação do Pré-natal	Absoluto (N)	Relativo (%)	IC (95%)
Satisfeita	496	62,16%	60,1-64,7%
Muito satisfeita	207	25,94%	23,6-28,8%
Pouco satisfeita	68	8,52%	7,1-9,2%
Insatisfeita	27	3,38%	2,6-4,9%
Total	798	100,00%	

Satisfação da usuária conforme escala de Likert

7.DISSCUSSÃO

A gravidez, parto e puerpério são marcos importante na trajetória de vida das mulheres, homens e suas famílias, pois o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento bem como para a relação que a mulher e a sua família estabelecerão com a criança. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento mais saudável do ser humano.

Nesse contexto, O Ministério da Saúde preconiza o fluxo adequado de acompanhamento da gestante nos diversos níveis de atenção à saúde, sendo o Cartão da Gestante o elo entre os diversos níveis de atenção, permitindo a troca de informações entre serviços durante todo o ciclo gestatório (BRASIL, 2006).

A gestante deve sempre levar consigo o Cartão e este deve contemplar o máximo de informações referentes às consultas, exames, procedimentos e intercorrências ao longo do pré-natal, ressaltando a identificação adequada da usuária, o número do SISPRENATAL e a maternidade de referência para realização do parto (BRASIL, 2006).

O presente estudo visou obter informações quanto à completude dos Cartões de 805 puérperas internadas em quatro maternidades da rede municipal de saúde do município do Rio de Janeiro no período de janeiro a maio de 2017. Optou-se por diversificar a amostra, distribuindo-se nas diversas áreas programáticas, na tentativa de torná-la mais representativa quanto à realidade do município em apreço.

Na metodologia adotada, foi empregada a auditoria dos cartões da gestante, uma das técnicas de obtenção de dados para avaliação da qualidade da assistência obstétrica. A auditoria desse documento pode ser realizada simultânea

ou retrospectivamente ao processo de investigação e, ao utilizá-la, o pesquisador com experiência na área pode avaliar tanto o processo como o produto. O registro da assistência pré-natal no documento apropriado pode influenciar os processos de cuidado, fazendo com que a auditoria possa refletir a qualidade da atenção prestada. Dessa forma, pressupõe-se que, se não foi registrado, o procedimento médico não deve ter sido realizado.

Outra questão interessante foi relacionada à origem da assistência pré-natal, dado que foram incluídas na investigação apenas mulheres que realizaram o pré-natal em Clínicas de Saúde da família do Município do Rio de Janeiro. Essa decisão permitiu analisar com maior precisão a qualidade da atenção nesse segmento assistencial.

Investigações científicas sobre auditoria em cartão de gestante vem sendo realizadas por diversos autores e em diversas regiões brasileiras, sempre com o intuito de identificar não conformidades e poder aprimorar a qualidade da assistência pré-natal (COUTINHO *et al*, 2003; CARVALHO; NOVAES, 2004; CARVALHO; ARAUJO, 2007, NETO 2012, CARRILHO 2014).

A adequação do preenchimento do Cartão, exarada no capítulo Metodologia, foi avaliada segundo os critérios de Romero & Cunha (2006) por fornecer uma gradação das diversas incompletudes de preenchimento, possibilitando um julgamento adequado do aprimoramento do processo nos diversos períodos avaliados.

Os cartões foram avaliados quanto ao preenchimento adequado ou não pelos critérios previstos no Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que contemplam a quase totalidade das ações referentes à assistência pré-natal.

No que concerne ao bloco de identificação do cartão da gestante, observa-se foram enquadrados como a maioria das variáveis incluindo a maternidade de referência. A idade maternidade teve completude ruim, e o número do SISPRENATAL muito ruim segundo os critérios de Romero & Cunha (2006). A única variável com completude excelente foi o nome materno.

O SISPRENATAL corresponde a um cadastro de gestantes de gestantes, cujas informações municiam os gestores na assistência integral a saúde do binômio preconizado pelo PNHPN. O não preenchimento desse registro provoca prejuízo significativo no acompanhamento de gestantes, puérperas e recém-nascidos, possibilitando melhorias na assistência voltadas às políticas públicas envolvendo a saúde da mulher e da criança.

Quanto ao preenchimento das consultas foi observado 95,8% de registros dos campos referentes à idade gestacional, 96,39% referentes ao peso, 97,26% referentes à pressão arterial e 75,69% referentes ao batimento cardíaco fetal. A altura uterina foi registrada em 87,42 % das consultas e os movimentos fetais em 71,82%. Chama a atenção o baixo registro de preenchimento dos gráficos nutricionais e de crescimento uterino, sendo respectivamente de 2,25% e 4,13%.

Com o intuito de diagnosticar o mais precocemente possível o retardo de crescimento uterino o Ministério da Saúde recomenda, no Manual de Assistência Pré-Natal, que seja aplicado a todas as gestantes o gráfico de crescimento da altura uterina para a idade gestacional elaborado a partir de dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP). Sendo considerados limites de normalidade para o crescimento uterino respectivamente o percentil 10, para o

limite inferior, e o percentil 90, para o limite superior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Foi observado que apenas 3,51% dos cartões continham informações sobre o exame físico das mamas. O exame físico das mamas, durante a gestação, é um valioso método não só para o rastreio de patologias mamárias, mas também, uma excelente oportunidade para orientação do preparo das mamas para a amamentação (FEBRASGO, 2006), devendo fazer parte do exame físico da mulher. Vale ressaltar que o câncer de mama é a segunda neoplasia mais frequente na gestação, estimando-se um caso para cada três mil gestações (NAUGHTON,2007).

Estudo realizado, em um município do Rio Grande do Sul, mostrou que 59,8% das pacientes não foram submetidas ao exame clínico das mamas ao longo do pré-natal- (GONÇALVES, 2008). Em Teresópolis (Rio de Janeiro), foram entrevistadas 305 mulheres numa campanha de vacinação infantil, e observou-se que 35,7% das mães referiram nunca terem sido submetidas a exame clínico das mamas. Das mulheres que referiram o exame físico alguma vez, em 25% o último exame foi durante o pré-natal, 56,6%na consulta puerperal e 18,4 % em período de um a dez anos anteriores à gestação (SANTOS, 2000).

O registro da colopocitologia oncótica, assim como o exame físico das mamas, foi classificado como muito ruim segundo os critérios de Romero & Cunha (2006), com apenas 24,13% dos cartões contendo esta informação. Estudo, realizado por Carrilho, em dois Hospitais Universitários de Belo Horizonte, com metodologia semelhante ao presente estudo, mostrou que 37,8% de puérperas, que realizaram pré-natal, relataram que nunca haviam realizado colopocitologia ou

que o exame já estava desatualizado (realizado há três anos ou mais). Havia registro no cartão de pré-natal de preventivo atualizado em somente 18,4% da amostra, sendo 13% realizado no último pré-natal e os demais há três anos ou menos.

O risco da progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período gestacional é mínimo, porém a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta. Sem contra indicações de realizar o exame durante a gestação, o pré-natal é uma ótima oportunidade de se realizar o rastreio do câncer de colo uterino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os dados relativos à consulta odontológica mostraram completude considerada muito ruim, com 29,9% de registros. Carrilho (2014) mostrou registro em 9,7% dos cartões, e 36,8% das puérperas relataram ter realizado exame odontológico no pré-natal. Neto et al (2012) verificou baixa completude de registro do exame odontológico no pré-natal, apenas 6%. É sabida a associação entre a doença periodontal e prematuridade e/ou baixo peso ao nascer e que o tratamento da doença periodontal reduz a incidência quando comparado com a ausência de tratamento (ZANATTA, 2007).

Ainda mais alarmante é a não realização de exames fundamentais e necessários durante a gestação. Em relação aos exames laboratoriais, são preocupantes os altos percentuais de falta de registro de variáveis relacionadas à intercorrências maternas importantes, como a anemia, as infecções do trato urinário, o diabetes e a sífilis.

No presente estudo observou-se que tanto no primeiro, quanto no terceiro trimestre houve baixo registro de exames laboratoriais, sendo mais evidente no

terceiro trimestre, resultados que não foram diferentes em outros estudos, que utilizaram a mesma metodologia (PARADA, 2008; SIQUEIRA 2011, DOMINGUES 2012, CARRILHO 2014).

Sobre a sífilis, observou-se que mais de 25% da amostra não tiveram o resultado registrado do exame de VDRL no cartão da gestante. A sífilis é uma condição infecciosa com grande repercussão perinatal e com possível repercussão no decorrer da vida. O diagnóstico e tratamento são de fácil execução, sendo realizados com baixo custo e nenhuma dificuldade operacional, dado que a rede dispõe de laboratórios para a realização do referido exame. Considerando a importância deste exame para o diagnóstico e prevenção da sífilis congênita, considera-se adequado a realização de dois exames de VDRL.

O tratamento de sífilis é considerado inadequado quando não há decréscimo dos títulos, não há tratamento do parceiro, tratamento há menos de um mês do parto ou quando não há registro do tratamento (BRASIL, 2006).

O mesmo foi observado com a triagem de HIV, revelando que quase 30% não realizaram dois exames, consoante o PHPN. Mesmo que a paciente tenha realizado o exame e simplesmente o mesmo não foi registrado, isso acarretará, no mínimo em oneração dos serviços de saúde com a repetição desnecessária de exames. A triagem para HIV é uma estratégia que promove a melhoria da assistência dos serviços de saúde, proporcionando às gestantes contaminadas um atendimento especializado com medidas de prevenção da infecção vertical, como a administração de medicamentos e suspensão definitiva do aleitamento.

Apenas 65% dos cartões auditados apresentavam registros de urinocultura no terceiro trimestre e 60,73% apresentavam registro de glicemia próximo à trigésima semana de gestação. Os registros, desses exames, foram semelhantes

aos encontrados por Domingues (2012) em estudo realizado sobre avaliação da adequação do pré-natal na rede SUS, no Município do Rio de Janeiro.

A glicemia plasmática de jejum na 1ª consulta pré-natal, preferencialmente até a 20ª semana de gestação. Na ausência de fatores de risco e glicemia de jejum menor ou igual a 85mg/dL, considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre a 24ª e 28ª semana de gestação. O diabetes na gestação está associado à maior morbimortalidade materna e fetal, sendo importante seu rastreamento e diagnóstico precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Este exame deve ser oferecido de rotina no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez, uma vez que a infecção urinária na gestação aumenta o risco de parto pré-termo, sepse materna e neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em relação à imunização antitetânica, segundo registros dos cartões de pré-natal, 50,0% das gestantes estavam imunizadas adequadamente, tendo sido consideradas adequadamente imunizadas as pacientes que receberam ao menos duas doses da vacina, ou já estavam previamente imunizadas ou então receberam a dose de reforço para as mulheres imunizadas há mais de cinco anos. A imunização observada em outros estudos brasileiros mostra-se superior ao do presente estudo. Carvalho & Novaes (2004) observaram registro de imunização em 81,4% nos cartões auditados. Valores aproximados foram descritos por Dias-da-Costa *et al* (2000) – 80% – e Siqueira (2011) – 75,5%. Já Coutinho *et al* (2003) evidenciaram 42,4% de registros, Carrilho (2014) evidenciou 37,3% e Parada (2008) 31,4%.

Acredita-se que a baixa frequência de anotação da imunização das gestantes denota clara incompreensão acerca da importância desse registro e/ou da própria prevenção do tétano neonatal por parte de parcela dos profissionais de saúde.

Para avaliação do pré-natal, através da auditoria do cartão, utilizou-se os parâmetros do PHPN, e do Sumário de adequação do índice de utilização do cuidado pré-natal” proposto por Kotelchuck (1994), o qual avalia o número de consultas de pré-natal, baseado no mês de início do pré-natal e na proporção de consultas observadas sobre o número de consultas esperadas, tendo como parâmetro o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia.

Considerando que o PHPN determina critérios mínimos para adequação do pré-natal, resolveu-se no presente estudo quantificar cartões que continham todas as informações exigidas pelo Programa, constatando-se que apenas 178 (22,11%) cartões apresentaram a adequação plena por esse critério.

Neto e et. al, (2012) avaliaram a completude de informações sobre a assistência pré-natal nos Cartões das Gestantes na região metropolitana da Grande Vitória de acordo com a cobertura do serviço de saúde, envolvendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e a Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional. De uma forma geral, o preenchimento das informações nos cartões foi ruim (incompletude > 20%), contudo, no ESF o cartão é mais bem preenchido do que no PACS e nas UBS.

Quando avaliado através do índice de Kotelchuck, o presente estudo revelou que 87,1 % das puérperas realizaram o mínimo de seis consultas pré-natal e 86% tiveram captação precoce de consulta.

A avaliação isolada da captação precoce (86%) mostra-se superior ao descrito por Vettore et al (2013) no município do Rio de Janeiro, cujo valor foi de

59,3%. Percentual mais elevado, de 83,6%, foi encontrado por PARADA, (2008) no município de Botucatu/SP.

No entender de Carvalho *et. al.*, (2007), o início tardio do pré-natal sugere o despreparo dos serviços de saúde para captar precocemente essas gestantes, o que pressupõe a sensibilização e conscientização da população quanto à importância do início precoce do pré-natal ou, ainda, a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde.

Sabe-se que o início tardio e a realização de menor número de consultas podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de certas condições, além de comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o pré-natal que é a promoção da saúde.

Viellas *et. al.* (2014) realizaram uma investigação capitaneada pela Escola Nacional de Saúde Pública objetivando analisar a assistência pré-natal oferecida pelos serviços públicos, e privados, utilizando dados da pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada em 2011 e 2012. Os resultados mostraram cobertura de 98,7% da assistência pré-natal sendo que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. Do total das entrevistadas, apenas 58,7% foram orientadas sobre a maternidade de referência.

Na presente investigação, a inadequação do pré-natal de acordo com o índice de Kotelchuck, foi de 14,6%, somando-se com o nível intermediário, totaliza 19,5% de avaliação desfavorável, e houve 100 casos de pré-natal considerado mais que adequado. Carrilho (2014) encontrou números mais desfavoráveis, com 38,3% de inadequação, 76,1% de pré-natais intermediários e nenhum caso classificado como mais que adequado. Estudo desenvolvido por Leal (2004), com

base em uma amostra de puérperas de parto único que se hospitalizaram em maternidades do Município do Rio de Janeiro, por ocasião do parto, observou um índice de Kotelchuck adequado em apenas 48,4% dos casos.

Vale ressaltar que o índice de Kotelchuck foi utilizado na Virginia, Estados Unidos da América (EUA) revelando uma taxa de inadequação de 9,6% dos informes (CHA, 2010). Em outro País, Manitoba - Canadá, o nível de inadequação foi semelhante ao encontrado nos EUA, 8,3% (HEAMAN et al., 2008).

Há um abismo entre o percentual de adequação quando comparado o índice de Kotelchuck à adequação ao PHPN. Como já mencionado anteriormente, o índice de Kotelchuck se mostrou adequado ou mais que adequado em quase 80% dos casos, porém os critérios mínimos para adequação do pré-natal propostos pelo PHPN só foram alcançados em 22%.

Isso pode ser explicado pelo fato de o índice de Kotelchuck privilegiar aspectos quantitativos da assistência pré-natal, o que torna a avaliação da qualidade, do cuidado prestado, menos fidedigna (Coutinho et al, 2003; Almeida, Barros, 2005; Jandrey, Stenzel, 2005; Lima, 2005).

No entender de Serruya (2003), observa-se que à medida que são agregados os critérios assistenciais, os percentuais que avaliam a assistência como um todo, tendem a diminuir, indicando que a avaliação em conjunto das atividades o maior desafio na atenção pré-natal. Deste modo, o PHPN estabelece critérios para determinar as práticas assistenciais mínimas, ou seja, aquelas cuja ausência compromete a qualidade da assistência.

O preenchimento do campo referente à participação em atividades educativas foi considerado ruim, apenas 23,5% dos cartões continham essa

informação. O foco principal de aprendizagem são as gestantes, mas as informações também devem atingir o companheiro e familiares.

A troca de experiência entre as mulheres e os profissionais de saúde é a melhor forma de contribuir para o processo de compreensão do estado gravídico. As atividades educativas podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde, e dentre as possibilidades destacam-se as discussões dramatizações e outras dinâmicas de grupo que facilitem a troca de conhecimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a maioria das questões levantadas em grupos de pré-natal, em geral, refere-se aos seguintes temas: importância do pré-natal; sexualidade; orientação higienodietética; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; sinais e sintomas do parto; importância do planejamento familiar; informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério; importância da participação do pai durante a gestação; importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança; aleitamento materno; preparo psicológico para as mulheres que tem contraindicação para o aleitamento materno (portadoras de HIV e cardiopatia grave); importância das consultas puerperais; cuidados com o recém-nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Durante entrevista com as puérperas, apenas 25% referiu participar de atividades educativas em grupo, esse percentual é muito próximo com os registros encontrados nos cartões auditados. Quanto às orientações recebidas, individualmente ou em grupo, destacam-se a importância do pré-natal e

orientações sobre higiene e alimentação, mais de 80% das puérperas referiram ter recebidos tais informações. No entanto, pouco mais da metade receberam orientações sobre planejamento familiar e direitos das gestantes.

Quando questionadas sobre o hábito de portar o cartão, 89,04% das pacientes afirmaram sempre levar consigo o cartão e 88% das usuárias portavam o cartão no momento da internação, em torno de 76 % se interessaram em ler o conteúdo do cartão. Mais de 97% das mulheres entrevistadas referiram que o médico solicitou o cartão de pré-natal no momento da internação. Esse último dado reafirma o elo produzido pelo pré-natal e a unidade fazedora do parto (BRASIL, 2006).

A despeito dos baixos índices de completude e de adequação, a satisfação das usuárias em relação à assistência prestada, mais de 88% das pacientes, se mostraram satisfeitas com a atenção recebida.

A avaliação global do atendimento pré-natal pelas usuárias, foi considerada “ótimo/bom” em 74,1% em estudo realizado no Rio de Janeiro (VETTORE et al, 2013) e em torno de 94,4% em Campinas (ALMEIDA; BARROS, 2005).

Em estudo realizado em Salvador/BA, mais de 80% das puérperas entrevistadas ficaram satisfeitas com a assistência recebida apesar de ter um índice de Kotelchuck considerado inadequado em 50% dos pré-natais (LIMA, et al, 2008).

Resultado paradoxal entre a satisfação e a assistência prestada à luz do Cartão da Gestante, pois não houve adequação dos registros considerando as variáveis celebradas no PHPN na maioria dos cartões. Contudo há correlação da satisfação das usuárias se levado em consideração o índice de Kotelchuk, priorizando aspectos quantitativos da assistência como o número de consultas.

A autora não pretendeu esgotar o tema, mas sim abrir perspectivas visando apontar a necessidade de capacitar gestores e profissionais de saúde das unidades básicas, sobretudo da Estratégia Saúde da Família, quanto aos protocolos assistenciais, a maior adesão às rotinas do programa e registro das informações visando o contingenciamento do cuidado pré-natal.

8. Conclusões

A análise dos resultados da presente investigação permite concluir que:

- 1- O preenchimento dos dados dos cartões das gestantes atendidas na Rede Básica do Município do Rio de Janeiro ainda revela uma taxa de incompletude muito elevada. Embora a ausência de registro não signifique exatamente a ausência de realização de procedimentos no pré-natal, a falta da informação certamente dificulta a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, sobretudo durante a internação.
- 2- Chama atenção a reduzida taxa de preenchimento dos dados cruciais de identificação, por parte dos profissionais de saúde; como: idade da gestante, estado civil, endereço, escolaridade origem e referencia de destino do parto. A ausência destas informações assumem maior proporção, pois estas foram coletadas quando a cliente já se encontrava na condição de puérpera.
- 3- Do mesmo modo, persiste ainda alguma a incompletude de informações obstétricas, envolvendo idade da gestação, tipo de gravidez, gestação atual, antecedentes clínicos e obstétricos. Essas informações podem prejudicar a qualidade da assistência a gestante, caso não tenha condições de prestar essas informações no momento da internação ou do atendimento na emergência;
- 4- A assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS no município do Rio de Janeiro mostrou-se adequada quando avaliado através o índice de Kotelchuck, que contempla apenas a alta captação precoce e adequado número de consultas dentre as pacientes entrevistadas. No entanto, mostrou-se inadequado, na grande maioria dos documentos auditados, quando levado

em consideração aspectos qualitativos da assistência, utilizando como critérios os parâmetros do PHPN, que avalia globalmente a assistência pré-natal, incluindo exames laboratoriais e obstétricos, número de consultas, atividades educativas.

- 5- Quando foi avaliada a percepção e valorização do cartão pela usuária, foi observado que boa parte das puérperas entrevistadas não demonstrou interesse pelas informações contidas no Cartão da Gestante, embora, a maioria referiu sempre portá-lo. Do mesmo modo, foram baixas as informações prestadas às gestantes no âmbito do pré-natal, concernente a sexualidade, higiene e alimentação, planejamento familiar e direitos das gestantes. Houve ainda falha nas informações relacionadas aos cuidados elementares com o recém-nascido, aleitamento e cuidados puerperais;
- 6- Apesar das não conformidades apontadas, a maioria das puérperas ficou satisfeita com o atendimento recebido durante o pré-natal;
- 7- Do consolidado, percebe-se a necessidade de melhoria no preenchimento das informações no cartão da gestante, com o intuito de garantir a integralidade do cuidado através dessa ferramenta simples, mas adequada para avaliar a efetividade do programa de assistência pré-natal no município.

9. APÊNDICES

9.1 TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você esta sendo convidada a participar de uma pesquisa que estamos realizando em quatro maternidades Públicas do Município do Rio de Janeiro e que tem como título: **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A LUZ DO CARTÃO DA GESTANTE.**

Essa pesquisa tem como objetivo principal avaliar o preenchimento do cartão de pré-natal e a valorização dada pela gestante ao referido documento.

A sua participação é muito importante, pois acreditamos que com as suas respostas e de outras mulheres, poderemos identificar possíveis falhas no preenchimento do Cartão, e assim, sinalizar a importância do adequado preenchimento deste documento para a melhoria da assistência prestada às gestantes da cidade do Rio de Janeiro.

E para isso, pedimos o seu consentimento para consultarmos o seu cartão de pré natal e para aplicarmos um questionário com 09 perguntas e que leva cerca de 10 minutos para ser respondido, sendo esse o único momento da sua participação. O questionário tem perguntas sobre: o motivo da sua internação, sobre seu entendimento e opinião em relação ao Cartão da Gestante.

Antes do início dessa pesquisa, eu tirei qualquer dúvida que você tenha, e as informações colhidas serão utilizadas somente nesse estudo.

Se você aceitar participar de forma voluntária, você deverá assinar esse termo e ficará com uma cópia. Nele terá todas essas informações e o contato telefônico da pesquisadora Melissa Alarcon Guilherme Cristofaro, caso você venha a ter dúvidas ou queira retirar o seu consentimento na participação da pesquisa. Informo que você deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isso lhe traga prejuízos quanto à qualidade do seu atendimento neste Hospital/Maternidade.

Assinando esse documento, a senhora não desiste de nenhum de seus direitos. O Pesquisador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar.

Você não será submetida a nenhum procedimento médico ou procedimento invasivo. O risco ao qual você será exposta é considerado como mínimo.

É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados em congressos e periódicos científicos. Isto porque, não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação, como seu nome ou seu endereço, ou seja, não será possível identificar as autoras das informações dadas.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores, eu _____, residente à _____ concordo em participar do estudo intitulado **A AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A LUZ DO CARTÃO DA GESTANTE.**

Eu fui orientada pelo profissional _____ que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Pude questioná-lo(a) sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ele(a) me entregou uma cópia da folha de informações, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pela pesquisadora Melissa Alarcon Guilherme Cristofaro e informar, a equipe de pesquisa responsável por mim, sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada da Pesquisadora.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador:

Nome:

Data:

Assinatura:

—

Participante:

Nome:

—

Data:

—

Assinatura:

—

Responsável: (participantes que não são capazes de assinar o TCLE)

Nome:

—

Data:

—

Assinatura:

—

Pesquisadora: Melissa Alarcon Guilherme Cristofaro - CPF 213.574.488-30

Tel: (21) 987068231/ Email: dramelissaalarcon@gmail.com

Orientador: Luiz Guilherme Pessoa da Silva Tel. (21) 98182-8889 Email:

luguips@uol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa: Tel: (21) 2215-1485, Email: cepsms@rio.rj.gov.br

9.2 QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL À LUZ DO CARTÃO DA GESTANTE

QUESTIONÁRIO

CARTÃO

CADERNETA

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

- 1- Maternidade (coleta dos dados) _____
- 2- Nome: _____ Dado preenchido no cartão? SIM () Não ()
- 3- Idade [][] anos Dado preenchido no cartão? : SIM () Não ()
- 4- Raça: Dado preenchido no cartão? : SIM () Não ()
- 4.1 () Branca
- 4.2 () Preta
- 4.3 () Parda
- 4.4 () Amarela
- 4.5 () Indígena
- 5- Estado civil: Dado preenchido no cartão? : SIM () Não ()
- 5.1 () Casada
- 5.2 () solteira
- 5.3 () união estável
- 5.4 () Outros
- 6-Grau de escolaridade: Dado preenchido no cartão? : SIM () Não ()
- 6.1 () Nenhum
- 6.2 () Fundamental
- 6.3 () Médio
- 6.4 () Superior
- 7-Onde realizou o Pré-natal (AP) _____
Dado preenchido no cartão? SIM () Não ()

8- INFORMAÇÕES PESQUISADAS NO CARTÃO:

- 8.1-Endereço: SIM NÃO
- 8.2- Telefone: SIM NÃO
- 8.3-Cadastro nos SIS-pré-natal (CNS) SIM NÃO
- 8.4 – Referência de destino - SIM NÃO

9. BLOCO 2 - LINHAS DE AÇÃO DO PNHPN PESQUISADAS NO CARTÃO

9. 1- Primeira consulta de pré-natal até o 4ºmês de gestação: Sim () Não ()
- 9.2 - Quantas consultas de pré-natal: _____
- 9.3- Uma ou mais consultas no primeiro trimestre: Sim () Não ()

9.4- Duas ou mais consultas no segundo trimestre: Sim () Não ()

9.5- Três ou mais consultas no terceiro trimestre da gestação: Sim () Não ()

9.6- Tipo sanguíneo e fator Rh na primeira consulta: Sim () Não ()

9.7- VDRL: um exame na primeira consulta: Sim () Não ()

9.8- Urina rotina na primeira consulta: Sim () Não ()

9.9- Glicemia de jejum na primeira consulta: Sim () Não ()

9.10 – Hemoglobina/hematócrito na primeira consulta: Sim () Não ()

9.11- HIV na primeira consulta: Sim () Não ()

9.12- Vacina antitetânica:

Completa () Incompleta () Não realizada () Paciente já imunizada ()

9.13- Urina rotina no 3º trimestre da gestação: SIM NÃO

9.14- VDRL no 3º trimestre da gestação: SIM NÃO

9.15- Glicemia próximo ao segundo e terceiro trimestre: SIM NÃO

9.16- HIV no 3º trimestre da gestação: SIM NÃO

9.17- Participação em atividades educativas: SIM NÃO

9.18- Classificação de risco na primeira consulta e nas consultas subsequentes:

SIM NÃO

9.19- Garantia de vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco: SIM NÃO

10 - BLOCO 3 : PREENCHIMENTO DAS CONSULTAS, ANAMNESE CONSULTAS

10.1 – idade gestacional: SIM NÃO INCOMPLETO

Quantas aferições? _____

10.2- Peso: SIM NÃO INCOMPLETO

Quantas aferições? _____

10.3 Pressão arterial: SIM NÃO INCOMPLETO

Quantas aferições? _____

10.4- Altura uterina SIM NÃO INCOMPLETO

(a partir de 20 semanas)

Quantas aferições? _____

10.5- BCF SIM NÃO INCOMPLETO
(à partir de 12 semanas)
Quantas aferições? _____

10.6- Movimento fetal SIM NÃO INCOMPLETO
(à partir de 18 semanas)
Quantas aferições? _____

10.7-Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

SIM NÃO INCOMPLETO

10.8-Gráfico de acompanhamento de crescimento uterino

SIM NÃO INCOMPLETO

10.9 - DUM: SIM NÃO

10.10- DPP: SIM NÃO

10.11- Tipo de gravidez SIM NÃO

10.12- Antecedentes Obstétricos SIM NÃO INCOMPLETO

10.13 – Antecedentes Clínicos SIM NÃO INCOMPLETO

10.14- Gestação atual SIM NÃO INCOMPLETO

10.15- Antecedentes familiares SIM NÃO INCOMPLETO

11- BLOCO 4 : DEMAIS EXAMES RELACIONADOS À SAÚDE DA MULHER

11.1-Exame de mama: SIM NÃO

11.2- Exame odontológico: SIM NÃO

11.3- Papanicolau: SIM NÃO

12- BLOCO 5 – IMPORTÂNCIAS DO CARTÃO DA GESTANTE NA PERCEPÇÃO DA USUÁRIA

12.1-Você costuma levar consigo o Cartão da Gestante?

SIM NÃO

12.2- medico ou enfermeiro falou sobre a importância do cartão da gestante?

SIM NÃO

12.3 - Você trouxe o cartão no momento da internação? SIM NÃO

12.4- O médico lhe pediu o cartão no momento da internação? SIM NÃO

12.5- Você leu o seu cartão de pré-natal? SIM NÃO

12.6- Qual a parte do cartão que você mais se interessou? _____

12.7- Em sua opinião, quais os motivos do não preenchimento do cartão do pré-natal durante as consultas?

12.8-Você conseguia tirar suas dúvidas durante as consultas de pré-natal?

SIM NÃO Nem sempre

12.9- Você sabe por que realizou os exames laboratoriais durante o pré-natal?

SIM NÃO

12.10 - Você sabe os resultados dos exames de pré-natal?

SIM NÃO

12.11 - Recebeu orientações durante o pré-natal?

SIM NÃO EM GRUPO INDIVIDUAL

12.12 - O que você achou do seu pré-natal?

Muito bom Bom Ruim Péssimo

12.13 - Como se sente em relação a assistência de pré-natal que recebeu?

Muito satisfeita Satisfeita Pouco satisfeita Insatisfeita

BLOCO 6- ORIENTAÇÕES NO PRÉ-NATAL

13- Quais das orientações recebeu durante o pré-natal ?

ORIENTAÇÕES	si m	nã o
13.1- Importância do pré-natal		
13.2- Sexualidade		
13.3- Higiene e alimentação		
13.4- Modificações corporais e emocionais		
13.5- Planejamento familiar		
13.6- Direitos da gestante		
13.7- Aleitamento materno		
13.8-Importância das consultas puerperais		
13.9- Cuidados com o recém-nascido		
13.10-Importância do acompanhamento do bebê		
14.11- Vacinação		

10.REFERÊNCIAS

- ADAMI NP, Maranhão AMSA. **Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos.** Acta Paul Enferm 1995; 8(4): 47-55.
- ALEXANDER, G. R.; KOTELCHUCK, M. **Quantifying the Adequacy of Prenatal Care: A Comparison of Indices.** Public Health Reports, v.111, p.408–416, 1996.
- ALMEIDA S. D. M.; BARROS M. B. A. **Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil.** Revista Panamericana de Salud Publica. v.17, n.1, pp.15– 25. 2005. supl.1.
- ALMEIDA, C.A.L., Tanaka, O.Y. **Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Ver. Saúde Pública, v. 43, n.1, p. 98-104, 2009
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G.; MACCHETTI, C. E.; SOUSA, M. H. **Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante.** Revista de Saúde Pública. v.45, n.5. pp.854-863. 2011.
- ARAUJO, B. F.; TANAKA,A. C.A. **Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p. 2869-2877, 2007
- ÁREA TÉCNICA SAÚDE DA MULHER, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infant 2002;2:69-71.
- ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p
- BARROS. D.C.; Sauders, C.; Leal, M.C., **Anthropometric nutritional evaluation in pregnant brazilian women: a systematic review.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., v.8, n.4, p.363-376, 2008.
- BENZECRY R. **Mortalidade Materna.** In: FEBRASGO.Tratado de obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. Cap. 7, p.159-63.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Rev. Saúde Pública [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 383-387. ISSN 0034-8910
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Instituição da Política nacional de Atenção Obstétrica e neonatal. Brasília – DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de **Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**, 3ª edição, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** /

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília. MS, 2012. 318p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: MS, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento** / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Reimpressão. Brasília: MS, 2002. 28p.
- BRASIL. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do SUS a **Rede Cegonha**. Diário Oficial da União 2011; 24 de junho
- BRASIL. Portaria nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS**. Diário Oficial da União 2000; 8 de junho.
- CABRAL, A. C. V. **Fundamentos de obstetrícia**. São Paulo: Editora Atheneus, 2009.
- CARRILHO, J.M. **Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte**. Dissertação de Mestrado, 2014, Universidade Federal de Minas Gerais.
- CARVALHO V, Araujo TVB. **A Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referencia para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco**. Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2007; 7(3): 309-317.

- CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. **Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.2, pp.S220- S230.2004.
- CHA, S. **The Association between Prenatal Care Content and Quality with Preterm Birth and Maternal Postpartum Health Behaviors.** Dissertação de mestrado, Virginia: Virginia Commonwealth University Richmond, 60 p., 2010.
- COELHO, T.T.G., **Avaliação do Grau de Completude do Cartão da Gestante de Puérperas Atendidas em um Hospital Universitário.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Volume 19 Número 2 Páginas 117-122, 2015.
- COIMBRA C.L., Silva A. M.A.b, Mochela E. G., Maria T S S B Alvesb. M. T. S. S. B., Ribeiro V.S., Aragão V. M. F., Heloisa Bettiold H. **Fatores Associados À Inadequação do Uso da Assistência Pré-Natal.** Revista de Saúde Pública 2003;37(4):456-62 www.fsp.usp.br/rsp
- COSTA GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. **Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(s1): s1347-s1357.
- COUTINHO, T. T. et al. **Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v.25, n. 10, pp. 717-724, 2003.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.3, pp.425–437, Mar/2012.
- DONABEDIAN A. **The seven pillars of quality.** Arch Phatol Lab Med 1990;
- DONABEDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** JAMA. v.260, n.12, pp.1743-1748, 1988.

- ESSÉN B, Laurell L, Peña R, Ostergren PO, Liljestrand J. **Antenatal cards - what should they contain?** J Trop Pediatr 1994;40:130-2.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência pré-natal: manual de orientação**. 2a Ed. São Paulo: Editora Ponto; 2006.
- FONSECA SC, Monteiro DAS, Pereira CMSC, Scoralick ACD, Jorge MG, Rozário S. **Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7):1991-1998, 2014
- GILMORE CM, Novaes HM. **Manual de gerência da qualidade OPS/Kellogg**. Washington (USA): [s.e.]; 1997.
- GONÇALVES C.V.; Dias-da-Costa J.S.; Duarte G.; Marcolin A.C.; Garlet G.; Alan Felipe Sakai A. F.; Bianchi M. S. **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*, Rio de Janeiro, 24(8):1783-1790, ago, 2008
- GONÇALVES, R.; URASAK, M. B.; MERIGH, M. A. B.; D'AVILAIV, C. G. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo**. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.61, n.3, p. 349-53, 2008.
- HEAMAN, M. I. et al. **Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: A comparison of indices**. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v.8, n.15, pp.1-8, 2008.
- <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 16/Jun/2011
- <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>, acessado em 20/Jun/2010
- INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Assistência pré-natal**. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Saúde; 1988.
- JANDREY, C.M.; Stenzel, A.C. **Avaliação da Qualidade do Processo de Assistência Pré-Natal na Rede Pública do Município de Cachoeirinha / RS**. 2005. 62f. Dissertação (Mestrado em Administração) – universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

- KESSNER DM, Singer J, Kalk CE, Schlesinger ER. **Infant death: an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status.** Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Science. 1973
- KOFFMAN MD, Bonadio IC. **Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo.** Rev Bras Saúde Matern Infant 2005; 5:23-32.
- KOTELCHUCK, M. **Evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index.** American Journal of Public Health, v.84, n.9, pp.1414-1420, Dez.1994.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; RATTO, K. M. N.; CUNHA, C. B. **Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, pp. 63-72, 2004. supl.1.
- LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. **Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal.** In Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.17, n.2, pp.123-153, Abr–Jun.2008.
- LIMA, B.G.C. **Efetividade da Assistência Pré-Natal Sobre a Mortalidade e Morbimortalidade Neonatal no Brasil.** Ver. Bras. Ginecol. Obstet., v.27, n.10, p.635-642, 2005.
- MARQUES, S. C. F. **A Trajetória da gestante hipertensa na rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro, sob a ótica da usuária.** Dissertação de Mestrado, 2016, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro
- MATTOS, A. G.; LACAZ, C. S.; ZACCHI, M. A. S.; GORGA, P. **Proteção do recém-nascido contra o tétano pela imunização ativa da gestante com antitoxina tetânica: estudo original de 1953.** Revista Paulista de Pediatria. V.26, n.4, pp.315-320, 2008
- MELO EM de QB de. **Avaliação do grau de implantação do pré-natal de alto risco de um hospital-escola de Pernambuco, Brasil.** Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/IMIP; 2009.
- MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.** Mai/2007. 154p

- MOIMAZ SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Zina LG, Yarid SD, Francisco KMS. **Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista.** Rev. bras. enferm. 2010; 63(3): 385-390.
- MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E. **Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n.4, pp. 2-9, 2010.
- NAUGHTON MJ, Ellis M. **I'm pregnant and I have breast cancer.** BMC Cancer 2007; 7:93-4.
- NETO ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil.** Saúde soc. Vol.17 nº 2 São Paulo Apr./June 2008
- NETO ETS, Oliveira AE, Zandonade A, Gama SGN, Leal MC. **O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo Brasil?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(9):1650-1662, set, 2012
- OLIVEIRA M C, Rocha MIB (Orgs.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política.** São Paulo: Unicamp. 2001.
- PARADA, C M G L. **Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, v. 8, n.1, p. 113-124, 2008.
- PERIM EB, Passos ADC. **Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos.** Rev Bras Epidemiol 2005;8:272-81.
- RACOVEANU NT, Johansen KS. **Tecnología para el mejoramiento contínuo de la calidad de la atención sanitaria.** Foro Mundial Salud 1995; 16: 158-65.
- ROMERO D.E., Cunha C.B. **Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um**

- ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996 / 2001).** Cad Saúde Pública. 2006; 22(3):673–84.
- ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. **Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001).** Cadernos de Saúde Pública, n. 22, p. 673-681, 2006.
 - SANTOS SR, Cunha AJL, Gamba CM, Machado FG, Leal Filho JMM, Moreira NLM. **Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil.** Rev Saúde Pública 2000; 34:266-71.
 - SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, pp.1281-1289, 2004
 - SILVA MB, Monteiro OS. **Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009.** Com. Ciências Saúde. 2010;21(1):21-30
 - SIQUEIRA, C. V. C.. **Assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Santos.** 2011. 120 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.
 - TREVISAN M. R.; DELORENZI D. R.; ARAÚJO N. M.; ÊSBER K. **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.
 - TURAN, J. M; SAY, L. **Community-based antenatal education in Istanbul, Turkey: effects on health behaviours.** Health Policy and Plannin. V. 18, n.4, p. 391–398, 2003.
 - VETTORE M, Lamarca G. **Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna?** ACESSO EM: 13.09.2013 - <http://dssbr.org/site/2012/05/atencao-pre-natal-no-brasil-uma-questao-de-oferta-de-acesso-ou-de-escolaridade-materna/>

- VIELLAS EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S85-S100, 2014
- VILLAR J, et al. WHO **Antenatal Care Randomised Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care**. Lancet. 2001; 19(357): 1551-64.
- VUORI H.A., **Qualidade da Saúde**. Cad Ciência Tecn: Saúde em Debate 1993 fev; 3: 17-25.
- ZANATTA F. B., Machado E., Zanatta G. B., Fiorini T. Doença periodontal materna e nascimento prematuro e de baixo peso: uma revisão crítica das evidências atuais Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 36, no.1, de 2007.
- ZANCHI, M. **Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(5):1019-1028, mai, 2013.

C933a Cristofaro, Melissa Alarcon Guilherme

Avaliação da assistência pré-natal à luz do cartão da gestante / Melissa Alarcon
Guilherme Cristofaro – Rio de Janeiro, 2017.

85f. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)-Universidade Estácio de Sá, 2017.

1. Pré-natal. 2. Diagnóstico pré-natal. 3. Cuidado pré-natal 4. Saúde da Família.
I. Título.

CDD 618.24