

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



THAYANE SOBRAL CARDOSO

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ENTRE AS USUÁRIAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM ARACAJU-SE**

**Aracaju
2016**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ENTRE AS USUÁRIAS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM ARACAJU-SE**

Monografia apresentada ao Colegiado de
Medicina da Universidade Federal de
Sergipe como exigência parcial para a
graduação no curso de Medicina.

Orientador: Prof. Me. José Wilson Viana Júnior

**Aracaju
2016**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ENTRE AS USUÁRIAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM ARACAJU-SE**

Monografia apresentada ao Colegiado de
Medicina da Universidade Federal de
Sergipe como exigência parcial para a
graduação no curso de Medicina.

Aprovada em ____/____/____

Autor: Thayane Sobral Cardoso

Orientador: Prof. Me. José Wilson Viana Júnior

**Aracaju
2016**

Avaliação da Assistência Pré-Natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Aracaju-SE

Autor: Thayane Sobral Cardoso, graduanda em Medicina, Universidade Federal de Sergipe

Orientador: José Wilson Viana Júnior - Professor da disciplina de Obstetrícia I e do Internato em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe.

RESUMO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a adequação da assistência pré-natal prestada às gestantes de baixo risco usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em Aracaju. Estudo descritivo transversal retrospectivo mediante análise do preenchimento de cartões das gestantes. A população estudada foi composta por 280 puérperas internadas após parto realizado a termo no Hospital e Maternidade Santa Isabel, entre o período de abril a maio de 2014 e em uma coleta realizada em um segundo momento de outubro a novembro de 2015. A avaliação da adequação ocorreu em três níveis. No primeiro nível foi utilizado o Índice de Kessner modificado (início e número das consultas) para avaliar a assistência. Ao segundo nível foi acrescentada a realização de exames complementares básicos definidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN): tipagem sanguínea ABO-FatorRh, hematócrito/hemoglobina, VDRL, glicemia, urina tipo 1. No terceiro nível, além do pré-natal e dos exames complementares básicos foi acrescentado o cumprimento dos procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios numa consulta de pré-natal (cálculo da idade gestacional, aferições de pressão arterial, peso, edema, altura uterina, pesquisa de batimentos cardíacos fetais e de apresentação fetal). A adequação do processo foi de apenas 42,5% da amostra no nível 1, de 16,4% no nível 2, e de 0% no nível 3. Também foram observadas uma média de idade de 23,6 anos e uma média de número de consultas de 6. A análise da assistência pré-natal prestada às gestantes de baixo risco usuárias do SUS em Aracaju detectou baixa adequação considerando os critérios mínimos pelo Ministério da Saúde, necessitando de estratégias para melhoria da qualidade da atenção ofertada a essas mulheres.

Palavras-chave: Assistência pré-natal, Avaliação da assistência, Qualidade do pré-natal.

ABSTRACT

To assess the adequacy of prenatal care provided to low risk pregnant women users of the Unified Health System in Aracaju. Cross-sectional retrospective descriptive study using analysis of pregnant women filling cards. The study population consisted of 280 postpartum women hospitalized after birth that held their prenatal care at public services of Aracaju, and had low-risk pregnancy and delivery at term at Hospital Santa Isabel, from April to May 2015 and data collected in a second period from October to November 2015 . The evaluation of adequacy occurred on three levels. On the first level the Kessner Index (top and number of queries) was used to evaluate the assistance. On the second level performing basic complementary tests defined by the Program for Humanization of Prenatal and Birth (PHPN) was added: ABO blood-FatorRh, hematocrit / hemoglobin, VDRL, glucose, urine type 1. At the third level, besides prenatal care and basic additional tests was increased compliance with mandatory clinical and obstetric procedures in prenatal appointment (calculation of gestational age, assessment of blood pressure, weight, edema, fundal height, research fetal heartbeat and fetal presentation). The adequacy of the process was only 42,5% of the sample at level 1, 16,4% at level 2, and 0% at level 3. The mean age was 23.6 years and the number of appointments was 6. The analysis of prenatal care provided to pregnant women at low risk of Public Health System in Aracaju showed low suitability considering the minimum criteria by the Ministry of Health, requiring strategies to improve the quality of care offered to these woman.

Key-words: Prenatal care, evaluation of care, quality of prenatal

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	6
II. REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1 Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde	8
2.2 Assistência ao Pré-natal no Contexto da Saúde Pública	9
2.3 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).....	10
2.4 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)	11
2.5 Manual Técnico para Assistência no Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde	14
2.6 Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal	16
2.7 Critérios para Avaliação da Qualidade do Pré-natal.....	16
III. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	23
3.1 Escopo e Política.....	23
3.2 Formatação e Preparação dos Manuscritos.....	25
3.3 Envio dos Manuscritos	32
3.4 Itens Para a Conferência do Manuscrito.....	33
IV. ARTIGO.....	34
3.1 Página de Rosto	34
3.2 Resumo	36
3.3 Abstract.....	38
3.4 Introdução	39
3.5 Métodos	41
3.6 Resultados.....	43
3.7 Discussão	48
3.8 Conclusão.	53
3.9 Referências	54
3.10 Tabelas e Legendas.....	58
V. REFERÊNCIAS.....	61
ANEXOS.....	61
APÊNDICES.....	61

I. INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

A gestação é uma experiência social, individual e única para a mulher, carregada de transformações psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas. Nessa etapa, a mulher requer uma série de cuidados para a promoção de saúde e qualidade de vida e, neste aspecto, a assistência pré-natal é reconhecida como o momento mais importante para o estabelecimento do vínculo entre a paciente, o conceito e os profissionais da saúde que serão responsáveis por seus cuidados (ZAMPIERRI, 2000; SAITO, 2003; MERIGHI, CARVALHO, SULETRONI, 2007).

Os pilares para garantir uma assistência pré-natal adequada são prevenir, diagnosticar precocemente e tratar de forma específica os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem estar da gestante e de seu conceito (BORGES et al., 2013). Tais pilares são especialmente importantes nas gestações de risco. Dessa forma, ofertar um pré-natal adequado é contribuir diretamente para a diminuição das inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal existentes no Brasil, principalmente na região Nordeste, e para a melhoria de indicadores de qualidade de saúde (CIAMPO et al., 2008; GONÇALVES et al., 2008).

A análise da literatura sobre a assistência pré-natal demonstra que, embora o pré-natal seja uma estratégia amplamente divulgada e inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), questões como acesso integral aos serviços de saúde, qualidade da atenção prestada, vínculo entre pré-natal e parto, humanização da atenção à saúde, carência de orientações sobre autocuidado, amamentação e cuidados com o recém-nascido ainda permanecem sem soluções concretas. Nesse contexto, avaliar a adequação da assistência ao pré-natal é uma ferramenta de extrema importância para a identificação de fatores que possam interferir na atenção dada ao binômio materno-fetal, tais como início tardio da assistência e o baixo número de consultas, que podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de possíveis complicações (ALBUQUERQUE et al., 2001; BRASIL, 2005; SILVA, 2005).

A melhor forma de avaliar a qualidade da assistência pré-natal seria através da análise do conteúdo das consultas, comparando o que se tem estabelecido com o que tem sido ofertado às pacientes (FONSECA, 2011). Contudo, há no Brasil uma escassez de estudos que visem avaliar qualidade dos serviços ofertados no pré-natal, pois a literatura ainda tem privilegiado a análise da estrutura e dos resultados da assistência, limitando-se a descrever indicadores (cobertura, número de consultas pré-natais, tipo de parto) (HALPERN et al., 1998; SILVEIRA, 2001). Outro problema que interfere na boa qualidade de um pré-natal refere-se ao não cumprimento pelos profissionais de saúde de

normas e rotinas estabelecidas e ao não preenchimento dos registros (SILVEIRA, 2001). Existe uma portaria do Ministério da Saúde, datada de 4 de julho de 2005, que instituiu o **SUMÁRIO** Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PORTARIA Nº 1067/GM, 2005). No Anexo II desta portaria, o item 2.6. traz: “Garantir, para todas as gestantes, o preenchimento do cartão da gestante”. É de responsabilidade também da equipe, portanto, fazer cumprir as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O objetivo principal deste estudo é analisar a adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS em Aracaju, tendo em vista a elevada taxa de mortalidade materna encontrada no Estado e na falta de artigos científicos e trabalhos publicados sobre esse tema tendo como foco de estudo este município. A análise englobará parâmetros como: critérios de Kessner modificado por Takeda (número de consultas e início do pré-natal); indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Manual Técnico de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde para procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios e exames complementares básicos; avaliação da qualidade dos registros do atendimento pré-natal (preenchimento do cartão da gestante).

II. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde

O contexto social em que temos vivido nas últimas décadas demonstra a exigência por parte da sociedade atual acerca da qualidade dos serviços prestados pelos órgãos públicos. Com a saúde não foi diferente. Cada vez mais a população cobra resultados e retorno dos investimentos públicos neste setor. Avaliar a qualidade dos serviços de saúde hoje, portanto, é uma necessidade social. Além disso, essa avaliação tem uma extrema importância técnica, pois ela serve de retorno para melhor planejamento e gestão do sistema de saúde. Assim, pelo menos em teoria, pode-se melhorar a equidade de acesso aos recursos, a distribuição dos gastos com a assistência, melhorando como um todo a qualidade do cuidado ao paciente (BRASIL, 2007).

Donabedian (1988), em seus estudos, esquematizou que a estimativa da qualidade da atenção médica deve-se basear em três aspectos: a estrutura, o processo e o resultado (SILVEIRA, 2001; REIS, 1990). Como estrutura tem-se a existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais; é a estrutura que determina o potencial do sistema. Como processo entende-se o eixo pelo qual o serviço deve funcionar nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais; o processo traduz-se em toda a organização e documentação, como protocolos, normas, rotinas, comitês e protocolos assistenciais. Como avaliação dos resultados tem-se o impacto da

assistência prestada na situação de saúde atual e futura do usuário, incluindo mudanças sociais, psicológicas, físicas e fisiológicas, bem como de atitude, satisfação e **SUMÁRIO**mento (SYLVER, 1992; BRASIL, 2007). Ainda segundo Donabedian (1988), entre esses três aspectos, aquele que constituiria a melhor forma de se investigar o conteúdo da atenção oferecida pelo Estado nos serviços de saúde seria o estudo do processo. Ou seja, para ver a qualidade do conteúdo da atenção ofertada, trata-se de avaliar a adequação da assistência oferecida na prática ao paciente em relação aos critérios normatizados pré-estabelecidos para sua doença ou condição (SYLVER, 1992; STENZEL, 2004).

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Coutinho e colaboradores (2003) afirmam que a melhor forma de avaliar a qualidade da assistência pré-natal seria através do conteúdo das consultas, comparando o que se tem estabelecido com o que tem sido ofertado, uma vez que este é quem retrata com maior fidedignidade o processo de atendimento. Contudo, a literatura ainda tem privilegiado a análise da estrutura e dos resultados da assistência, limitando-se a descrever indicadores (cobertura, número de consultas pré-natais, tipo de parto) em detrimento do estudo da qualidade do conteúdo das consultas (HALPERN, 1998; SILVEIRA, 2001). Há no Brasil, portanto, escassez de estudos que visem à avaliação da qualidade dos serviços de pré-natal.

Os principais problemas relacionados à qualidade da assistência pré-natal, levantados pela revisão de Silveira e colaboradores (2001), dizem respeito ao não cumprimento de normas e rotinas, ao não preenchimento de registros pelos profissionais, e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades (Lei dos Cuidados Inversos).

2.2 Assistência ao Pré-natal no Contexto da Saúde Pública

Os conceitos e práticas de atenção à saúde estão vinculados ao momento histórico e ao contexto social em que se passam, ou seja, são construídos histórica e socialmente. Antes da institucionalização do SUS, trazida pela Constituição Federal em 1988, a atuação do Ministério da Saúde (MS) resumia-se a atividades de promoção (através de vacinação) e prevenção de algumas doenças servindo àqueles que não tinham acesso ao atendimento médico pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A assistência médico-hospitalar, nesse período, era restrita aos que podiam pagar diretamente por ela, aos que eram atendidos em instituições filantrópicas e aos trabalhadores com carteira assinada, que contribuía para a previdência social. As

mulheres, nessa época, constituíam uma pequena parte da população trabalhadora sendo assim a atenção à saúde da mulher limitava-se ao período gravídico, já que a principal **SUMÁRIO**, na época, era com o índice de mortalidade infantil.

A partir da Constituição de 1988, marco na história da saúde pública brasileira ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado", houve um novo enfoque na atenção da saúde da gestante, que foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil, e, agora, passa a observar a assistência à saúde da mulher e do pré-natal como um todo (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

2.3 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Antes da década de 80, o enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994). Por isso, desde o início dos anos 70, um grupo composto por três médicos e uma socióloga: Ana Maria Costa, Maria da Graça Ohana, Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, vinha debatendo as condições necessárias para se dar às mulheres um atendimento integral, em que o corpo feminino fosse tratado como um todo, e não mais como uma série de órgãos isolados, da competência de diferentes especialistas (PINOTTI et al., 1987; SOBRINHO, 1993; OSIS, 1994).

Em 1983 surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que definiu a saúde da mulher como prioritária e sistematizou projetos específicos. Foi estabelecido que a atenção à saúde da mulher deveria ser integral: clínico-ginecológica – controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário (OSIS, 1998; COSTA, 1999; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como “parideiras”, e o cuidado de sua saúde não deveria mais se restringir à atenção pré-natal, ao parto e puerpério. Nesse sentido, o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial (RAVINDRAN, 1995), ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar (OSIS, 1998).

Apesar de o PAISM introduzir novos conceitos na atenção à saúde da mulher, observou-se que mesmo nos serviços onde foram realizadas as atividades preconizadas pelo programa houve questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada, assim como questões a serem discutidas, como: o acesso aos serviços em algumas regiões do país, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção, além da permanência das altas taxas de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA, CECATTI,

LAGO, 2004).

Após observar a má assistência à saúde da mulher, visto o desconhecimento e a não percepção aos direitos reprodutivos, além da não percepção da mulher como sujeito principal das ações, o governo instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

2.4 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, e da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

Dentre os objetivos mais relevantes do programa encontram-se:

1. Reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país.
2. Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal.
3. Aprimorar a assistência à saúde da gestante com a implantação de redes de assistência à gestação de alto risco, com incremento do custeio e investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.
4. Integrar e regular o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial, básico e especializado, bem como o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e, ainda, o controle dos leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial.
5. Estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal, definindo normas e criando fluxos de referência e contrarreferência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido.

O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento. O termo humanização tem diferentes sentidos, percepções e significados. Ele vem se incorporando nas políticas de saúde, em várias áreas de conhecimento e práticas de

intervenção. Aqui, o termo humanização possui um conteúdo importante de questionamento às práticas de saúde excessivamente intervencionistas, julgadas muitas vezes desumanizadoras, ao desconsiderarem as condições fisiológicas da vida e a importância do apoio emocional na atenção em saúde, especialmente na atenção ao parto (MACHADO, 2002).

A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres e, fundamentalmente, para o encontro entre estas e os profissionais de saúde, resultando numa relação menos autoritária e mais solidária.

Assim, o programa estabelece não apenas o número de consultas e idade gestacional de ingresso como também elenca exames laboratoriais e ações de educação em saúde, além de trazer a discussão das práticas em saúde e conceitos consoantes com os modelos empregados em todo o mundo (SILVA, CECATTI, SERRUYA, 2005).

Estudos epidemiológicos têm evidenciado que gestantes que frequentam serviços de atenção pré-natal apresentam menos doenças e seus filhos apresentam melhor crescimento intrauterino, menor mortalidade perinatal e infantil (OSIS,1993). Alguns pesquisadores acreditam que esse efeito está diretamente relacionado ao número de consultas realizadas e à idade gestacional de início do pré-natal (parece haver um efeito dose-resposta, ou seja, quanto maior o número de consultas realizadas durante o pré-natal, melhores indicadores de saúde materno-infantil). Outros, como Halpern et al. (1998) e Silveira (2001), apontam que mesmo com alta cobertura pré-natal em um município, podem ocorrer desigualdades nos cuidados oferecidos às gestantes, visto que estudos realizados no Brasil mostram que mulheres com menor renda familiar, menos escolaridade e não brancas são as que ingressam tardiamente no pré-natal e, quando o realizam, este é de mais baixa qualidade, revelando iniquidades sociais presentes na assistência (TREVISAN, 2002).

Segundo as estatísticas, as maiores causas de morte, no Brasil, tanto materna quanto neonatal, estão relacionadas às complicações presentes durante a gestação e parto e que poderiam ser evitadas através da qualidade no atendimento pré-natal. Dentre as causas de mortalidade materna, predominam as obstétricas diretas (62,26%) e, entre elas, se destacam as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto. Já com os neonatos (de 0 – 27º dia de vida), estas complicações são responsáveis por 80% das mortes neonatais e 50% da mortalidade infantil (MONTEIRO, SCHMITZ, 2004).

Sendo assim, é necessário conhecer as normas estabelecidas e o correto cumprimento delas pelos profissionais: cuidados de rotina, preenchimento correto de registros em formulário adequado (cartão/caderneta da gestante e prontuário ou ficha

perinatal) e a constatação de que os cuidados dispensados são direcionados às necessidades.

SUMÁRIO

2.5 Manual Técnico para Assistência Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde

O Manual Técnico para Assistência Pré-natal e Puerpério (2006), do Ministério da Saúde, estabelece normas de atenção, com a finalidade de oferecer referências para a organização da rede assistencial, capacitação profissional e normatização das práticas de saúde. Além da atenção qualificada, o objetivo do programa é humanizar o atendimento através de medidas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, garantindo acesso fácil a serviços de saúde com qualidade em todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

O Manual considera o pré-natal realizado de forma adequada ao serem efetuados e registrados em seu sistema de informações (SISPRENATAL) os seguintes parâmetros:

1. Realização da primeira consulta de pré-natal com até 120 dias da gestação;
2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Exames laboratoriais obrigatórios: um exame com grupo sanguíneo e fator Rh, um exame com hemoglobina e hematócrito, duas glicemias de jejum, dois VDRL, duas coletas de urina tipo 1 (todos esses exames devem ser realizados de preferência um no primeiro e outro no terceiro trimestre de gestação), teste anti-HIV (no mínimo um), sorologia para hepatite B (HBsAg) no terceiro trimestre e sorologia para toxoplasmose (IgM) no primeiro trimestre, se disponíveis;
4. Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (2ª dose) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
5. Avaliação do estado nutricional da gestante;
6. Classificação de risco gestacional;
7. Registro em prontuário e cartão da gestante de todos os procedimentos e exames realizados, inclusive de intercorrências/ urgências que necessitem ou não de internação hospitalar;
8. Registro da realização do parto;
9. Consulta de puerpério.

Como se pode observar, o PHPN e o Manual Técnico para Assistência Pré-natal e Puerpério do MS instituíram critérios para qualificar a assistência e um sistema de

informações, o SISPRENATAL, para monitorar o cumprimento desses indicativos e acompanhar os indicadores de qualidade definidos pelo programa. No entanto, cabe **SUMÁRIO** PHPN não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo de assistência à gestação (COUTINHO, 2003).

2.6 Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

Em 4 de julho de 2005, foi publicada uma portaria pelo MS (PORTARIA Nº 1.067/GM) que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal no âmbito do SUS, estabeleceu seus princípios e diretrizes e fez ajustes ao PHPN. Esta portaria continuou recomendando a realização dos exames laboratoriais básicos já descritos no PHPN, assim como imunização antitetânica, avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento através do SISVAN, prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais, prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama, tratamento das intercorrências da gestação, classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes, atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado. Em relação à qualidade da assistência prestada, alguns itens deixam claro a responsabilidade do profissional no preenchimento das informações:

“ANEXO I, item 3.13: Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.”

“ANEXO II, item 2.6: Garantir, para todas as gestantes, o preenchimento do cartão da gestante.”

2.7 Critérios para Avaliação da Qualidade do Pré-natal

A fim de avaliar a qualidade da atenção pré-natal, alguns estudos como os de Halpern et al (1998), Silveira (2001), Coutinho (2003), têm utilizado o índice de Kessner adaptado por Takeda para avaliação do pré-natal.

O índice de Kessner modificado por Takeda classifica o pré-natal como adequado, intermediário e inadequado, de acordo com o número de consultas e o período de início do pré-natal. Gestantes com mais de cinco consultas realizadas e com início do

acompanhamento anterior ao quarto mês têm o seu pré-natal considerado como adequado; quando iniciado após o sétimo mês de gravidez e com um número de **SUMÁRIO** menor do que quatro, o pré-natal é classificado como inadequado; as demais gestantes têm sua assistência classificada como intermediária. Essa avaliação não inclui os exames considerados necessários para a realização do pré-natal de forma adequada (ALEXANDER, KOTELCHUCK, 1996).

Para uma melhor avaliação do pré-natal devem ser incluídos itens considerados obrigatórios, como: registro data da última menstruação, registro da idade gestacional, peso materno, medida de altura uterina, medida de pressão arterial, exame ginecológico, prescrição de vitaminas e ferro, exames laboratoriais, exames de ultrassonografia obstétrica, ausculta de batimentos cardíacos fetais, VDRL, anti-HIV e prescrição de vacina antitetânica. Halpern et al.(1998) afirmam que a análise da realização desses procedimentos possibilita obter uma melhor visão dos serviços oferecidos.

O cartão da gestante, neste cenário, tem importância fundamental na transmissão da informação adequada aos médicos que acompanham à gestante, como também informa ao médico responsável pelo parto todos os procedimentos e intercorrências ocorridos durante a gestação.

Esse estudo visou abranger os seguintes parâmetros:

- 1) Índice de Kessner para avaliar a utilização do pré-natal (início e número de consultas) segundo os critérios do PHPN/2005.
- 2) Exames complementares classificados como básicos pelo MS: 1 tipagem ABO-Rh, 1 hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), 2 glicemias em jejum, 2 VDRL e 2 urina tipo 1, 1 anti HIV, 1 AntiHBS, e sorologia para toxoplasmose (quando disponível).
- 3) Imunização antitetânica
- 4) Procedimentos clínico-obstétricos considerados essenciais para adequada assistência pré-natal: as aferições da idade gestacional, da altura uterina, da pressão arterial, do peso e do edema maternos, além dos batimentos cardíacos e apresentação fetais.
- 5) Outros registros considerados importantes que também foram analisados como: realização de ultrassonografias obstétricas (USG) e sua quantidade, idade, escolaridade, registro da Data da Última Menstruação (DUM), tipo de profissional que acompanhou durante o pré-natal.

Para a assistência ao parto, Aracaju dispõe de 225 leitos de obstetrícia, mas apenas 138 (62,0%) atendem ao SUS. Ainda que segundo parâmetros do Ministério da Saúde este número seja considerado suficiente para atender à demanda, poder-se-ia considerar que há uma carência de leitos do SUS, tendo em vista que as gestantes

usuárias da rede pública são maioria na população, representando aproximadamente 85% dos atendimentos realizados (BORGES et al., 2013). Além disso, Aracaju atende a **SUMÁRIO** procedentes de cidades do interior do estado de Sergipe, sobrecarregando ainda mais seus serviços de saúde. Não há estudos sobre a qualidade do pré-natal oferecido às gestantes em Sergipe.

II. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO SUMÁRIO

2.1 Escopo e Política

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista aceita e publica trabalhos em português, inglês e espanhol.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

Os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas e o sigilo sobre a autoria e a identidade dos revisores é garantido durante todo o processo de edição. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento de alguma sugestão para modificação. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse na publicação. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a suspensão do processo e a retirada do trabalho. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.
2. Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e

Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual ao dos trabalhos completos.

SUMÁRIO
3. **ARTIGOS** Equipamentos, para apresentação de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos. Valem para essa categoria todas as normas aplicadas para trabalhos completos.

4. Artigos de Revisão, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura, meta-análises ou revisões sistemáticas. A seleção dos temas e o convite aos autores têm como base planejamento estabelecido pela editoria. Contribuições espontâneas podem ser aceitas. Nesse caso, devem ser enviados inicialmente um resumo ou roteiro do texto, a lista de autores e as respectivas publicações sobre o tema. Se houver interesse da revista, será enviado convite para apresentação do texto definitivo. Todos os autores devem ter publicações em periódicos regulares, indexados sobre o tema da revisão. O número de autores é limitado a quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo, abstract e conclusões. Ver a seção "Preparo do manuscrito" para informações quanto ao texto principal, página de rosto, resumo e abstract;

5. Comentários Editoriais, solicitados pelo editor;

6. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo. Devem conter, aproximadamente, 300 palavras e, para serem aceitos, devem seguir as normas da revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. Não há revisão do texto dos Resumos de Teses. No arquivo enviado, informar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada. Lembramos que a publicação do resumo não impede a posterior publicação do trabalho completo em qualquer periódico.

7. Cartas dos Leitores para o Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente.

2.2 Formatação e preparação dos manuscritos

SUMÁRIO

1. A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.
2. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou dos equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, as consultorias etc.
3. No texto, deve ser mencionada a submissão e a aprovação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
4. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração, na seção Métodos, de que os sujeitos do estudo assinaram o termo de consentimento livre e informado. Os autores devem informar, também, que a pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque revisada em 2008.
5. No caso de trabalhos envolvendo experimentação animal, os autores devem indicar na seção Métodos que foram seguidas as normas contidas no CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br).
6. Todos os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e clínicos (clinical trials) submetidos à publicação devem ter o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa é uma orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine, disponível em <http://clinicaltrials.gov/ct/gui>.

7. O número de autores de trabalhos completos e relatos de casos é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados.
SUMÁRIO
Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação será avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados. Todos os autores devem ter conhecimento do texto enviado para a revista.
8. O conceito de coautoria é baseado na contribuição de cada um, para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados ou que tenham fornecido apenas suporte material não é justificável.
9. Os autores serão informados, por correspondência eletrônica, do recebimento dos trabalhos. Os trabalhos que estiverem de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadram na política editorial da revista serão enviados para análise por revisores indicados pelo editor. Os originais em desacordo com os objetivos da revista ou com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial ou recusados sem análise por revisores.
10. Junto dos arquivos originais, deve ser enviada uma carta de encaminhamento, na qual deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a revista.
11. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado ou aproximadamente 30.000 caracteres. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso, não ultrapassar 15 páginas de texto ou 18.000 caracteres (ver "Preparo do manuscrito", "Resultados").
12. O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO. O endereço eletrônico de todos os autores deve ser fornecido. Desta forma, os coautores receberão informação sobre a submissão do trabalho e, assim, não será necessária a assinatura de todos na carta de encaminhamento. O endereço eletrônico para correspondência com a revista é rbgo@fmrp.usp.br. O arquivo correspondente ao trabalho deve ser único e deve conter texto, referências, tabelas e figuras.

B.Preparo dos Manuscritos

SUMÁRIOormas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org/>.

C.Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas, iniciando pela de rosto.
2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que mencionadas no texto. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras.

D.Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; endereços eletrônicos válidos de todos os autores (opcional, em substituição à carta de encaminhamento); nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido; afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos sob forma de bolsas de estudos, financiamento, fornecimento de drogas, reagentes ou equipamentos. Obrigatoriamente deve ser fornecido o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, o qual é publicado na página inicial do trabalho. Devem ser indicados nome, endereço, telefone/fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Essas informações pessoais são empregadas apenas para correspondência com a revista e somente são publicadas se houver pedido do(s) autor(es).

E. Resumo

SUMÁRIO O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, e não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo. Abaixo do texto do resumo indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos (ver item 5 das "Informações Gerais").

Na mesma página do resumo, citar pelo menos três palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

O abstract deve ser versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results e conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e dos Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras.

F. Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

G. Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou

não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou Grupo Experimental, **SUMÁRIO** os Controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados (fabricante, cidade e país). Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado. Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou a tolerabilidade de tratamentos ou drogas devem, necessariamente, incluir Grupo Controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também itens 4 e 5 das "Informações Gerais".

H.Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, no texto, nas tabelas e nas figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também "Tabelas"). Nos Relatos de Casos, as seções "Métodos" e "Resultados" são substituídas pela "Descrição do caso", mantendo-se as demais.

I.Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionados nas seções "Introdução" e "Resultados". Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. As informações sobre os casos já publicados podem ser tabuladas e exibidas nessa seção para comparações.

J.Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham provido apoio material.

L.Referências

SUMÁRIO Os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Não empregar referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação" ou "in press", indicando-se periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis online, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como "ahead of print".

Outras publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões).

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 35. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

- Artigos em revistas

Ceccarelli F, Barberi S, Pontesilli A, Zanca S, Ranieri E. Ovarian carcinoma presenting with axillary lymph node metastasis: a case report. Eur J Gynaecol Oncol. 2011;32(2):237-9.

Jiang Y, Brassard P, Severini A, Goleski V, Santos M, Leamon A, et al. Type-specific prevalence of Human Papillomavirus infection among women in the Northwest Territories, Canada. J Infect Public Health. 2011;4(5-6):219-27.

- Artigos com título em inglês e texto em português ou outra língua Utilizar o título em inglês, entre colchetes e no final da referência, indicar a língua na qual o artigo foi publicado.

Prado DS, Santos DL. [Contraception in users of the public and private sectors]. **SUMÁRIO** Rev Bras Ginecol Obstet. 2011;33(7):143-9. Portuguese.

Taketani Y, Mizuno M. [Application of anti-progesterone agents for contraception]. Rinsho Fujinka Sanka. 1988;42(11):997-1000. Japanese.

- Livro

Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

- Capítulos de livro

Picciano MF. Pregnancy and lactation. In: Ziegler EE, Filer LJ, editors. Present knowledge in nutrition. Washington (DC): ILSI Press; 1996. p. 384-95.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de tela, data e hora do acesso. Termos como "serial", "periódico", "homepage" e "monography", por exemplo, não são mais utilizados. Todos os documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), este deve ser mencionado no final da referência, além das informações que seguem:

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev 7]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>.

- Monograph on the Internet or e-book

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available at: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

M.Tabelas

Apresentar as tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e preferencialmente fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras,

SUMÁRIO

mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

N.Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser apresentadas em páginas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada e apresentar título e legenda. Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas, usar 300 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco), usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

O.Legendas

Digitar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações). Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura, e na ordem em que foram citadas no trabalho.

P.Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e as siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

2.3 Envio dos Manuscritos

SUMÁRIO O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO
<http://submission.scielo.br/index.php/rbgo/login>.

Outras correspondências deverão ser enviadas para:

Jurandyr Moreira de Andrade/ Editor
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Editoria - Avenida Bandeirantes, 3.900, 8º andar - Campus Universitário - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto (SP) - Fone: (16) 3602-2803 - Fax: (16) 3633-0946/Email: rbgo@fmrp.usp.br.

2.4 Itens para a Conferência do Manuscrito

Antes de enviar o manuscrito, conferir se as Instruções aos Autores foram seguidas e verificar o atendimento dos itens listados a seguir:

- 2.4.1 Carta de encaminhamento assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar ou enviada pelo correio) ou informação dos endereços eletrônicos válidos de todos os autores na página de rosto;
- 2.4.2 Citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa, assinatura do termo de consentimento livre e informado (na seção "Métodos") e informação sobre o atendimento das exigências para pesquisa em animais;
- 2.4.3 Número ou código do registro do estudo, se necessário, na página de rosto (item 5 das "Informações Gerais");
- 2.4.4 Conflito de interesses: informar se há ou não. Se houver, explicar sem omissão de informações relevantes;
- 2.4.5 Página de rosto com todas as informações solicitadas;
- 2.4.6 Resumo e abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
- 2.4.7 Três ou mais palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas keywords baseadas no Decs;
- 2.4.8 Verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitem o entendimento das mesmas;
- 2.4.9 Referências bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados

estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.

III. ARTIGO

3.1 Página de Rosto

Avaliação da Assistência Pré-Natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Aracaju-SE / Evaluation of Prenatal care among users of the Public Health System in Aracaju-SE

José Wilson Viana Júnior, Tauanny Aragão de Moura, Bárbara Lima Rangel, Thayane Sobral Cardoso, Leyla Manoella Maurício Rodrigues de Lima, Gabriel Reis Castro.

Trabalho realizado no Hospital e Maternidade Santa Isabel (Associação Aracajuana de Beneficência) localizado na Avenida Simeão Sobral , S/N - Bairro Santo Antônio – Aracaju-SE.

José Wilson Viana Júnior, Professor da disciplina de Obstetrícia do Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista S/N - Bairro Sanatório – 49060-100, Aracaju – Sergipe

Tauanny Aragão de Moura, médica formada pela Universidade Federal de Sergipe Rua Cláudio Batista S/N -Bairro Sanatório – 49060-100, Aracaju – Sergipe

Bárbara Lima Rangel, médica formada pela Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista S/N – Bairro Sanatório – 49060-100, Aracaju – Sergipe

Thayane Sobral Cardoso, estudante do 6º ano do curso de Medicina do Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista S/N – Bairro Sanatório – 49060-100, Aracaju – Sergipe

Leyla Manoella Maurício Rodrigues de Lima, médica formada pela Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista S/N – Bairro Sanatório – 49060-100, Aracaju – Sergipe

Gabriel Reis Castro, estudante do 6º ano do curso de Medicina do Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista S/N – Bairro Sanatório – 49060-100, Aracaju – Sergipe

Esse estudo foi desenvolvido sem auxílio de bolsa de estudo ou de financiamento.

Correspondência para:

Dr. José Wilson Viana Júnior Departamento de Medicina,
Universidade Federal de Sergipe Rua Cláudio Batista S/N – Bairro
Sanatório – 49060-100
Aracaju – SE – Brasil

Email: wilsonviana2@yahoo.com.br

Telefone: (79) 2105-1811 Fax: (79) 2105-1808

3.2 Resumo

Objetivos: avaliar a adequação da assistência pré-natal prestada às gestantes de baixo risco usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em Aracaju.

Métodos: estudo descritivo A população estudada foi composta por 280 puérperas internadas após parto realizado a termo no Hospital e Maternidade Santa Isabel (HMSI), entre o período de abril a maio de 2014 e em uma coleta realizada em um segundo momento de outubro a novembro de 2015. A avaliação da adequação ocorreu em três níveis. No primeiro nível foi utilizado o Índice de Kessner modificado (início e número das consultas) para avaliar a assistência. Ao segundo nível foi acrescentada a realização de exames complementares básicos definidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN): tipagem sanguínea ABO-FatorRh, hematócrito/hemoglobina, VDRL, glicemia, urina tipo 1. No terceiro nível, além da utilização do pré-natal e dos exames complementares básicos foi acrescentado o cumprimento dos procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios numa consulta de pré-natal (cálculo da idade gestacional, aferições de pressão arterial, peso, edema, altura uterina, pesquisa de batimentos cardíacos fetais e de apresentação fetal).

Resultados: A adequação do processo foi de apenas 42,5% da amostra no nível 1, de 16,4% no nível 2, e de 0% no nível 3. Também foram observadas uma média de idade de 23,6 anos e uma média de número de consultas de 6.

Conclusões: A análise da assistência pré-natal prestada às gestantes de baixo risco usuárias do SUS em Aracaju detectou baixa adequação considerando os critérios mínimos pelo Ministério da Saúde, necessitando de estratégias para melhoria da qualidade da atenção ofertada a essas mulheres.

Palavras-chave: Assistência pré-natal, Avaliação da assistência, Qualidade do pré-natal.

3.3 Abstract

Objectives: To assess the adequacy of prenatal care provided to low risk pregnant women users of the Unified Health System in Aracaju.

Methods: Cross-sectional retrospective descriptive study using analysis of pregnant women filling cards. The study population consisted of 280 postpartum women hospitalized after birth that held their prenatal care at public services of Aracaju, and had low-risk pregnancy and delivery at term at Hospital Santa Isabel, from April to May 2015 and data collected in a second period from October to November 2015. The evaluation of adequacy occurred on three levels. On the first level the Kessner Index (top and number of queries) was used to evaluate the assistance. On the second level performing basic complementary tests defined by the Program for Humanization of Prenatal and Birth (PHPN) was added: ABO blood-FatorRh, hematocrit / hemoglobin, VDRL, glucose, urine type 1. At the third level, besides the prenatal care and basic additional tests was increased compliance with mandatory clinical and obstetric procedures in prenatal appointment (calculation of gestational age, assessment of blood pressure, weight, edema, fundal height, research fetal heartbeat and fetal presentation).

Results: The adequacy of the process was only 42,5% of the sample at level 1, 16,4% at level 2, and 0% at level 3. The mean age was 23.6 years and the number of appointments was 6. **Conclusions:** The analysis of prenatal care provided to pregnant women at low risk of Public Health System in Aracaju showed low suitability considering the minimum criteria by the Ministry of Health, requiring strategies to improve the quality of care offered to these woman.

Key-words: Prenatal care, evaluation of care, quality of prenatal

3.4 Introdução

Avaliação da Assistência Pré-Natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Aracaju-SE / Evaluation of Prenatal care among users of the Public Health System in Aracaju-SE

A gestação é uma experiência social, individual e única para a mulher, carregada de transformações psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas. Nessa etapa, a mulher requer uma série de cuidados para a promoção de saúde e qualidade de vida e, neste aspecto, a assistência pré-natal é reconhecida como o momento mais importante para o estabelecimento do vínculo entre a paciente, o conceito e os profissionais da saúde que serão responsáveis por seus cuidados (1,2).

Os pilares para garantir uma assistência pré-natal adequada são prevenir, diagnosticar precocemente e tratar de forma específica os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem estar da gestante e de seu conceito (3). Dessa forma, ofertar um pré-natal adequado é contribuir diretamente para a diminuição das inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal existentes no Brasil, principalmente na região Nordeste e para a melhoria de indicadores de qualidade de saúde (4,5).

Durante o ano de 2014, O Ministério da Saúde trabalhou na elaboração e publicação da Caderneta da Gestante, substituindo o antigo Cartão da Gestante, para contemplar as diretrizes de boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e nascimento propostas na Estratégia Rede Cegonha e alinhadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A caderneta apresenta os direitos da gestante (antes e depois do parto), cartão de consultas, exames e vacinas (com espaço para anotações), dicas para uma gravidez saudável, sinais de alerta, orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, como tirar a certidão de nascimento do filho, entre outras informações. Há ainda espaço para a mãe anotar suas dúvidas, sensações e colar fotografias do período de gravidez. A Caderneta da Gestante é um instrumento fundamental para o registro das informações de acompanhamento da gestação e deve ser parte essencial do processo de trabalho dos profissionais de saúde. As informações inseridas na caderneta podem apoiar o profissional no diálogo com a gestante e nas ações de educação em saúde, devendo ser utilizada em todas as consultas do pré-natal. Nesse contexto, avaliar a adequação da assistência ao pré-natal é uma ferramenta de extrema importância para a identificação de fatores que possam

interferir na atenção dada ao binômio materno-fetal, tais como início tardio da assistência e o baixo número de consultas, que podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de possíveis complicações (6, 7, 8, 9). A melhor forma de avaliar a qualidade da assistência pré-natal seria através da análise do conteúdo das consultas, comparando o que se tem estabelecido com o que tem sido ofertado às pacientes (10). Contudo, há no Brasil uma escassez de estudos que visem avaliar qualidade dos serviços ofertados no pré-natal, pois a literatura ainda tem privilegiado a análise da estrutura e dos resultados da assistência, limitando-se a descrever indicadores (cobertura, número de consultas pré-natais, tipo de parto) (11,12).

Outro problema que interfere na boa qualidade de um pré natal refere-se ao não cumprimento pelos profissionais de saúde de normas e rotinas estabelecidas e ao não preenchimento dos registros (12). Existe uma portaria do Ministério da Saúde, datada de 4 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. No Anexo II, que trata do Termo de Referência para o Processo de Contratualização de Metas para a Atenção Obstétrica e Neonatal, o item 2.6. diz: Garantir, para todas as gestantes, o preenchimento do cartão da gestante. É de responsabilidade da equipe, portanto, fazer cumprir as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O objetivo principal deste estudo é analisar a adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS em Aracaju, tendo em vista a elevada taxa de mortalidade materna encontrada no Estado e na falta de artigos científicos e trabalhos publicados sobre esse tema tendo como foco de estudo este município.

A análise englobará parâmetros como: critérios de Kessner modificado por Takeda (número de consultas e início do pré-natal); indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e/ou Manual Técnico de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde para procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios e exames complementares básicos; avaliação da qualidade dos registros do atendimento pré-natal (preenchimento do cartão da gestante).

3.5 Métodos

Trata-se de um estudo descritivo transversal cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência pré-natal recebida pelas usuárias do SUS na cidade de Aracaju-SE mediante análise do preenchimento de cartões da gestante.

A população estudada foi composta por 280 puérperas internadas após o parto que

obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: realizaram sua assistência pré-natal na rede pública municipal de Aracaju; tiveram gestação de baixo risco; tiveram seu parto realizado a termo no Hospital e Maternidade Santa Isabel, entre o período de abril a maio de 2014 e em uma coleta realizada em um segundo momento de outubro a novembro de 2015; portavam seu cartão da gestante no momento da internação. Baixo risco e parto a termo foram escolhidos para dar mais fidelidade à amostra. Esta maternidade foi escolhida por ser uma das maiores do Estado que utiliza o SUS no atendimento ao parto da maior parte das gestantes de baixo risco da capital.

Os dados foram coletados mediante análise da auditoria de cartões da gestante, aos quais foi aplicado um instrumento padronizado especialmente elaborado para a extração das informações. Houve cuidado em minimizar a ocorrência de viés de seleção da amostra, garantindo-se sua aleatoriedade através de um processo sistemático na seleção das pacientes, com intervalo de seleção de uma a cada duas mulheres que deram à luz no hospital.

Essa pesquisa trata-se de um levantamento preliminar sobre o tema, visando estabelecer relação entre as variáveis, sem procurar necessariamente estabelecer uma relação causal. Considerando a inexistência de dados anteriores a respeito do tema nesse município e o caráter exploratório descritivo da pesquisa, não se pretende a generalização de seus resultados para toda a população, mas sim, sua utilização prática no processo de gestão no que se refere à melhoria do serviço público prestado.

A avaliação da adequação das consultas de pré-natal foi estabelecida a partir de 3 níveis de avaliação do processo. No Nível 1 foi aplicado o critério de Kessner modificado por Takeda para analisar a utilização do serviço de assistência pela usuária; este índice combina as variáveis início do pré-natal e número total de consultas, classificando o acompanhamento do pré-natal como adequado quando inicia antes da 14ª semana e tem 6 ou mais consultas, intermediário quando inicia entre 14ª e 27ª semanas e engloba 4 ou 5 consultas, inadequado quando o início ocorre a partir da 27ª semana e tem até 3 consultas.

No nível 2 foi analisado o Índice de Kessner modificado + realização do conjunto de exames complementares básicos segundo a frequência preconizada no PHPN/2000 (uma tipagem ABO-Rh, um hematócrito/hemoglobina, duas glicemias de jejum, duas pesquisas de VDRL, e dois sumários de urina).

No nível 3 foi analisado o Índice de Kessner modificado + realização do conjunto de exames complementares básicos + procedimentos clínico-obstétricos essenciais em

consultas de pré-natal. Esses procedimentos incluem o cálculo da idade gestacional (IG), aferição de altura uterina (AU), da pressão arterial (PA), dos batimentos cardíacos fetais (BCF), do peso e do edema maternos, e verificação da apresentação fetal (AF).

Outros registros também foram analisados como: vacinação antitetânica (VAT), registro da realização de ultrassonografias obstétricas (USG) e sua quantidade, realização de sorologias específicas (HIV, Hepatite B, Toxoplasmose), idade, escolaridade, registro da data da última menstruação (DUM) e tipo de profissional que acompanhou durante o pré-natal.

A legibilidade das informações escritas e o preenchimento ou não dos itens avaliados foram os parâmetros para análise da qualidade dos registros de assistência pré-natal nesse estudo. Assumiu-se que campos de registro em branco (ou preenchidos com um traço) indicavam ausência de coleta de dados ou não realização de procedimento.

O material coletado foi tabulado com base em um dicionário de códigos criado para esse estudo em planilhas eletrônicas do Excel, e posteriormente analisado estatisticamente pelo SPSS Versão 17. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação da direção da Maternidade e Hospital Santa Isabel, e inserido na Plataforma Brasil com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 31163412.2.0000.5546.

5.1 Resultados

A maioria das mulheres encontra-se numa faixa etária jovem entre 15 e 24 anos, sendo 31,4% composta por adolescentes entre 15 a 19 anos e 30,4% por mulheres de 20 a 24 anos, com uma média de idade em torno de 23,6 anos (DP = 6,4). O percentual de mulheres entre 25-34 anos foi de 29,6% e o de mulheres com 35 anos ou mais foi de 6,8%. O não preenchimento do campo idade ocorreu em apenas 5 cartões (1,8% da amostra).

O nível máximo de escolaridade materna que predominou na amostra estudada foi o fundamental e médio, correspondendo a 41,8% das mulheres em cada nível. Já o superior apresentou apenas 5%. Analfabetas (nenhum grau de escolaridade) representaram 2,9% da amostra. Em 8,6% dos cartões não havia registro do grau de escolaridade da paciente.

Em relação ao modelo dos cartões da gestante, 95% eram oficiais, segundo os padrões do MS e distribuídos nos postos de saúde pela prefeitura. Já os 5% restantes dos cartões analisados eram uma fotocópia em preto e branco do modelo oficial.

Em 77,9% das pacientes, a assistência pré-natal foi realizada conjuntamente por médico e enfermeiro. Já em 8,2%, o pré-natal foi desempenhado apenas por médicos e em 12,9% apenas por enfermeiros. Das mulheres que contaram com médico na sua assistência, 77,1% foram atendidas por clínico geral e 8,9% por obstetras. Um percentual de 1,1% das mulheres não tinha esses dados no cartão.

O registro da DUM ocorreu em 89,3% dos cartões das gestantes, ao passo que o registro dos antecedentes mórbidos ocorreu em 87,9%.

Enquanto 67,5% das mulheres foram submetidas a parto via vaginal, 32,5% deram à luz por cesariana.

Para esse estudo, o número médio de consultas de pré-natal foi de 6 (DP = 2,3), sendo que 56,1% das pacientes tiveram um número maior ou igual a 6 consultas, 29,6% tiveram entre 4 ou 5 consultas e 14,3% tiveram até 3 consultas.

Em relação à idade gestacional de início do pré-natal, 52,9% das pacientes iniciaram o acompanhamento com menos de 14 semanas, 40,4% iniciaram entre a 14^a e a 27^a semana, e 6,1% da amostra teve o início da assistência após a 27^a semana. Em dois cartões não havia registro da idade gestacional do início do acompanhamento (0,7%). Podem ser observados na Tabela 1 os resultados quanto aos exames laboratoriais básicos estabelecidos pelo PHPN/2000. Apenas 24,6% das pacientes fizeram os exames preconizados de acordo com o registro dos cartões, enquanto que 62,1% das pacientes não atingiram o mínimo recomendado e 13,2% das pacientes não possuíam nenhum registro de exames complementares.

Tabela 1. Exames complementares registrados durante a assistência pré-natal de gestantes de baixo risco da rede pública de Aracaju que foram internadas para o parto a termo na Maternidade Santa Isabel entre o período de abril a maio de 2014 e entre outubro a novembro de 2015.

REGISTROS	NENHUM n(%)	UM REGISTRO n(%)	DOIS OU MAIS n(%)
Tipagem ABO-Rh	18,9%	76,8%	4,3%
Hemoglobina/Hematócrito	16,1%	68,9%	14,5%

Glicemia	16,1%	52,1%	31,8%
Urina tipo 1	17,9%	47,1%	35%
VDRL	16,1%	49,6%	34,3%

Ao correlacionar o registro de exames laboratoriais naquelas pacientes cujo pré-natal iniciou antes de 14 semanas ou naquelas que tiveram mais de 6 consultas, encontrou-se exames complementares considerados adequados em apenas 33,8 % e 35,7% das pacientes, respectivamente.

Ao correlacionar a falta de registro desses exames com a idade gestacional de início de acompanhamento do pré-natal, o percentual de não registro nas gestantes que iniciaram com menos de 14 semanas foi de 6,1%, entre 14 e 27 semanas de 17,7%, e daquelas que iniciaram acima de 27 semanas, 41,2%.

A sorologia anti-HIV foi realizada em 79,3% das pacientes, a pesquisa do HBsAg foi feita em 57,1% da amostra e a pesquisa sorológica para toxoplasmose foi realizada em 68,9% das pacientes.

Em relação à realização de ultrassonografia, a maioria das mulheres teve registro em seus cartões (93,2%). Apenas 6,8% da amostra não realizou este exame durante o pré-natal.

A Tabela 2 traz os dados acerca dos procedimentos clínico-obstétricos que deveriam ser realizados durante as consultas de pré-natal. É recomendado que idade gestacional (IG), altura uterina (AU), pressão arterial (PA), peso materno (PM) e edema sejam aferidos em todas as consultas, uma vez que podem ser pesquisados em qualquer mês da gestação. PA e peso foram as variáveis mais pesquisadas em todas as consultas (87,5% e 71,8% respectivamente). Já a pesquisa de edema foi a variável com menores aferições (88,2% das pacientes não tinham registro de sua pesquisa ao exame clínico). Em 6 pacientes não houve registro de nenhum procedimento clínico-obstétrico (2,1%). Em 6 pacientes não houve registro de nenhum procedimento clínico-obstétrico (2,1%).

Tabela 2. Procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a assistência pré-natal de gestantes de baixo risco da rede pública de Aracaju que foram internadas para o parto a termo na Maternidade Santa Isabel entre o período de abril a maio de 2014 e entre outubro a novembro de 2015.

REGISTROS	EM TODAS AS CONSULTAS n(%)	AUSÊNCIA EM UMA OU MAIS CONSULTAS n(%)	SEM REGISTRO n(%)
Idade Gestacional	36,4%	59,6%	3,9%
Altura Uterina	36,4%	59,6%	3,9%
Pressão Arterial	87,2%	10,4%	2,1%
Peso materno	70,5%	26%	3,5%
Edema	4%	7%	89%
Batimentos Cardíacos Fetais*	64,5%	29,5%	6%
Apresentação Fetal **	1,5%	10%	88,5%

* Batimentos Cardíacos Fetais: pesquisados a partir da 20ª semana; **Apresentação fetal: pesquisado a partir da 28ª semana

O registro da apresentação fetal (AF) foi pesquisado da 28ª semana em diante, que é o momento quando esse procedimento passa a ser detectado clinicamente, contudo apenas 9,3% das pacientes tiveram a apresentação fetal descrita no cartão.

Da mesma forma, o ponto de corte para a pesquisa de batimentos cardíacos fetais (BCF) foi possuir o registro a partir da 20ª semana, que é quando este sinal pode ser detectado ao exame físico facilmente, mesmo com o estetoscópio de Pinard. Porém apenas 66,1% das gestantes analisadas tiveram o BCF aferido e registrado em todas as consultas após a 20ª semana de gestação.

Em relação à vacinação antitetânica (VAT), 56,8% das pacientes tinham registro de imunização antitetânica completa, 37,9% não tinham nenhum registro sobre imunização, e 5,4% estavam com a imunização incompleta (registro da primeira dose apenas).

A tabela 3 mostra os níveis de adequação do processo de assistência ao pré-natal encontrado por esse estudo. O nível 1, representado pelo Índice de Kessner, correlaciona o número de consultas com o início do pré-natal. Foi achada uma adequação de 42,5% da amostra. O nível 2, ao combinar o Índice de Kessner com a realização de exames laboratoriais mínimos recomendados, apresentou uma taxa de adequação de 16,4% da amostra. Ao adicionarmos a execução de procedimentos clínicos e obstétricos, no nível 3, toda a amostra foi considerada inadequada.

Tabela 3. Adequação do processo de assistência pré-natal prestado na rede SUS no município de Aracaju a gestantes de baixo risco que tiveram partos a termo na Maternidade Santa Isabel, atendidas entre o período de abril a maio de 2014 e entre outubro a novembro de 2015..

AVALIAÇÃO DO PROCESSO	ADEQUADO n(%)	INTERMEDIÁ- RIO n(%)	INADEQUADO n(%)
Nível 1	42,5%	40,7%	16,8%
Nível 2	16,4%	0%	83,6%
Nível 3	0%	0%	100%

*Nível 1 – Índice de Kessner; Nível 2 – Kessner + Laboratorial Básico; Nível 3 – Kessner + Laboratorial Básico + Procedimentos clínico-obstétricos.

5.2 Discussão

Auditar cartões da gestante é barato, rápido e simples. Embora a qualidade da informação dependa de seu registro, não permitindo análises epidemiológicas complexas, essa é uma forma de conhecer informações importantes sobre as características da atenção que está sendo prestada às gestantes (15). Com esse tipo de análise pode-se orientar melhor estruturação dos serviços e ações em saúde para garantir maior qualidade dos mesmos.

A padronização dos cartões da gestante pelo Ministério da Saúde facilitou a criação de uma rotina de preenchimento por parte das equipes nos postos de saúde. Contudo, o cartão oficial estava ausente em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois a 5% das gestantes foram fornecidas cópias xerocadas, e não o documento oficial. Um local de registros adequado é o primeiro passo para que a própria paciente e a equipe valorizem a rotina de procedimentos.

O perfil sócio-demográfico das puérperas analisadas é de uma mãe jovem, com aproximadamente um terço da amostra composta por adolescentes. Esse resultado é encontrado por outros estudos (10, 16, 17,18) e corroborado pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que mostram que nas áreas urbanas, a fecundidade nos grupos de mulheres mais jovens, de 15 a 24 anos de idade, concentrava 43,6% da fecundidade total (19). Esse perfil deve ser levado em conta na organização das estratégias da UBS para captar essa gestante na comunidade e acolher as dificuldades inerentes a uma gestação numa faixa etária mais jovem. Embora a análise não tenha especificado se houve conclusão ou não da etapa escolar mencionada no cartão da gestante, foi encontrado nesse estudo 41,8% ensino fundamental e 41,8% médio. Como é sabido, o processo de saúde está relacionado diretamente com o processo educacional e social dos pacientes, podendo-se entender então que nível de instrução está correlacionado com baixa utilização do pré-natal bem como maior número de filhos (19).

A grande maioria das gestantes avaliadas foi atendida por médicos e enfermeiros (77,9%), dado que corrobora o contínuo processo de fortalecimento da equipe multiprofissional na UBS. Também foi observado que o atendimento médico a essas gestantes nas UBS é feito por clínicos gerais em 77,1% dos casos, daí a importância de se aprimorar os currículos nas universidades para que profissionais formados como médicos generalistas possam desempenhar uma assistência adequada nessas situações.

O índice de partos cesarianos foi de 32,5%, ultrapassando o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que estipula uma taxa de 15% para partos operatórios. Porém, este resultado mantém-se na média brasileira, que é o país com a maior taxa de cesárea do mundo (44%) (23).

A média de 6 consultas foi a preconizada pelo Ministério da Saúde como quantidade mínima (6,0), sendo atingida apenas por 56,1% da amostra. Em outros estudos esse resultado foi pior: Serruya(21), com 4,4 consultas em 2004; Carvalho(18), em 2007, achou uma média de 5,3. Já em outros estudos, foi obtida média maior: Coutinho(10), com 6,4 consultas em 2003; Koffman(16), com 6,5 em 2005, Trevisan(17), com 6,2 em 2002..

Apenas 52,9% % das gestantes iniciaram a assistência pré-natal antes de 14 semanas. A partir desse dado podemos inferir que existem problemas, seja pela dificuldade na marcação de consultas, pelo não reconhecimento da importância do início precoce do pré- natal por parte da comunidade, ou por deficiências da equipe da UBS para captar ativamente essas gestantes logo no início da gestação. Contudo, esse valor foi maior do que o encontrado por outros estudos (29,7% por Coutinho em 2003).

Mais da metade da amostra não teve registro de exames laboratoriais mínimos recomendados (75,4%). Esse dado é preocupante, pois mostra que nossas gestantes estão perdendo a oportunidade de serem diagnosticadas com patologias que interferem na saúde do binômio materno-fetal, como diabetes gestacional, sífilis, hepatite B, HIV, anemia, infecção urinária.

Início mais cedo do pré-natal relacionou-se com menores taxas de não registros de exames complementares, talvez demonstrando a oportunidade de terem sido solicitados e os resultados analisados em tempo, quando comparados a mães que já iniciaram tardiamente o pré-natal. Contudo, aquelas que iniciaram adequadamente o pré-natal e compareceram a no mínimo 6 consultas também não apresentaram boa adequação nos registros dos exames laboratoriais como seria esperado (em torno de 33,3%). Esse dado pode representar a falta de solicitação destes exames, bem como desinteresse por parte da gestante em realizá-los, mas também pode revelar dificuldade de acesso para marcação de exames pelo SUS e para retorno às consultas.

Ultrassonografia foi o exame complementar com maior taxa de realização (93,2 %), sendo que registros semelhantes foram encontrados também na literatura brasileira (10,11,15,17). Contudo, embora seja de grande auxílio na condução de um pré-natal, mesmo naqueles de baixo risco, não deve ser usado para substituir um exame clínico minucioso e seu registro. Em relação à VAT, este trabalho encontrou apenas 56,8% de relato de imunização completa, valor que é inferior ao de outras pesquisas, como em Recife(18) com cobertura de 98,6%, em João Pessoa(23), com 94,7%, Curitiba (25) com

91%. A pesquisa sorológica para sífilis, hepatite B, toxoplasmose e HIV chama atenção para aquelas pacientes que talvez não realizaram e ficaram sem a possibilidade de averiguar estas infecções durante o curso da gravidez: 65,7%, 42,9%, 31,1%, 20,7% respectivamente.

Não podemos inferir se o não registro dos exames clínico-obstétricos ocorreu por aquele dado não ter sido pesquisado durante a consulta, ou por naquele momento não haver equipamento que possibilitasse sua pesquisa (esfigmomanômetro, trena, balança, sonar), ou por ter sido avaliado porém não registrado por escrito posteriormente. IG, AU, PA, BCF e peso são os dados coletados com maior índice de registro nesse estudo, padrão que se repete na literatura semelhante. Já a apresentação fetal e a pesquisa de edema foram os itens mais negligenciados nesse estudo e nos citados anteriormente. Ao se encontrar uma taxa de 88,2% das pacientes cuja pesquisa de edema não foi registrada, pode-se inferir que os profissionais não têm dado importância clínica a esse sinal na condução do pré-natal. Outro exame clínico bastante negligenciado foi a pesquisa da apresentação fetal a partir da 28ª semana, ausente em 90,7% da amostra. Isso pode representar uma dificuldade técnica na realização das manobras obstétricas para sua detecção, bem como falta de estrutura física para sua realização, e utilização disseminada de exames ecográficos para verificação da apresentação fetal.

A adequação do processo de assistência pré-natal em Aracaju em gestantes de baixo risco que deram à luz a termo na HMSI e acompanharam seu pré-natal no SUS no nível 1 foi de apenas 42,5%, mostrando que é necessário fortalecer na população a ideia da importância de se começar o pré-natal cedo, melhorar a captação ativa dessas gestantes na comunidade, garantir um pré-agendamento do número mínimo de consultas com médico e enfermeiro, para que o retorno dessa gestante à unidade seja facilitado, e a vigilância e a busca ativa das gestantes faltosas. Segundo Koffman e Bonadio (2005) (16), a demora no agendamento de consultas, além de comprometer a qualidade da assistência pré-natal, é um dos fatores que mais geraram descontentamento das gestantes em relação aos serviços.

Ao analisar o nível 2, a taxa de adequação cai para 16,4%, demonstrando que as dificuldades atuais para coletar e obter exames laboratoriais são enormes a ponto de impedir que o mínimo recomendado pelo MS seja alcançado. Ao considerar o registro de exames clínico-obstétricos, no nível 3, toda a amostra tornou-se inadequada, mostrando que embora existam muitas dificuldades logísticas, o simples comprometimento dos profissionais em realizar e registrar o exame físico de suas pacientes poderia melhorar a qualidade da atenção.

5.1 Conclusão

Uma vez que as avaliações dos serviços de saúde na literatura priorizam a análise da estrutura e dos resultados da assistência, o estudo baseado em auditorias de cartões da gestante, apesar de suas limitações, é um método rápido para esboçar a qualidade do processo de atenção que está sendo ofertado e eficaz porque pode contribuir para a melhoria técnica do atendimento prestado.

A análise da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do SUS de baixo risco em Aracaju apresentou baixa adequação considerando os critérios mínimos pelo Ministério da Saúde. Embora existam limitações técnicas e financeiras, uma forma de melhorar este panorama é um maior comprometimento e responsabilização por parte das equipes que prestam a assistência na realização e preenchimento desses dados. Tal conduta pode influir positivamente não só na qualidade da atenção prestada por esses profissionais e pelos gestores de saúde, mas também naquela prestada à gestante na hora do parto ou em prontos- socorros.

3.6 Referências

1. Saito E, Gualba DMR. O profissional de saúde frente a vivência da dor de parto pela mulher. *Recenf.* 2003; 1:31-36.
2. Merigui MAB, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Atualização Paulista Enfermagem.* 2007;20(4):434-40.
3. Borges CLMS, Costa MCN, Mota ELA, Menezes GSM. Temporal evolution and intra-urban differentials of Maternal Mortality in Aracaju, Sergipe, 2000-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2013;22(2): 307-316.
4. Ciampo LA, Ricco RG, Ferraza IS, Daneluzzia JC, Junior CEM. Aleitamento materno e tabus alimentares. *Rev. Paul. Pediatr.* 2008; 26: 345-349.

5. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'ávila CG. Avaliação da efetividade da assistência Pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um Município da Grande São Paulo. Rev. Bras. de Enferm. 2008; 61:349-53.
6. Albuquerque WA, Menezes SS, Santana HS. Análise do perfil das mães dos nascidos vivos em Carbotina, Minas Gerais, no ano de 1999, pelo estudo dos dados do SINASC. Rev. Bras. Saúde Matern-Infant. 2001;1(2): 137-43.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
8. Silva JLP, Cecatti JG, Serruya, SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. RBGO. 2005;27:1003-105.
9. Silva, LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.15-40.
10. Coutinho T, Teixeira MT, Daina S, Sayda JD, Coutinho LM. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. RBGO. 2003;25(10): 717-724.
11. Halpern R, Barros FC, Victoria CG, Tomasi E. Atenção Pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul. Brasil, 1993. Cad. Saúde Pública. 1998;14(3):487-492.
12. Silveira DS, Santos IS, Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública. 2001;17(1): 131-9.

13. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. [citado 2014 5 mar]. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal: normas e manuais técnicos. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
15. Costa JSD, Angela CCM, Rafael ML, Marcelo APB. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2000; 34 (4): 329-36.
16. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Bras Saude Matern Infant. 2005;5(1):23-32.
17. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. RBGO. 2002;24:293-299.
18. Carvalho VCP, Araujo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2007; 7(3): 309-317.
19. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. Nupcialidade, fecundidade e migração. Rio de Janeiro: Censo demogr; 2010. p. 1-349.
20. Organização Mundial da Saúde/Unicef/Unfpa. Maternal mortality in 2000: estimates

developed by WHO, UNICEF, UNF [Internet]. Geneva: World Health Organization;
2004 [citado 2014 Mar 5].Disponível em: <<http://www.who.int>>.

21. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-1289.
22. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2004;4(3):269-279.
23. Unicef. Relatório global. Situação Mundial da Infância 2011. [internet]. Disponível em: Situação Mundial da Infância 2011 [acessado 10 junho 2014].
24. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS e Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2014;13(1):29-37.
25. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;20(2): S220-S230.

3.7 TABELAS E LEGENDAS

Tabela 1. Exames complementares solicitados e registrados durante a assistência pré-natal de gestantes de baixo risco acompanhadas na rede pública de Aracaju que foram internadas para o parto a termo na Maternidade Santa Isabel entre o período de abril a maio de 2014 e entre outubro a novembro de 2015

REGISTROS	NENHUM n(%)	UM REGISTRO n(%)	DOIS OU MAIS n(%)
Tipagem ABO-Rh	18,9%	76,8%	4,3%
Hemoglobina/Hematócrito	16,1%	68,9%	14,5%
Glicemia	16,1%	52,1%	31,8%
Urina tipo 1	17,9%	47,1%	35%
VDRL	16,1%	49,6%	34,3%

Tabela 2. Procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a assistência pré-natal de gestantes de baixo risco acompanhadas na rede pública de Aracaju que foram internadas para o parto a termo na Maternidade Santa Isabel entre o período de abril a maio de 2014 e entre outubro a novembro de 2015.

REGISTROS	EM	AUSÊNCIA EM 01 OU	SEM REGISTRO
	TODAS AS	MAIS CONSULTAS	n(%)
	CONSULTAS n(%)	n(%)	
Idade Gestacional (IG)	36,4%	59,6%	3,9%
Altura Uterina (AU)	36,4%	59,6%	3,9%
Pressão Arterial (PA)	87,2%	10,4%	2,1%
Peso materno (PM)	70,5%	26%	3,5%
Edema	4%	7%	89%
Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)*	64,5%	29,5%	6%
Apresentação Fetal (AF)**	1,5%	10%	88,5%

*BCF- Pesquisado a partir da 20ª semana; AF- Pesquisado a partir da 28ª

semana.

Tabela 3. Adequação do processo de assistência pré-natal prestado na rede SUS no município de Aracaju a gestantes de baixo risco que tiveram partos a termo na Maternidade Santa Isabel, atendidas entre o período de abril a maio de 2014 e entre outubro a novembro de 2015.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO	ADEQUADO	INTERMEDIÁRIO	INADEQUADO
	n(%)	n(%)	n(%)
Nível 1	42,5%	40,7%	16,8%
Nível 2	16,4%	0%	83,6%
Nível 3	0%	0%	100%

*Nível 1 – Índice de Kessner; Nível 2 – Kessner + Laboratorial Básico; Nível 3 – Kessner + Laboratorial Básico + Procedimentos clínico-obstétricos

V.REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, W. A.; MENEZES, S. S.; SANTANA, H. S. **Análise do perfil das mães dos nascidos vivos em Carbotina, Minas Gerais, no ano de 1999, pelo estudo dos dados do SINASC.** Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil 2001;1: 137-43.

ALEXANDER, G. R.; KOTELCHUCK, M. **Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices.** Public Health Rep, 111:408-418, 1996.

BORGES, C. L. M. S.; COSTA, M. C. N.; MOTA, E. L. A. **Temporal evolution and intra-urban differentials of Maternal Mortality in Aracaju, Sergipe, 2000-2010.** Epidemiol. Serv. Saúde, vol.22, no.2, p.307-316, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)-Resultado do processo avaliativo 2004-2006.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal: normas e manuais técnicos** / equipe de elaboração: Schirmer et al. 3ª Ed. Brasília; 2000.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Nupcialidade, fecundidade e migração. Rio de Janeiro: Censo demogr; 2010. p. 1-349.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.** Portaria N° 1067/GM. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm> [acesso 12 mar 2014]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puérpério.** Assistência Humanizada à mulher. Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO. Brasília, DF, 2001.

CALDERON, I.; CECATTI, J. G.; VEJA, C. E. **Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna.** Rev Bras Ginecol Obstet, vol.28, n.5, p.310-315, 2006.

CANESQUI, A. M.. **Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana.** Textos NEPO, 13. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas, 1987.

CARVALHO, V. C. P.; ARAUJO, T. V. B. **Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do**

Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., vol.7, n.3, pp. 309-317, 2007.

CIAMPO, L. A. et al. **Aleitamento materno e tabus alimentares.** Revista Paulista de Pediatria. Vol 26, p. 345-349, 2008.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil**, In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H.(Orgs.). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p.319-35.

COSTA, J. S. D.; MADEIRA, A. C. C.; LUZ, R. M.; BRITTO, M. A. P. **Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública, vol.34, n.4, p. 329-36, 2000.

COUTINHO, T. et al. **Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG.** Rev Brasil Ginecol e Obstet, vol.25, n.10, p.717-724, 2003.

DONABEDIAN, A. **The quality of care: how can it be assessed?** JAMA, v.260, n.12, p.1743-1748, 1988.

FONSECA, L. A. C.; PADUA (L. B.); NETO J. D. V. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, v.4, n.2, p.40-45, 2011.

GONÇALVES, R. et al. **Avaliação da efetividade da assistência Pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um Município da Grande São Paulo.** Revista Brasileira de Enfermagem, vol.61, p.349-53, 2008.

HALPERN, R. et al. **Atenção Pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993.** Cad. Saúde Pública, v.14, n. 3, p.487-492, 1998.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. **Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo.** Rev Bras Saude Matern Infant, vol.5, supl.1, p.523-32, 2005.

MACHADO, L.Z. **Os frágeis Direitos da Mulher.** Promoção da Saúde, Ano 3, nº 6, pp.22, Ministério da Saúde, 2002.

MERIGUI, M. A. B.; CARVALHO, G. M.; SULETRONI, V. P. **O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social.** Atualização Paulista Enfermagem 2007;20(4): 434-40.

MONTEIRO R. A.; SCHMITZ, B. A. S. **Principais causas básicas da mortalidade infantil no Distrito Federal, Brasil: 1990 a 2000.** Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil, v.4, nº 4, p. 413-421, 2004.

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

OSIS, M. J. D. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** Cad Saúde Pública, 1998; 14 suppl:25-32.

OSIS, M. J. D. et al. **Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil.** Revista de Saúde Pública, São Paul, v.27, n.1, p.49-53,1993.

RAVINDRAN, T. K. **Women's health policies: organizing for change.** Reproductive Health Matters, 6:7-11, 1995.

REIS, E. J. F. B. et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas.** Caderno de Saúde pública; 1990.

SAITO, E.; GUALBA, D. M. R. **O profissional de saúde frente a vivência da dor de parto pela mulher.** RECENF 2003; 1:31-36.

SANTOS, I. S. et al. **CrITÉrios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.6, p. 603-9, 2000.

SILVA, L. M. V. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde.** Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005 p.15-40.

SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G.; SERRUYA, S. J. **A qualidade do pré-natal no Brasil.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, p.1003-105, 2005.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas.** Cad. Saúde Pública 1994, vol.10, n.1, pp. 80-91, 1994.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; FERREIRA, N. L. S.; SOARES, N. L.; CARVALHO, M. K. **Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant., vol.13, n.1, pp. 29-37, 2013.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. **O Programa de Humanização no Pré- natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004.

SERRUYA, S. J; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 4(3): 269-279, jul-set, 2004.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; DIAS DA COSTA, J. S. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 131-9, 2001.

STENZEL, A. C. B.; MISOCZKY, M. C.; OLIVEIRA, A. I. **Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde.** In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Orgs.) Gestão local em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 87-102.

SYLVER, L. **Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde.** In: GALLO, E.; RIVERA, F. J.; MACHADO, M. H. (Orgs.). Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.195-206.

TREVISAN, M.R. et al. **Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 24, p. 293-299, 2002.

ZAMPIERI, M. F. M. **A enfermeira obstétrica: cuidando e educando no grupo de gestantes ou casais grávidos.** Santa Catarina; 2000.

WHO/UNICEF/UNFPA. **Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA.WHO/WQ16** [homepage da Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [citado 2005 Ago 2].Disponível em: <http://www.who.int>

VI. APÊNDICES

Apêndice 1. Formulário para recolhimento dos dados dos cartões das gestantes

Formulário nº: _____ Serviço de realização do Pré-Natal: _____

Iniciais: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Ocupação: _____ DUM: _____

Antecedentes patológicos: _____ DPP: _____

Data do parto: _____ Tipo do parto: _____ Paridade: _____

Nativos, natimortos e neomortos: _____

Local de realização do Pré-natal: () Aracaju () Interior () Outro: _____

Modelo do cartão da gestante: () Oficial () Não oficial

Profissional que acompanhou () Clínico Geral () Obstetra () Enfermeiro
durante o Pré- natal:

Recebeu alta do Pré- Natal: () S () N Registro de Papanicolau: () S () N

Medicamentos utilizados durante a gestação e prescritos no Pré-natal:

Classificação da assistência	Adequada	Intermediária	Inadequada
Início do pré-natal	() < 14ª semana	() 14ª a 27ª semana	() > 27ª semana
Número de consultas	() ≥ 6 consultas	() 4 ou 5 consultas	() < 4 consultas

Exames complementares básicos	ABO/ Rh		HB/Ht		Glicemia de Jejum		VDRL		Urina tipo1	
1ª consulta	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N
2ª consulta	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N
3ª consulta	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N
4ª consulta	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N
5ª consulta	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N
6ª consulta	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N
Consultas adicionais	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N	() S	() N

Procedimentos clínico obstétricos essenciais	IG	AU	PA	Peso e edema maternos	BCF	Apresent. Fetal
1ª consulta	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N
2ª consulta	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N
3ª consulta	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N
4ª consulta	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N
5ª consulta	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N
6ª consulta	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N
Consultas adicionais	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N	() S () N

Vacinação Antitetânica	Anti – HIV
Imunizada () Sim () Não	() Realizou () Não realizou
Reforço: _____	Quantos: _____
1ª dose: _____	USG durante o pré natal
2ª dose: _____	() Realizou () Não realizou

3ª dose: _____	Quantos: _____
----------------	----------------

AVALIAÇÃO DOS GRÁFICOS DE ACOMPANHAMENTO

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante () Preenchido () Não - preenchido

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional () Preenchido () Não - preenchido

Apresentação fetal no 3º trimestre _____

