

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

JULIANA MORAES CARRILHO

**AVALIAÇÃO DOS DADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL E REGISTRO DA
ROTINA PREVISTA NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UMA
COORTE DE GESTANTES EM BELO HORIZONTE.**

Belo Horizonte - MG
2014

JULIANA MORAES CARRILHO

**AVALIAÇÃO DOS DADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL E REGISTRO DA
ROTINA PREVISTA NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UMA
COORTE DE GESTANTES EM BELO HORIZONTE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Perinatologia

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Vieira Cabral

C317a Carrilho, Juliana Moraes.
Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte [manuscrito]. / Juliana Moraes Carrilho. -- Belo Horizonte: 2014.
84f.: il.
Orientador: Antônio Carlos Vieira Cabral.
Área de concentração: Saúde da Mulher.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Gestantes. 2. Cuidado Pré-Natal/estatística & dados numéricos. 3. Sistemas de Informação em Saúde. 4. Coleta de Dados. 5. Estudos Transversais. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Cabral, Antônio Carlos Vieira. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WO 175

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

(Arthur Schopenhauer)

Dedico esta dissertação de mestrado a todas gestantes que anseiam por uma
assistência de pré-natal integrada e adequada.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre iluminar meu caminho.

Ao meu orientador, Professor Antônio Carlos Vieira Cabral, pelo incentivo, pela confiança e pelos inúmeros ensinamentos a cada reunião realizada.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG, que de alguma forma contribuíram com essa jornada.

A todos os meus familiares, pelo carinho e amor incondicionais, em especial, meus pais, tia Jô, Paulo e Dani.

Ao Marcos, pelo incentivo e pela paciência em diversos momentos.

A todos os meus amigos, pela compreensão e pelo apoio, especialmente Emmele, Rafa, Darlene, Camila, Nina, Isabella, LuisaS, Pamina e Lorena.

Aos meus colegas de trabalho, pela torcida e flexibilidade.

RESUMO

A adequação da atenção pré-natal é relevante para redução das taxas de mortalidade materna e perinatal, sendo fundamental a integração das informações nos diferentes níveis de atenção à gestante. Este estudo teve como objetivo principal avaliar a completude dos dados dos cartões de pré-natal apresentados por uma coorte de gestantes admitidas em dois hospitais universitários de Belo Horizonte, conforme rotina prevista pelo MS e o protocolo da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), para gestações de baixo risco. E como objetivo específico avaliar os registros da assistência pré-natal nos cartões, também conforme essa rotina. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de caráter quantitativo, baseado em entrevista por questionário estruturado aplicado às puérperas (Parte I), e auditoria dos cartões de pré-natal apresentados na maternidade em ocasião do parto (Parte II). Os dados foram coletados nas maternidades do Hospital das Clínicas/UFMG e Hospital Risoleta Tolentino Neves, no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013, totalizando 214 puérperas. Na auditoria dos cartões, foi analisada a completude dos dados, e os registros da assistência pré-natal conforme protocolos do MS e PBH. Os resultados evidenciaram completude variando de 95,7% a 3,2%. As informações relativas à vacinação, realização dos exames de mama, preventivo e odontológico—apresentaram baixa completude. Quanto aos registros de procedimentos obstétricos, a apresentação fetal, edema e IMC foram os procedimentos mais ausentes. Os resultados dos exames de rastreamento de transmissão vertical (VDRL, HIV, HbsAg) não foram realizados ou informados no último trimestre gestacional, em torno de 70% das pacientes. Na avaliação dos registros da assistência pré-natal nos cartões, o início do pré-natal e número de consultas apresentou adequação de 60%, os procedimentos obstétricos e exames laboratoriais básicos, a adequação foi de 4,3% e 36,8%, respectivamente. O estudo evidenciou inadequação de informações importantes, assim como o não cumprimento dos protocolos de assistência pré-natal. Indica-se a necessidade de se criar alternativas ao modelo hoje existente de coleta/armazenamento de dados e assistência pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: gestante, assistência pré-natal, informações em saúde.

ABSTRACT

The adequacy of prenatal care is important for reduction of maternal and perinatal mortality, being fundamental the integration of the information from different levels of care for pregnant women. This study aimed to assess the completeness of data from antenatal cards submitted by a cohort of pregnant women enrolled in two university hospitals in Belo Horizonte, according to the routine protocol provided by MS and the Municipality of Belo Horizonte (PBH) to low-risk pregnancies. As the specific objective of evaluating the records of prenatal care cards, as well as this routine. This is a descriptive, cross-sectional study, with quantitative character, based on the structured interview questionnaire administered to women (Part I), and audit of antenatal cards presented in the nursery in birth time (Part II). The informations were collected in the maternity wards of the Hospital das Clinicas / UFMG and in the Hospital Risoleta Tolentino Neves, from October 2012 to January 2013, totaling 214 postpartum women. In the cards auditing, we analyzed the completeness of data, and the records of prenatal care as MS and PBH protocols. The results showed completeness ranging from 95.7 % to 3.2 %. The information related to vaccination, the examinations of the breast, and preventive dental presented low completeness. The records of obstetric procedures, fetal presentation, edema and BMI were more missing procedures. The results of vertical transmission screening tests (VDRL, HIV, HBsAg) were not conducted or reported in the last trimester, in a average of 70 % of patients. In the assessing records of prenatal care cards, the start of prenatal care and the number of queries submitted adequacy of 60 % , in the obstetric procedures and basic laboratory tests , the adequacy was 4.3 % and 36.8 % , respectively. The study highlighted the inadequacy of important information as well as non-compliance with prenatal care protocols. Indicates the need to create alternatives to the existing collection / data storage and prenatal care model today.

KEYWORDS: pregnant women, prenatal care, health information.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra conforme características socioeconômicas e demográficas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	32
Tabela 2: Distribuição da amostra conforme antecedentes obstétricos. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	33
Tabela 3: Classificação da amostra conforme categorias propostas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	34
Tabela 4: Distribuição da amostra conforme motivo relatado pela puérpera, da não realização do pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	34
Tabela 5: Classificação do tipo de cartão de pré-natal apresentado no momento do parto. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	35
Tabela 6: Completude dos registros de procedimentos clínicos obstétricos no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	48
Tabela 7: Completude dos registros de exames laboratoriais no pré-natal, na 1ª consulta e no 3º trimestre. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	49
Tabela 8: Registro de ultrassonografia no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	51
Tabela 9: Avaliação dos registros no cartão de pré-natal, conforme rotina prevista pelo MS e PBH. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	54
Tabela 10: Início do pré-natal e número de consultas realizadas, conforme registros no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	55
Tabela 11: Aplicação dos índices de adequação do pré-natal, conforme dados registrados no cartão pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra conforme motivo relatado pela puérpera, de não apresentar cartão de pré-natal no momento da internação para o parto. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	35
Gráfico 2: Maternidade de referência informada às gestantes no pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	42
Gráfico 3: Completude dos registros da identificação materna no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	43
Gráfico 4: Completude dos registros de antecedentes obstétricos, pessoais e familiares no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	44
Gráfico 5: Completude dos registros dos dados antropométricos* no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	45
Gráfico 6: Completude dos registros de imunização antitetânica materna. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	46
Gráfico 7: Realização de exames clínicos no pré-natal, conforme completude dos registros no cartão e relato das puérperas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	47
Gráfico 8: Completude dos registros de exame GPD, realizado entre 24 ^a -28 ^a semanas, no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	50
Gráfico 9: Completude dos registros de exame Coombs, realizado na 1 ^a ou 2 ^a consulta, no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013.	51
Gráfico 10: Suplementação no PN conforme completude dos registros do cartão e relato das puérperas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	52
Gráfico 11: Legibilidade dos registros do cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	53

Gráfico 12: Trimestre de início do pré-natal, conforme registros no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	54
Gráfico 13: Satisfação relatada pelas puérperas com a assistência pré-natal recebida. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Orientações do Ministério da Saúde para atenção pré-natal	24
Quadro 2: Índices para avaliação de assistência pré-natal	25
Quadro 3: Avaliação da Atenção Pré-Natal	26
Quadro 4: Variáveis avaliadas conforme ações preconizadas pelo MS	38
Quadro 5: Índice de Kotelchuck (APNCU)*	39
Quadro 6: Índice de Kessner modificado por Takeda*	40
Quadro 7: Amostra excluída conforme índice aplicado na avaliação da adequação do pré-natal	40

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABO-Rh	Sistema do Grupo Sanguíneo e fator Rh
ACOG	Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia
APNCU	Adequacy of Prenatal Care Utilization
AU	Altura Uterina
BCF	Batimentos Cardíofetais
DO	Declaração de Óbito
DST	Doença Sexualmente transmissível
DUM	Data da Última Menstruação
GPD	Glicemia pós-dextrosol
Hb/Ht	Hemoglobina/ Hematócrito
HBsAg	Antígeno de Superfície do Vírus Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IG	Idade Gestacional
IgM	Imunoglobulina M
IMC	Índice da massa corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão arterial sistêmica
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
RMM	Razão de Mortalidade Materna

SISPRENATAL	Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
US	Ultrassonografia
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory – Sorologia para rastreamento de sífilis

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Integração das informações do pré-natal nos diferentes níveis de atenção a saúde	57
---	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Menores de 18 anos)	77
APÊNDICE C- Entrevista estruturada	78

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	82
ANEXO B – Ata da Defesa da Dissertação	83
ANEXO C – Declaração de Aprovação da Dissertação	84

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA SAÚDE PÚBLICA.....	21
2.2 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL.....	23
2.3 ESTUDOS DA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL.....	26
3 OBJETIVOS	29
4 PACIENTES E MÉTODOS.....	30
4.1 PACIENTES.....	30
4.1.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	31
4.1.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	31
4.1.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	32
4.2 MÉTODOS.....	36
4.2.1 CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	37
4.2.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5 RESULTADOS.....	42
5.1 COMPLETUDE DOS DADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL.....	42
5.1.1 MATERNIDADE DEREFERÊNCIA.....	42
5.1.2 IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE.....	42
5.1.3 ANTECEDENTES PESSOAIS, FAMILIARES E OBSTÉTRICOS.....	44
5.1.4 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS.....	45
5.1.5 PROCEDIMENTOS OBSTETRÍCOS.....	47
5.1.6 EXAMES LABORATORIAIS	49
5.1.7 SUPLEMENTAÇÃO.....	52
5.1.8 LEGIBILIDADE DOS DADOS.....	53
5.2 AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO CARTÃO.....	53

5.3 SATISFAÇÃO DA GESTANTE COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	56
6 DISCUSSÃO.....	57
6.1 COMPLETUDE DOS DADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL	59
6.2 AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO CARTÃO.....	64
6.3 SATISFAÇÃO DA PUÉRPERA COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	67
7 CONCLUSÃO.....	69
8 BIBLIOGRAFIA.....	70
9 APÊNDICES.....	76
10 ANEXOS.....	82

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é uma relevante infração dos Direitos Humanos, uma vez que em 92% dos casos pode ser evitada (BRASIL, 2007). No Brasil, a razão de mortalidade materna (RMM), em 1990, foi de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos, já em 2010, houve redução para 68 óbitos (BRASIL, 2012). Entretanto, a meta do país para 2015, de acordo com o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), é a de RMM com valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2010).

Em Belo Horizonte, foi realizada a análise da RMM entre os anos de 1998 e 2011, que evidencia oscilação no número de óbitos por 100 mil nascidos vivos. O valor mais baixo da RMM foi em 2004 com 27,4. O valor mais elevado foi verificado em 2003 com 79, seguido pelo ano de 2010, com 74,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No ano de 2011, houve melhora significativa na RMM em relação ao ano anterior, sendo de 42,5 óbitos (BELO HORIZONTE, 2012). Contudo, este último valor ainda é considerado muito elevado segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), que possui como parâmetro aceitável RMM abaixo de 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

A saúde materna e a perinatal têm consolidado avanços desde o século XX. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem instituído e apoiado programas com foco na redução da mortalidade materna e infantil, e na integralidade e humanização do cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

Dentre os programas concebidos pelo MS nas últimas décadas, com foco na saúde materno-infantil, pode-se destacar a criação, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e em 2000, a fundação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que propôs o sistema informatizado de informação – o SISPRENATAL – a humanização, a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal (BRASIL, 1984; BRASIL, 2002). Recentemente, em 2011, o MS propôs a implantação gradativa, no território nacional, da Rede Cegonha, que também visa reduzir os níveis de

mortalidades materna e infantil e aprimorar as redes de atenção, da gravidez até o segundo ano de vida da criança (BRASIL, 2012).

No estado de Minas Gerais, foi lançado em 2003 pela Secretaria de Estado de Saúde, o Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna, o Viva Vida. Essa iniciativa teve como meta, no período de 2007-2010, reduzir 15% das taxas de mortalidade infantil e materna (MINAS GERAIS, 2012).

Conforme Martins (2010), a assistência pré-natal em Belo Horizonte apresentou inadequação em 75,4% dos óbitos perinatais ocorridos no período de 2003 a 2007. Nesse mesmo município, em 2008, houve a fusão de dois comitês de prevenção de mortalidade (materna e infantil) que deram origem ao Comitê de Prevenção de Óbitos BH-VIDA (BELO HORIZONTE 2009). Outra ação presente na capital mineira para melhoria da saúde materna infantil é a adesão ao Projeto Mães de Minas, que dentre as propostas estão o monitoramento por meio de uma central de atendimento telefônico e o incentivo financeiro ao município (BELO HORIZONTE, 2012).

A assistência pré-natal é enfatizada como um importante recurso para redução das taxas de mortalidade materna e perinatal e a qualidade está interligada com os níveis de saúde do binômio mãe-feto, portanto, deve-se detectar precocemente possíveis riscos e desenvolver ações preventivas (ROCHA, 2011). O pré-natal também permite a redução de alguns quadros patológicos que podem prejudicar o processo reprodutivo, como o nascimento com baixo peso, prematuridade e as complicações infecciosas congênitas (CABRAL e PEREIRA, 2009).

Na tentativa de assegurar a qualidade da assistência pré-natal, o MS preconiza captação precoce da gestante até 120 dias de gestação e realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, contempla a relação mínima dos procedimentos clínico-obstétricos e exames laboratoriais necessários, assim como realiza outras ações para garantia do cuidado integral e humanizado durante o ciclo gravídico (BRASIL, 2006).

Durante minha graduação, em estágios na atenção primária, ao participar de grupos e oficinas para gestantes passei a ter mais proximidade e vínculo com esse

perfil de pacientes e, assim, houve interesse crescente na área de atenção pré-natal. Já na atuação como estagiária em maternidades, observei que diversas gestantes portavam o cartão de pré-natal com informações incompletas e/ou ilegíveis, o que comprometia uma assistência de qualidade, gerava repetição desnecessária de exames laboratoriais ou, ainda, gestantes que não tinham posse do cartão de pré-natal no momento do parto.

Diante do exposto e da escassa literatura que aborda a atenção do pré-natal em Belo Horizonte, esta dissertação tem como objetivo principal avaliar a completude dos dados dos cartões de pré-natal apresentados por uma coorte de gestantes admitidas em dois hospitais universitários de Belo Horizonte, conforme rotina prevista pelo MS e o protocolo da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), para gestações de baixo risco, e como objetivo específico avaliar os registros da assistência pré-natal nos cartões, também conforme essa rotina.

Espera-se que os resultados e as conclusões possam fornecer subsídios para aprimoramento do registro de dados no cartão de pré-natal e da aplicação da rotina de pré-natal de baixo risco estabelecida pelo MS e PBH.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Importância do pré-natal na saúde pública

O momento da gestação é especial na vida da mulher e acarreta mudanças psíquicas e fisiológicas. É essencial que a atenção pré-natal e puerperal seja de qualidade e humanizada para acolher a gestante. O acesso ao pré-natal é direito constitucional a toda mulher, e principais objetivos são promover a saúde e o bem estar materno e fetal do pré-natal até os cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (MS) responsabiliza os estados e municípios a organizarem uma rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, como também os processos de referência e contra referência. No que se refere ao pré-natal fica estabelecido: vínculo das unidades que prestam pré-natal com as maternidades/hospitais; garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários; captação precoce de gestantes; atendimento a todas gestantes que buscarem os serviços de saúde; realização dos exames complementares necessários; incentivo ao parto normal; garantia de internação nos casos de demanda excedente; transferência em transporte adequado mediante vaga em outra unidade e garantia de atendimento das intercorrências obstétricas (BRASIL, 2006).

A gestante precisa de acompanhamento adequado para que não haja potencial de transformação da gravidez em situação de risco para o binômio mãe-feto. A realização do pré-natal é uma oportunidade para receber esse acompanhamento, expor sentimentos e esclarecer dúvidas. Entretanto, ressalta-se que os problemas que ocorrem na gestação são também de natureza não-biológica, como as características econômicas e sociais (SILVA, CAETANO, SILVA, 2006).

De acordo com as situações obstétricas e clínicas, o pré-natal deverá realizar a prevenção primária, ao evitar o surgimento da doença secundária quando for preciso minimizar o progresso da doença já existente, e/ou terciária, ao impedir agravamento de doença irreversível em evolução (CABRAL e PEREIRA, 2009).

A realização adequada do pré-natal é capaz de diagnosticar e tratar com baixo custo e facilidade operacional a sífilis em gestantes evitando, também, a sífilis congênita, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia considerada a causa mais frequente de morte materna e perinatal (BRASIL, 2006). Esse acompanhamento garante também a imunização materna e neonatal contra o tétano, evita malformações do tubo neural a partir do uso de ácido fólico e da anemia com o sulfato ferroso, previne Estreptococcia neonatal e possibilita, ainda, investigações quanto a outras infecções e doenças crônicas como a rubéola, hepatite B, toxoplasmose, HIV/Aids, outras DST, diabetes *mellitus*, epilepsia, anemias e carcinomas do aparelho reprodutor feminino (BELO HORIZONTE, 2008).

A literatura revela diversos impactos da assistência pré-natal e estudo expõe que a educação oferecida durante esse período aumenta a possibilidade das gestantes adotarem comportamentos saudáveis em relação à criança e métodos contraceptivos (TURAN e SAY, 2003). A ausência do pré-natal foi associada com nascimentos de recém-nascidos de muito baixo peso e a prematuridade (ARAUJO e TANAKA, 2007). Como mecanismos de diminuição da prevalência de retardo do crescimento intra-uterino, prematuridade, nascimentos com baixo peso e óbitos com causas no período perinatal, sugere-se que as categorias de risco recebam aumento da acessibilidade e do número das consultas de pré-natal (KILSZTANJN *et al.*, 2003).

No Brasil, o motivo primordial dos óbitos de crianças com até um ano tem sido por causas perinatais. 51,2% dos óbitos ocorrem no período neonatal precoce, fato que demonstra a necessidade de avanço qualitativo na assistência oferecida no pré-natal, parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2007). Em Belo Horizonte, a qualidade da assistência pré-natal foi considerada uma das principais causas de mortalidade infantil, também relacionada à qualidade da atenção ofertada no período do parto aos cuidados com o recém-nascido (BELO HORIZONTE, 2012). A melhoria da qualidade do pré-natal é uma importante meta, visto que possibilita a redução dos determinantes da morbimortalidade neonatal (VETTORE *et al.*, 2013).

Embora as taxas de mortalidade infantil e materna no país sejam elevadas, observa-se subnotificação dos óbitos, o que dificulta o real monitoramento de taxa e tendência desses óbitos, ocasionando, assim, baixa visibilidade desse problema

(BRASIL, 2012; BELO HORIZONTE, 2009). Em 2008, por exemplo, Belo Horizonte deixou de informar na Declaração de Óbito (DO) 34,8% dos óbitos maternos ocorridos (BELO HORIZONTE, 2009).

O quarto e o quinto Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, representados respectivamente pela redução da mortalidade na infância e melhoria da saúde materna (BRASIL, 2007), também possibilitam mais divulgação da necessidade de atingir as metas proposta para saúde materno-infantil, sendo o pré-natal um dos componentes que podem impactar positivamente nessas metas.

2.2 Critérios de avaliação da atenção pré-natal

O conceito de avaliação recebe definições variadas. Segundo o Ministério da Saúde trata-se de um julgamento a partir de uma análise do que foi realizado ou do resultado, sendo necessário um parâmetro para comparação (BRASIL, 2010).

Para estimar a qualidade dos serviços de saúde, é proposta por Donabedian (1988) a avaliação da estrutura, do processo e do resultado. Dentre a tríade, é a avaliação do processo que contempla o conteúdo da assistência fornecida, de acordo com padrões técnico-científicos e a busca e utilização dessa assistência pelos pacientes.

Na avaliação do processo da atenção pré-natal, um dos instrumentos utilizados como fonte de dados são os cartões de pré-natal (CARVALHO;NOVAES, 2004; LIMA et al, 2008; CARVALHO; ARAÚJO, 2007; MORAES, ARANA, REICHENHEIMI, 2010; TREVISAN et al, 2002). A avaliação da assistência médica a partir dos registros produzidos pelos profissionais constitui em um tipo de auditoria. Para realização da auditoria é necessária a definição dos critérios que serão considerados como parâmetros (DIAS-DA-COSTA et al, 2000).

Na auditoria dos registros da atenção pré-natal, devido às diferentes recomendações relativas a essa assistência, utiliza-se critérios distintos para comparação. Dentre os critérios para avaliação do pré-natal pode-se destacar:

- a)** As orientações recomendadas pelo MS (sumarizadas no Quadro 1) para atenção pré-natal (BRASIL, 2005)

Quadro 1 – Orientações do Ministério da Saúde para atenção pré-natal

Início das consultas	Primeiro trimestre
Número de consultas/ intervalo	Mínimo de seis (uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º trimestre)
História Clínica	Identificação, características socioeconômicas, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos, sexuais, obstétricos, dados referentes à gravidez atual, avaliar indicação para vacina antitetânica, realização de toque vaginal, exame especular e colpocitologia oncótica
Conteúdo da Consultas	Exame físico completo (inicial), cálculo idade gestacional, peso e IMC, edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação, ausculta de BCF, movimento fetal
Exames laboratoriais e US	1ª consulta: ABO-Rh, Hb/Ht, anti-HIV- um registro; glicemia em jejum, VDRL e urina tipo I - dois registros (repetir próximo a 30ª semana). Onde houver disponibilidade: sorologia para toxoplasmose (IgM), urocultura, US, sorologia para Hepatite B e repetição do anti-HIV
Suplementações	Sulfato ferroso e ácido fólico (ambos a partir da 20ª semana)
Orientações	Relacionadas ao pré-natal, parto, puerpério, aleitamento, cuidados com o RN, hábitos saudáveis, modificações emocionais e corporais
Registros	As informações relativas ao pré-natal deverão constar no prontuário e cartão de pré-natal

Para monitorar e avaliar a assistência prestada no pré-natal e puerpério, o MS disponibiliza por meio do Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) indicadores de processo que abordam percentuais de realização de algumas atividades, como por exemplo, número de consultas, vacinação antitetânica, exames laboratoriais básicos e consulta puerperal (BRASIL, 2005).

b) A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG elaborou um protocolo para atenção pré-natal em que poucos itens se diferem das orientações propostas pelo MS. São eles: medida da glicemia duas horas após 75g de dextrosol próximo a 24^a – 28^a semanas; Coombs quando indicado na primeira consulta e mensalmente a partir da 24^a semana e; utilização de ácido fólico somente até a 12^a semana (BELO HORIZONTE, 2008).

c) Os índices mais encontrados na literatura para avaliação do pré-natal são descritos no Quadro 2 (KOTELCHUCK,1994; ALEXANDER;KOTELCHUCK, 1996). São frequentemente utilizados mediante adaptações, de acordo com a realidade do local de estudo.

Quadro 2 – Índices para avaliação de assistência pré-natal

Indicador	Origem	Ano	Parâmetro	Variáveis	Categorias propostas
KESSNER	Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências da América do Norte	1973	American College of Gynecology and Obstetrics (ACOG)	IG no início do pré-natal Nº de consultas realizadas	Adequada, Intermediária, Inadequada
GINDEX	Alexander & Cornely	1987			Muito Adequada, Adequada, Intermediária, Inadequada, Dados ausentes, pré-natal não realizado
APNCU	Kotelchuck	1987			Muito Adequada, Adequada, Intermediária, Inadequada

d) A partir de uma média entre os índices de Kessner, GINDEX, APNCU e as orientações do MS, Cabral e Pereira propõem uma avaliação da atenção pré-natal de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3 – Avaliação da Atenção Pré-Natal

Avaliação Qualitativa da Atenção Pré-Natal	
Item de Avaliação	Boa Qualidade de Atenção Pré-Natal
Início das consultas	Primeiro trimestre
Número de consultas	Maior que sete
Exame físico (anotado)	Exame físico completo (inicial), exames mensais (pressão arterial, peso materno, manobras de Leopold)
Exames laboratoriais maternos (anotados)	Grupo sanguíneo, fator Rh, Hb/Ht, urina de rotina e urocultura, glicemia de jejum, sorologia para toxoplasmose, VDRL, HIV, hepatite B
Ultrassom	Gravidez com cronologia duvidosa
Rastreamentos realizados	Diabetes gestacional. Infecção genital por beta-hemolítico
Vacinação	Antitetânica
Dieta e suplementações	Suplementação com ferro e orientações para ganho ponderal
Orientações	Amamentação natural, parto vaginal, apoio psicoemocional. Cuidados higiênicos pessoais e neonatais

Fonte: CABRAL; PEREIRA, 2009.

2.3 Estudos da avaliação da atenção pré-natal

As pesquisas de avaliação da atenção pré-natal utilizam metodologias diversas, sendo frequentemente considerado um dos três componentes propostos por Donabedian – estrutura-processo-resultado – seguindo os critérios do MS (COUTINHO *et al.*, 2003; KOFFMAN; BONADIO, 2005, DIAS-DA-COSTA;2000).

Alguns estudos optam pela avaliação do processo, como os realizados por COUTINHO *et al.* (2003), KOFFMAN e BONADIO (2005). Outros abordam dois

componentes, estrutura e processo, (BAULI *et al.*, 2010; PARADA, 2008) como também processo e resultado (GONÇALVES *et al.*, 2008), e ainda há os que consideram a tríade (ROCHA, 2011).

A qualificação e humanização da atenção pré-natal dependem de ações fundamentadas na realidade local, planejamento, programação e acompanhamento dessas ações. A efetivação dessas etapas apresenta relação com a qualidade das informações e com registro adequado dos dados gerados em nível local (BELO HORIZONTE, 2009).

Um dos instrumentos utilizados para coletar dados e gerar informações relevantes da atenção pré-natal ofertada é o SISPRENATAL (BRASIL, 2006). Alguns estudos o utilizam como fonte de dados para traçarem os indicadores de processo preconizados pelo MS. (SERRUYA *et al.*, 2004; NASCIMENTO *et al.*, 2007; GRANGEIRO *et al.*, 2008; ROCHA, 2011).

Os dados disponibilizados no SISPRENATAL revelaram que, no Brasil, o percentual de gestantes que concluíram todas as atividades de pré-natal foi de 2% em 2001 e 4,07% em 2002 (SERRUYA *et al.*, 2004). Em Salvador, no ano de 2002, o valor foi de 5,66% (NASCIMENTO *et al.*, 2007); no interior do Ceará de 2001 a 2004 os resultados encontrados foram 0%, 2,6%, 5,68% e 21,11% respectivamente (GRANGEIRO *et al.*, 2008). Em 2009, no município de Fortaleza, o valor foi de apenas 0,8% (ROCHA, 2011). Os resultados citados demonstram diferenças significativas de acordo com o município, e quando é analisado no mesmo local em tempos distintos, indica-se melhora da assistência prestada com o decorrer do tempo.

O SISPRENATAL, apesar dos benefícios, em estudo realizado por Andreucci *et al* (2011), ao serem comparadas as informações registradas no cartão de pré-natal e no SISPRENATAL, o cartão sempre apresentou mais registros, exceto no registro da primeira consulta de pré-natal.

Na análise do cartão de pré-natal como fonte de dados, considerou-se a presença ou ausência de registros para avaliar a assistência pré-natal ofertada (COUTINHO *et al*, 2003; CARVALHO;NOVAES, 2004; CARVALHO;ARAUJO, 2007). Em relação à qualidade dos registros do pré-natal, alguns autores avaliam a legibilidade (JANDREY, 2005), a completude (NETO, *et al*, 2012) ou ambos (CARVALHO *et al.*, 2004).

Para avaliar a adequação do pré-natal, estudos brasileiros aplicaram o índice de Kessner modificado de acordo com parâmetros do MS. Foi incluído ao índice a avaliação dos registros de procedimentos clínico-obstétricos, exames laboratoriais e vacinação antitetânica, de acordo com as propostas do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Trabalhos com essas variáveis foram realizados nos municípios de Juiz de Fora/MG, Maringá/PR e São Paulo/SP, e em todas essas cidades, os níveis de adequação encontrados foram considerados insatisfatórios pelos autores (COUTINHO *et al.*, 2003; BAULI, *et al.*, 2010; KOFFMAN; BONADIO, 2005).

O índice Adequacy of Prenatal Care Utilization (APNCU ou de Kotelchuck), também é empregado para avaliar o pré-natal. Em Manitoba, Canadá, foi realizada comparação entre os índices APNCU e GINDEX, os resultados de inadequação encontrados foram de 8,3% e 8,9% (HEAMAN *et al.*, 2008).

O índice APNCU também foi utilizado em estudos desenvolvidos no Brasil, e os valores de inadequação encontrados variaram de 24,5% a 71,3%, conforme localidade e alterações propostas na aplicação do índice (COIMBRA *et al.*, 2003; RIBEIRO *et al.*, 2009; MORAES *et al.*, 2010).

Em Belo Horizonte, foi realizada a análise da assistência pré-natal a partir da investigação de óbitos perinatais, e foi detectada inadequação na assistência pré-natal em 75,4% dos casos averiguados entre 2003 e 2007 (MARTINS, 2010). Outros estudos realizados no município, também apontam falha no pré-natal em relação à triagem e à prevenção da toxoplasmose e da transmissão vertical do HIV (CARELLOS *et al.*, 2008; LANA; LIMA, 2010).

Constatam-se em estudos brasileiros, que fatores socioeconômicos, como a baixa escolaridade e baixa renda são fatores de risco para a inadequação do pré-natal (MORAES *et al.*, 2010; RIBEIRO *et al.*, 2009; RASIA;ALBERNAZ, 2008; COIMBRA *et al.*, 2003). É observado, ainda, consenso entre esses autores quanto à insatisfação com a atenção pré-natal ofertada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

- Avaliar a completude dos dados nos cartões de pré-natal apresentados por uma coorte de gestantes admitidas em dois hospitais universitários de Belo Horizonte, conforme rotina prevista pelo Ministério da Saúde e protocolo da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, para gestações de baixo risco.

3.2 Objetivo específico

- Avaliar os registros da assistência pré-natal nos cartões, também conforme essa rotina.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Pacientes

Para avaliar a qualidade dos dados no cartão e a aplicação da rotina prevista na assistência pré-natal em gestantes admitidas em dois hospitais universitários de Belo Horizonte, foram incluídas 214 mulheres admitidas para assistência ao parto nas maternidades do Hospital das Clínicas/UFMG e Hospital Risoleta Tolentino Neves.

O cálculo amostral do estudo foi realizado no programa Epi Info (V.6, STAT CAL, CDC Atlanta). Foi selecionado, para fins estatísticos, o estudo brasileiro realizado por Coimbra (2003), com 2.831 puérperas, em que foi avaliada a inadequação da assistência pré-natal. Considerou-se nível de confiabilidade 95%, poder 80%, e como desfecho a inadequação do pré-natal, com grupo não exposto variando entre 31,5% e 46,7%, e OR entre 2,27 e 3,05. A amostra definida foi de 214 sujeitos.

As participantes foram esclarecidas quanto à pesquisa e convidadas a participar deste estudo. A amostra foi selecionada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir, nos tópicos 4.1.1 e 4.1.2. As participantes que consentiram a participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) No caso de gestantes/puérperas menores de 18 anos, o TCLE foi assinado pelo responsável após concordância de ambos com a participação (Apêndice B).

4.1.1 Critérios de inclusão

- Puérperas que foram admitidas na maternidade para assistência ao parto durante aquela internação;
- Para as puérperas que realizaram acompanhamento pré-natal, classificação da gravidez como de risco habitual durante todo o período do pré-natal¹;
- Acompanhamento do pré-natal em município pertencente à região metropolitana de Belo Horizonte;
- Puérperas residentes na região metropolitana de Belo Horizonte que não realizaram acompanhamento pré-natal;
- Puérperas que realizaram o pré-natal na região metropolitana de Belo Horizonte e não portavam o cartão de pré-natal no momento da internação para assistência ao parto.

4.1.2 Critérios de exclusão

- Não aceitar participar da pesquisa e/ou não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

¹Foi determinado incluir apenas gestações consideradas de baixo risco durante todo o período do pré-natal para evitar vieses, uma vez que foi considerada para análise das variáveis a rotina prevista para assistência pré-natal de baixo risco.

4.1.3 Caracterização da amostra

A amostra foi distribuída conforme as características socioeconômicas e demográficas (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra conforme características socioeconômicas e demográficas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013

Características Maternas	(N = 214)	
	N	%
Cidade de procedência		
Belo Horizonte	149	69,6
Outra (região metropolitana)	65	30,4
Idade (anos)		
< 20	55	25,7
20-34	133	62,1
≥35	26	12,1
Cor		
Branca	47	22,0
Parada-Amarela	119	55,6
Preta	48	22,4
Escolaridade (anos)		
0-4	8	3,7
5-8	84	39,3
≥ 9	122	57,0
Vive com companheiro		
Sim	151	70,6
Não	63	29,4
Trabalho remunerado		
Sim	100	46,7
Não	114	53,3
Renda familiar (em SM)		
Não possui	3	1,4
< 1	9	4,2
1-1,9	96	44,9
2-2,9	89	41,6
≥ 5	12	5,6
Não informado	5	2,3

Na distribuição da amostra, conforme antecedentes obstétricos, foram considerados os números de gestações, partos, abortos e tipo de parto anterior (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição da amostra conforme antecedentes obstétricos.
Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013**

Antecedentes Obstétricos	(N = 214)	
	N	%
Nº de gestações		
0	97	45,3
1	57	26,6
2-4	54	25,2
≥ 5	6	2,8
Nº de partos		
0	111	51,9
1	54	25,2
2-4	45	21,0
≥ 5	4	1,9
Nº de abortos		
0	176	82,2
1	32	15,0
2-4	6	2,8
Tipo de parto anterior*		
Vaginal	87	40,7
Cesárea	12	5,6
Vaginal e cesárea	4	1,9

*Excluídas primigestas e nulíparas (N=111)

A amostra que não realizou o pré-natal, ou o realizou, mas não apresentou o cartão de acompanhamento, foi classificada respectivamente nas categorias “Pré-natal ausente” e “Cartão ausente”. Essas categorias foram incluídas no estudo devido à relevância de identificar a presença deste perfil de gestante na amostra. Essas categorias são indicativas de falha na atenção pré-natal na captação da gestante e na integração das informações do pré-natal ao parto por meio do cartão (Tabela 3 e 4).

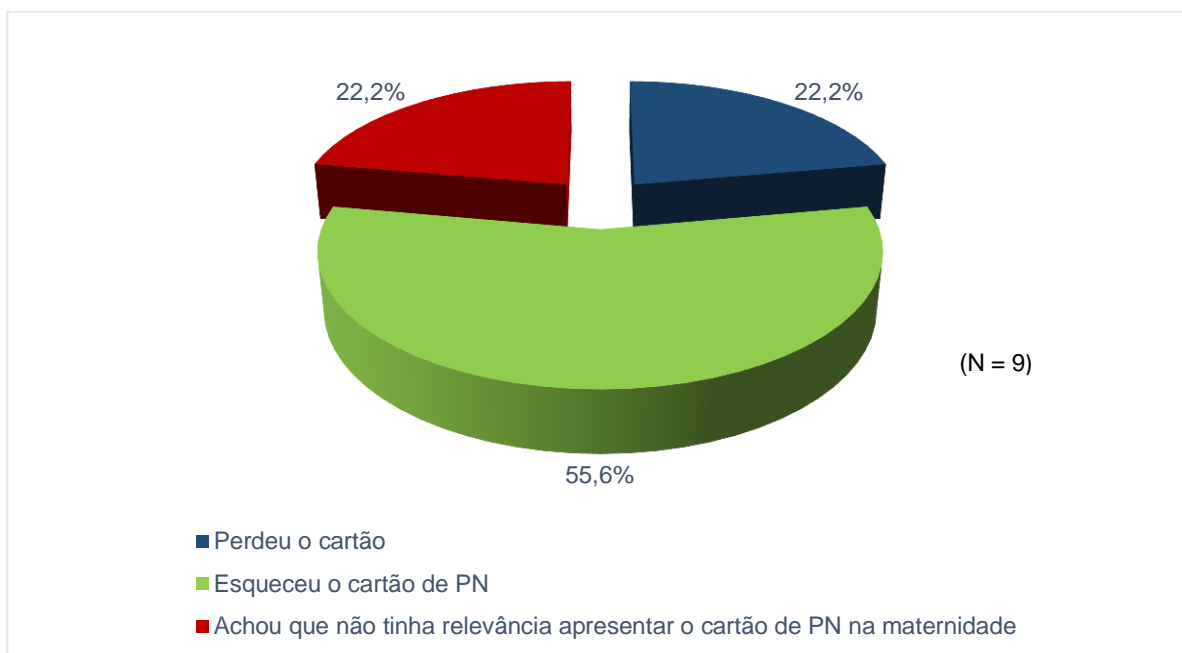
**Tabela 3 – Classificação da amostra conforme categorias propostas.
Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013**

Categoria	(N = 214)	
	N	%
PN ausente	12	5,6
Cartão ausente	9	4,2
PN e cartão presentes	193	90,2

Tabela 4 – Distribuição da amostra conforme motivo relatado pela puerpera, da não realização do pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013

Motivo PN ausente	(N = 12)	
	N	%
Esconder a gravidez	1	8,3
Desconhecer que estava grávida	3	25,0
Negar gravidez	2	16,7
Julgar desnecessário	2	16,7
Dificuldade de acesso ao CS	4	33,3

Gráfico 1 – Distribuição da amostra conforme motivo relatado pela puérpera, de não apresentar cartão de pré-natal no momento da internação para o parto. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013



Para as gestantes que realizaram o pré-natal e portavam o cartão, esse documento foi classificado quanto ao tipo (Tabela 5).

Tabela 5 – Classificação do tipo de cartão de pré-natal apresentado no momento do parto. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013

Tipo de cartão	(N = 185)	
	N	%
Padronizados pelo MS	147	79,5
Impresso do cartão eletrônico PBH	25	13,5
Próprio plano de saúde/particular	13	7,0

4.2 Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de caráter quantitativo, baseado em entrevista por questionário estruturado aplicado às puérperas (Parte I), e auditoria dos cartões de acompanhamento do pré-natal apresentados na maternidade em ocasião da assistência ao parto (Parte II).

Os dados foram coletados pela pesquisadora nas maternidades do Hospital das Clínicas/UFMG e Hospital Risoleta Tolentino Neves, no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013. A abordagem para a coleta de dados não interferiu e não prejudicou a assistência às pacientes, assim como garantiu a privacidade dos sujeitos envolvidos, a fim de evitar possíveis constrangimentos durante a aplicação dos questionários.

O instrumento (Apêndice C) utilizado para a coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores, e é composto por Parte I e Parte II. Esse instrumento é constituído por questões estruturadas, sendo que na Parte I, as entrevistas aplicadas à amostra são a fonte de dados. Foram obtidas informações referentes a: condições socioeconômicas, dados demográficos, antecedentes obstétricos, maternidade informada como referência, realização de procedimentos clínicos no pré-natal (preventivo, exame das mamas e exame odontológico), uso de suplementação na gravidez (sulfato ferroso e ácido fólico), satisfação da gestante com a assistência pré-natal recebida, motivo da não realização do pré-natal e motivo de não apresentar cartão de pré-natal.

Na Parte II, os dados foram coletados no questionário estruturado, conforme auditoria dos cartões de acompanhamento do pré-natal. Foram auditados os registros relativos a: identificação da gestante, maternidade de referência, antecedentes pessoais, familiares e obstétricos, procedimentos clínicos e obstétricos, exames laboratoriais, ultrassonografia, suplementação na gestação (sulfato ferroso e ácido fólico), início do pré-natal e número de consultas realizadas. Os resultados de exames na posse da paciente também foram considerados.

Na etapa de auditoria dos cartões de pré-natal não foram incluídas as gestantes com pré-natal ausente, cartão ausente e os casos em que a gestação não

fosse a termo (37 semanas a 41 semanas e seis dias). Essa definição, como critério de exclusão nas variáveis obtidas a partir do cartão de pré-natal, objetivou evitar vieses. Conforme Coutinho e colaboradores, essa seleção da amostra possibilita maior probabilidade dos cartões de pré-natal informar de maneira mais confiável a assistência realizada, e aumenta a possibilidade de captação e aderência ao pré-natal no decorrer da gestação (COUTINHO, *et al*, 2003). Exclusivamente para cálculo do Índice de Kotelchuck (APNCU), especificado posteriormente, foram coletadas no cartão de pré-natal de gestantes com idade gestacional menor que 37 semanas, informações da idade gestacional (IG) na primeira consulta e total de consultas realizadas.

Para cálculo da IG, foi considerado o registro no cartão, da data da última menstruação (DUM) sem dúvida, ou ultrassonografia (US) preferencialmente realizada no primeiro trimestre, ou ainda a partir de IG registrada em consulta. Nos casos que não havia registro no cartão que possibilitasse o cálculo, foi considerada a IG presente no prontuário médico da maternidade.

Posteriormente, foi realizada a digitação dos dados em banco eletrônico, com dupla entrada, para verificar concordância e possíveis erros de digitação. Utilizou-se o software estatístico SPSS 20 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) no armazenamento e nas análises estatísticas dos dados. O programa Microsoft Excel, também foi utilizado na construção de gráficos.

4.2.1 Critérios para avaliação das variáveis

A auditoria dos cartões de pré-natal envolveu a análise do preenchimento dos campos. Para avaliar a completude, as variáveis foram classificadas em: “sim” (registro presente e completo), “parcial” (registro presente e incompleto) e em “não” (registro ausente). A legibilidade do cartão de pré-natal também foi classificada em: “sim” (todos os registros legíveis), “parcial” (registros parcialmente legíveis) e “não” (todos registros ilegíveis).

Na avaliação dos registros da assistência pré-natal nos cartões, foram analisadas as variáveis: início do pré-natal e número total de consultas, imunização antitetânica, procedimentos clínicos obstétricos e exames laboratoriais.

O Ministério da Saúde instituiu no manual *Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada* (BRASIL, 2006), e no caderno de atenção básica *Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco* (BRASIL, 2012), as ações mínimas que devem ser contempladas na assistência pré-natal em gestantes de baixo risco.

As variáveis referentes ao registro da assistência pré-natal foram avaliadas conforme rotina prevista nessas literaturas. A variável foi considerada adequada quando cumpriu todos os critérios descritos (Quadro 4).

Quadro 4 – Variáveis avaliadas conforme ações preconizadas pelo MS

Variáveis	Critérios de adequação
Início do pré-natal e número de consultas	Início até 16 semanas e número de consultas ≥ 6 .
Imunização antitetânica	Registro de dose imunizante de antitetânica; Registro de pelo menos duas doses de antitetânica, ou dose de reforço, ou registro de gestante imune (gestantes imunizadas, com última dose há menos de cinco anos).
Procedimentos clínicos obstétricos	Presença de registro, classificado como completo ou parcial, das seguintes variáveis: IG, peso, pressão arterial, edema, IMC, altura uterina, BCF, movimentos fetais e apresentação fetal.
Exames laboratoriais básicos e Anti-HIV	ABO-Rh, Hb/Ht, anti- HIV: presença de um registro; Glicemia, VDRL e urina rotina: presença de dois registros.

Os Índices de Kotelchuck (ou APNCU) e de Kessner são frequentemente utilizados na avaliação da atenção pré-natal. Avaliam a adequação do pré-natal baseando-se no mês de início do pré-natal e também na proporção entre o total de consultas realizadas e o número de consultas esperadas de acordo com a idade gestacional no momento do parto. Ambos utilizam como parâmetro o número de consultas instituído pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), que recomenda o mínimo de 11 a 14 consultas de pré-natal, dependendo do mês de início, para gestação de 40 semanas. (KOTELKCHUCK, 1994; ALEXANDER; KOTELCHUCK, 1996).

Utilizados em estudos nacionais e internacionais, optou-se aplicar esses índices nesta pesquisa conforme dados registrados no cartão de pré-natal. Foi aplicado o Índice APNCU original (Quadro 5), e considerando-se a realidade nacional, em que o Ministério da Saúde recomenda para uma gestação a termo, o mínimo de seis consultas, utilizou-se também esses índices modificados por autores brasileiros.

Quadro 5 – Índice de Kotelchuck (APNCU)*

Classificação PN	Critério estabelecido
Inadequado	Início do PN após o 4 ^o mês ou realização abaixo de 50% das consultas esperadas
Intermediário	Início do PN antes ou durante 4 ^o mês e realização de 50 a 79% das consultas esperadas
Adequado	Início do PN antes ou durante o 4 ^o mês e realização de 80 a 109% de consultas esperadas
Intensivo	Início do PN antes ou durante o 4 ^o mês e realização de 110% ou mais das consultas esperadas

*Não incluídas participantes que não realizaram pré-natal, e que não possuíam cartão de pré-natal no momento de internação para o parto.

No Índice APNCU (Kotelchuck) adaptado por Ribeiro e colaboradores (2009), a adequação do pré-natal é classificada em cinco categorias, sendo que se difere do índice original por incluir as gestantes que não realizaram pré-natal na categoria “Pré-natal ausente” e por considerar o número de visitas estabelecidas pelo MS conforme idade gestacional (6 para IG \geq 37 semanas, 5 para 33-36 semanas, 4 para 29-32 semanas, 3 para 24-28 semanas, e 2 para <24 semanas).

O Índice de Kessner adaptado por Takeda (1993) manteve as três categorias do índice original para avaliar o pré-natal: adequado, intermediário e inadequado. Esse indicador também reduziu e padronizou o número de consultas considerado adequado, para igual ou superior a seis e alterou a idade gestacional adequada para início do pré-natal antes de 13 para antes de 20 semanas (Quadro 6).

Quadro 6 – Índice de Kessner adaptado por Takeda*

Classificação PN	Critério estabelecido
Inadequado	Início do PN após 28 semanas ou número de consultas menor que três.
Intermediário	Demais situações
Adequado	Início do PN antes de 20 semanas e número de consultas maior ou igual a seis

*Não incluídas as participantes que não realizaram o pré-natal, que não possuíam cartão de pré-natal e que a idade gestacional era menor que 37 semanas (evitar viés na análise, pois o número de consulta padronizado não varia conforme idade gestacional).

Conforme as categorias e critérios dos índices aplicados, a amostra foi selecionada com o intuito de não gerar vieses nas análises (Quadro 7).

Quadro 7 – Amostra excluída conforme índice aplicado na avaliação da adequação do pré-natal

Índice	Critério de exclusão
APNCU original	PN ausente + cartão ausente
APNCU adaptado	Cartão de PN ausente
Kessner adaptado	PN ausente + cartão ausente + IG < 37 semanas

4.2.2 Aspectos Éticos

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto deste estudo foi submetido à apreciação via Plataforma Brasil, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o nº 81509, CAAE: 03063712.1.0000.5149 (Anexo A).

Todas as gestantes/puérperas participaram voluntariamente desta pesquisa, tendo sido respeitados os princípios para pesquisa em seres humanos. As participantes, após terem sido informadas sobre os objetivos deste estudo e consentirem a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B).

Todos os dados coletados tiveram acesso exclusivo aos pesquisadores, a fim de manter a confidencialidade das informações obtidas.

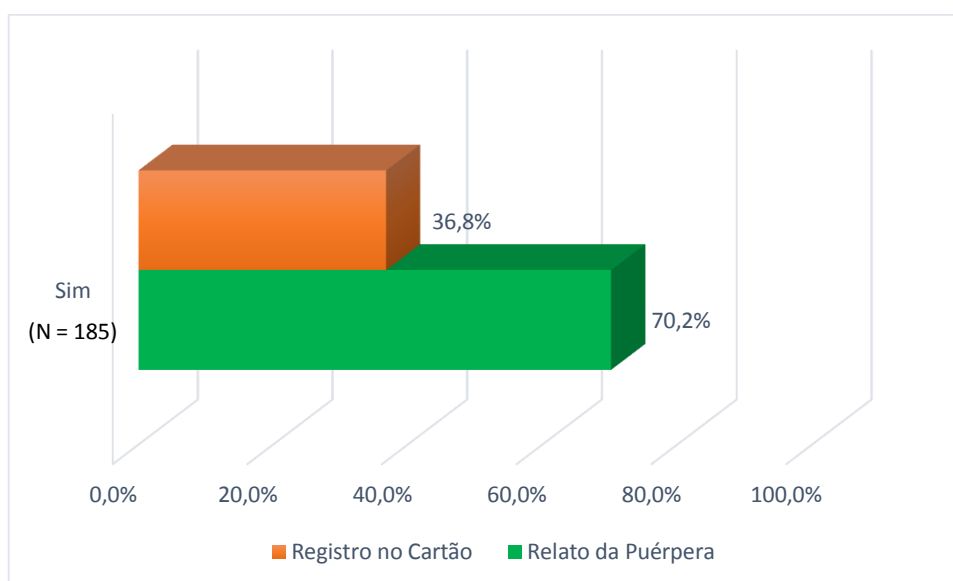
5 RESULTADOS

5.1 Completude dos dados do cartão de pré-natal

5.1.1 Maternidade de referência

Os cartões de pré-natal foram auditados quanto à presença de registro da maternidade de referência para gestante, e em apenas 36,8% dos cartões havia esse registro. As puérperas também foram questionadas sobre a maternidade de referência, e 70,2% afirmaram ter recebido essa informação (Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Maternidade de referência informada às gestantes no pré-natal.
Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013**



5.1.2 Identificação materna

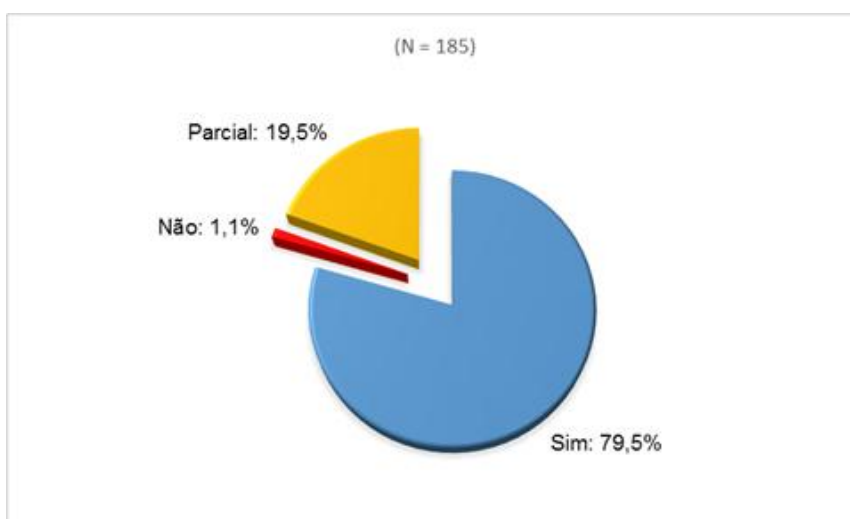
Em relação à identificação materna no cartão de pré-natal, foi avaliada a presença de registro do nome, endereço e/ou telefone e idade materna. Considerou-se registro completo quando havia preenchimento de todas essas informações. Em

79,5% houve completude da identificação, e em 1,1% (n=2) não havia nenhum registro de identificação materna no cartão de pré-natal (Gráfico 3)

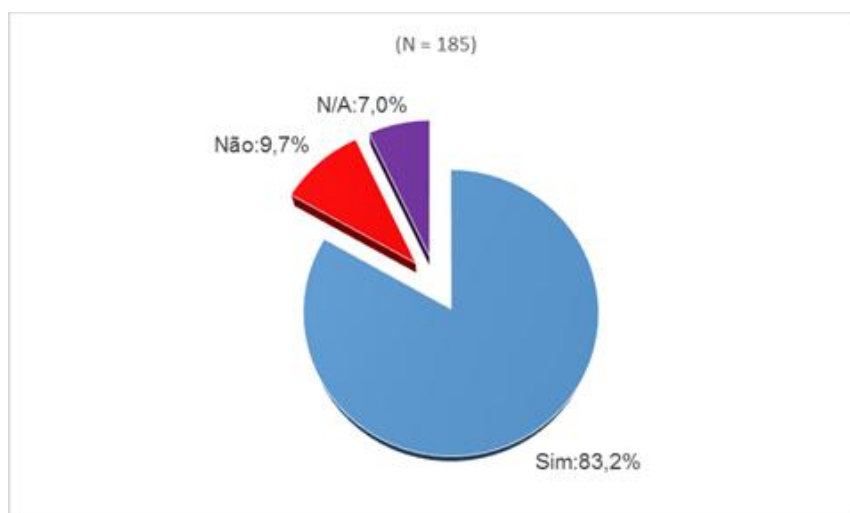
Também foi analisada a completude dos registros do número de cadastro no SISPRENATAL, e em 9,7% não havia registro. As gestantes que não realizaram acompanhamento pré-natal na atenção básica pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), foram consideradas como “não se aplica” para essa variável, representada por 7% (n=13) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Completude dos registros da identificação materna no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013

a) Identificação Materna (nome, endereço e/ou telefone, idade)



b) Identificação Materna (N° SISPRENATAL)



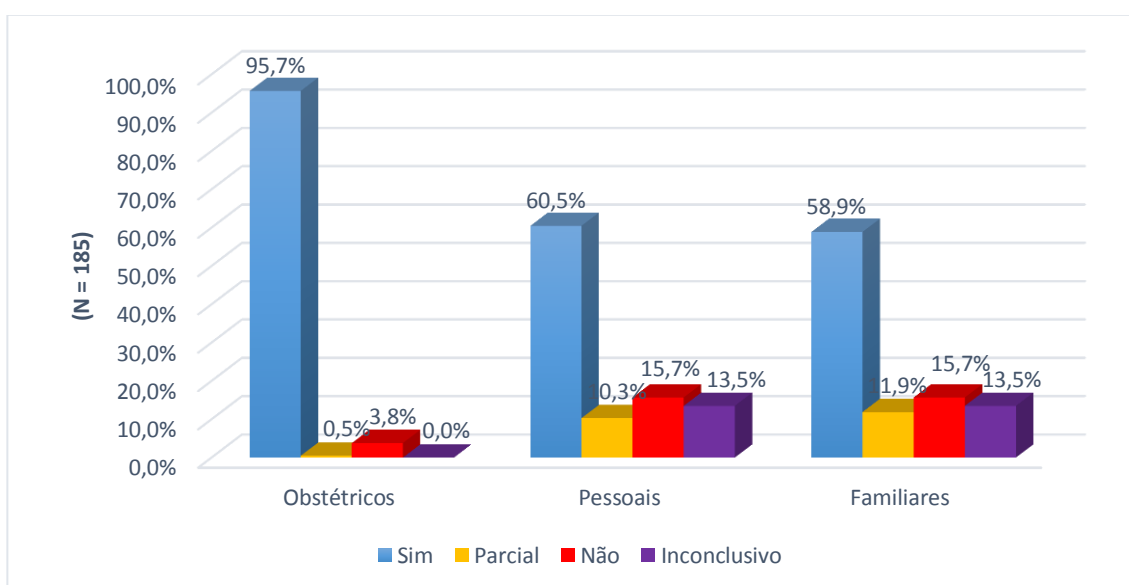
5.1.3 Antecedentes obstétricos, pessoais e familiares

Os registros de antecedentes obstétricos, pessoais e familiares no cartão de pré-natal, foram avaliados conforme padronização do Ministério da Saúde (MS) (antecedentes obstétricos: gestação, parto, aborto, tipo de parto; pessoais: infecção urinária, infertilidade, diabetes, hipertensão arterial, cirurgia pélvica uterina, outros; familiares: diabetes, hipertensão arterial, gemelares, outros).

O Gráfico 4, representa a completude dos registros de antecedentes obstétricos, pessoais e familiares, sendo a completude de 95,7%, 60,5% e 58,9%, respectivamente. Em 29 cartões (15,7%), não havia nenhum registro de antecedentes pessoais e familiares, e em sete (3,8%) nenhum registro de antecedentes obstétricos.

Os cartões de pré-natal, cujo campo de antecedentes pessoais e familiares é de preenchimento eletrônico, foram classificados como “inconclusivo”, pois não foi possível distinguir se o campo não foi preenchido devido ao descuido do profissional ou à ausência de antecedentes/comorbidade (Gráfico 4).

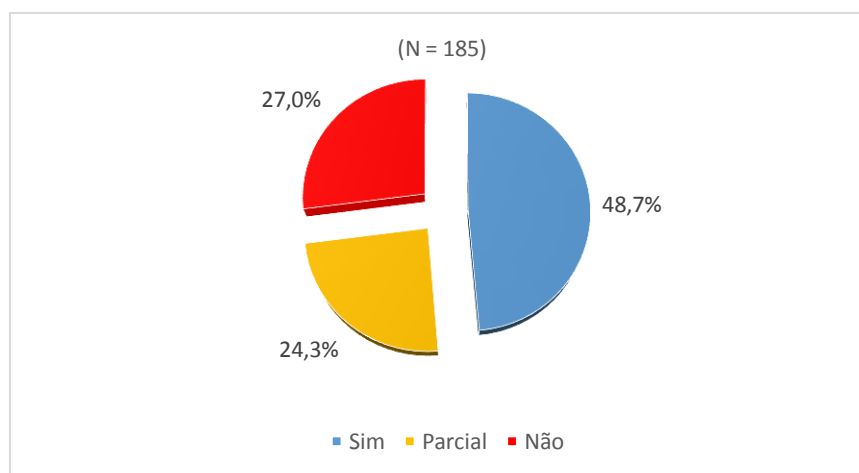
Gráfico 4 – Completude dos registros de antecedentes obstétricos, pessoais e familiares no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013



5.1.4 Procedimentos clínicos

Para avaliação da completude dos registros de dados antropométricos no cartão de pré-natal, foi avaliada a presença de registro de estatura e peso materno anterior. Em apenas 48,7% houve completude destes registros (Gráfico 5).

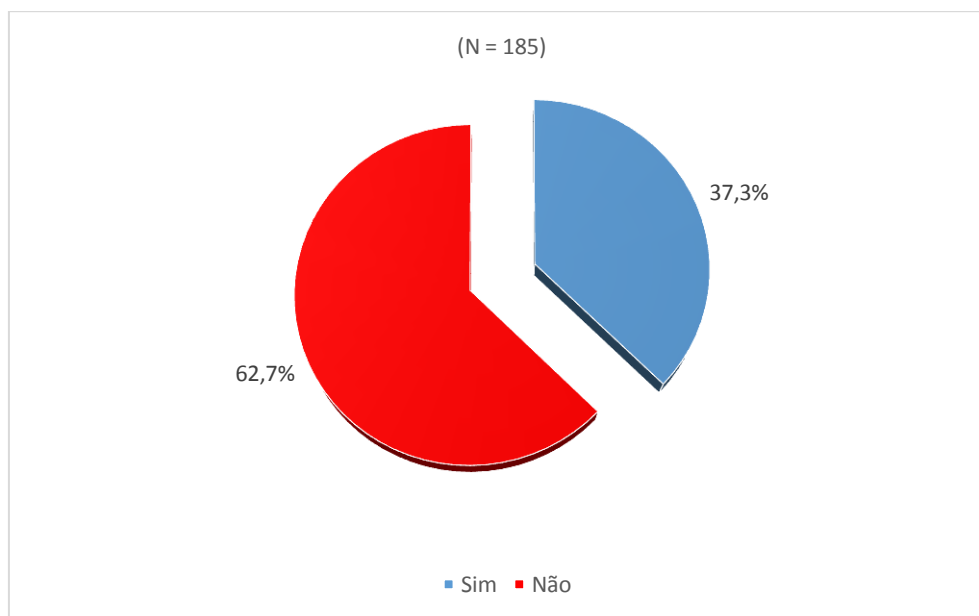
Gráfico 5 – Completude dos registros dos dados antropométricos* no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013



*Considerado: registro de estatura e peso materno anterior

Conforme MS, a gestante é considerada imune quando recebe pelo menos duas doses da vacina antitetânica, última dose imunizante há menos de cinco anos ou ainda dose de reforço há menos de cinco anos. O Gráfico 6, apresenta a completude dos registros de imunização antitetânica materna. De acordo com os registros 62,7% da amostra não estava imune contra o tétano no momento do parto.

**Gráfico 6 – Completude dos registros de imunização antitetânica materna*.
Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013**

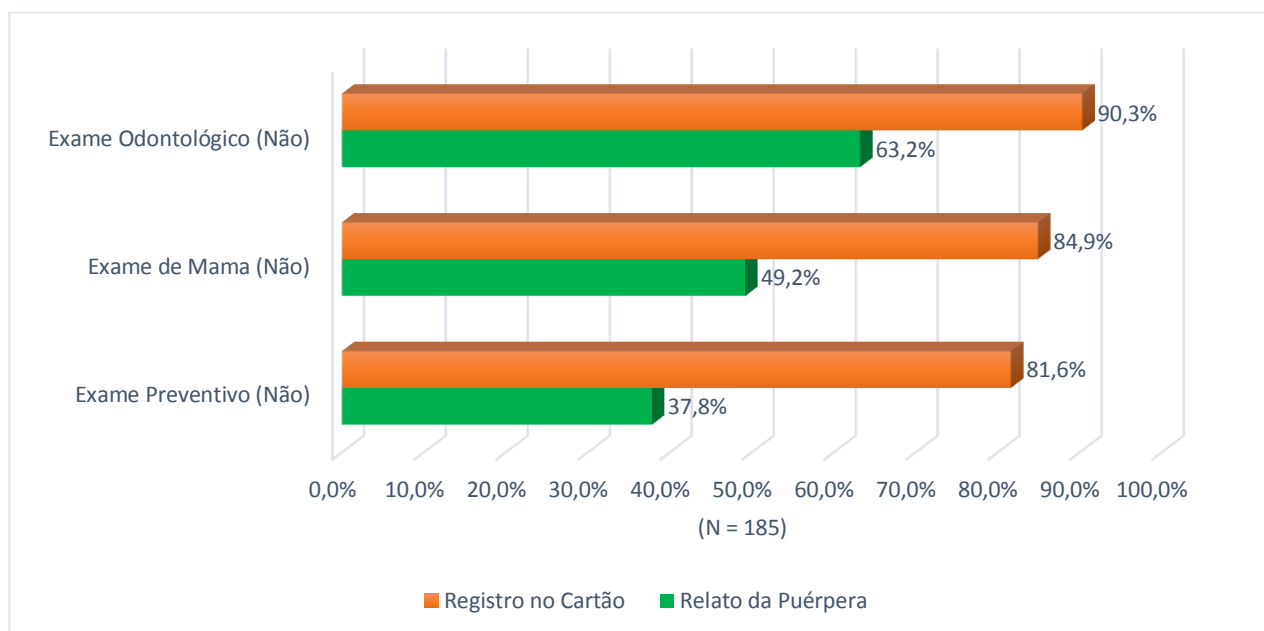


*Considerado: duas ou três doses da vacina, dose de reforço ou registro de gestante imune

Quanto à realização, durante o pré-natal, dos exames odontológico, de mama e preventivo, foi analisado os registros no cartão de pré-natal e questionado às puérperas a sua realização. Não houve registro de exames odontológico, de mama e preventivo em 90,3%, 84,9% e 81,6% respectivamente. Entretanto, as porcentagens de não realização desses exames, conforme relato das puérperas, foi na sequência de 63,2%, 49,2% e 37,8% (Gráfico 7).

Em relação ao exame preventivo, em 5,4% (n=10) havia registro de preventivo atualizado (há \leq 3 anos). E 36,8% (n=68) das puérperas relataram apesar de não terem realizado o exame neste pré-natal, realizara-o há três anos ou menos. Contudo, 37,8% (n=70) nunca haviam realizado o exame preventivo ou o tinham realizado há mais de três anos.

Gráfico 7 – Realização de exames clínicos no pré-natal, conforme completude dos registros no cartão e relato das puérperas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013



5.1.5 Procedimentos obstétricos

Na Tabela 6, apresenta-se a completude dos registros de procedimentos clínicos obstétricos no cartão de pré-natal. Destaca-se maior completude para os registros de idade gestacional (89,2%) seguido dos registros de BCF (87%) e PA (83,2%), e menor completude para os registros de IMC (3,2%), apresentação (10,8%) e edema (18,9%).

Tabela 6 – Completude dos registros de procedimentos clínicos obstétricos no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013

Variável	(N = 185)	
	N	%
Registro de IG em todas as consultas		
Sim	165	89,2
Parcial	17	9,2
Não	3	1,6
Registro de Peso em todas as consultas		
Sim	137	74,1
Parcial	48	25,9
Não	0	0
Registro de PA em todas as consultas		
Sim	154	83,2
Parcial	29	15,7
Não	2	1,1
Registro de Edema em todas as consultas		
Sim	35	18,9
Parcial	47	25,4
Não	103	55,7
Registro de AU em todas as consultas com IG > 12 sem.		
Sim	152	82,2
Parcial	30	16,2
Não	3	1,6
Registro de Apresentação em todas as consultas com IG > 28 sem		
Sim	20	10,8
Parcial	33	17,8
Não	132	71,4
Registro de BCF em todas as consultas com IG > 20 sem.		
Sim	161	87,0
Parcial	24	13,0
Não	0	0
Registro de Mov. Fetal em todas as consultas com IG > 20 sem.		
Sim	148	80,0
Parcial	33	17,8
Não	4	2,2
Registro de IMC em todas as consultas com IG > 20 sem.		
Sim	4	3,2
Parcial	27	14,6
Não	154	83,2

5.1.6 Exames laboratoriais e ultrassonografia

A Tabela 7 se refere à completude dos registros de exames laboratoriais no pré-natal, na primeira consulta e no terceiro trimestre. A completude dos registros na primeira consulta variou de 67,6% a 77,8%, já no terceiro trimestre a completude foi de 20,5% a 46,5%. É relevante citar que nove puérperas não apresentaram resultado de nenhum exame, mesmo tendo realizado pré-natal.

Tabela 7 – Completude dos registros de exames laboratoriais no pré-natal, na 1ª consulta e no 3º trimestre. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013.

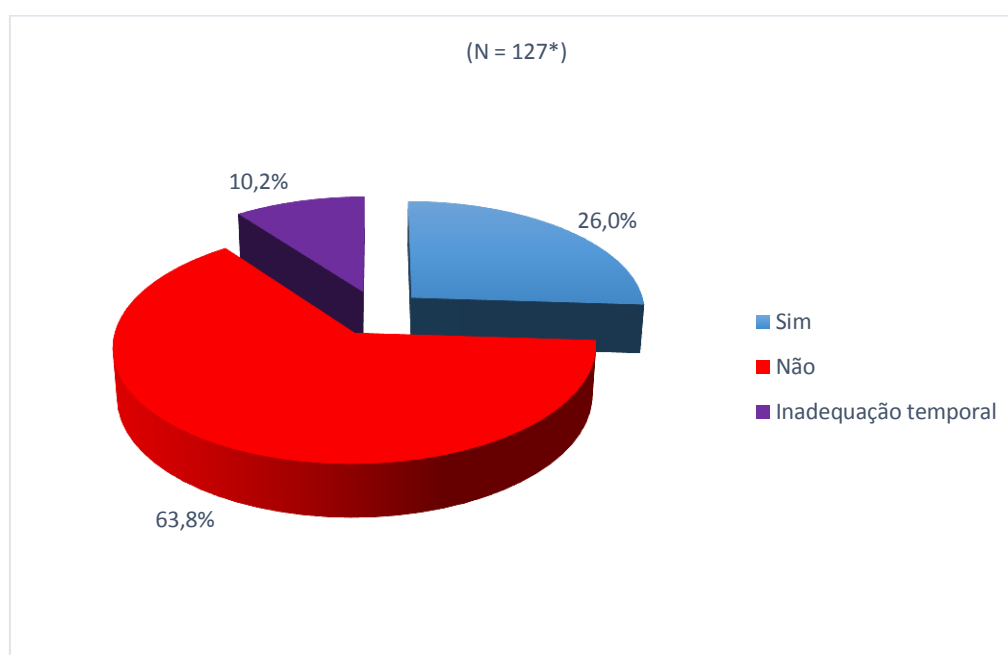
Completude dos Registros de Exames	(N = 185)			
	1ª Consulta		3º Trimestre	
	N	%	N	%
ABO-Rh				
Sim	143	77,3	-	-
Hb/Ht				
Sim	140	75,7	-	-
Glicemia				
Sim	140	75,7	81	43,8
VDRL				
Sim	142	76,8	84	45,4
Urina rotina				
Sim	144	77,8	85	45,9
Urocultura				
Sim	137	74,1	86	46,5
HIV				
Sim	125	67,6	49	26,5
HBsAg				
Sim	132	71,4	38	20,5
Toxoplasmose				
Sim	131	70,8	-	-

O protocolo de pré-natal da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) preconiza a realização do exame GPD para todas as gestantes cuja glicemia de jejum seja menor que 110mg/dl, preferencialmente durante a 24ª-28ª semanas de gestação, e o mais precocemente para as que apresentam resultado acima de 110mg/dl. O MS

estabelece a realização do GPD apenas para gestantes com resultado de glicemia de jejum ≥ 85 mg/dl ou com fator de risco para diabetes.

O Gráfico 8, descreve a completude dos registros do exame GPD realizado entre 24^a–28^a semanas, apenas para as puérperas que realizaram pré-natal no município de Belo Horizonte (n=127), pois o protocolo local preconiza sua realização independente do resultado de outro exame. Conforme o MS a realização desse exame está condicionada ao resultado da glicemia de jejum maior ou igual a 85mg/dl, ou se houver fator de risco (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012).

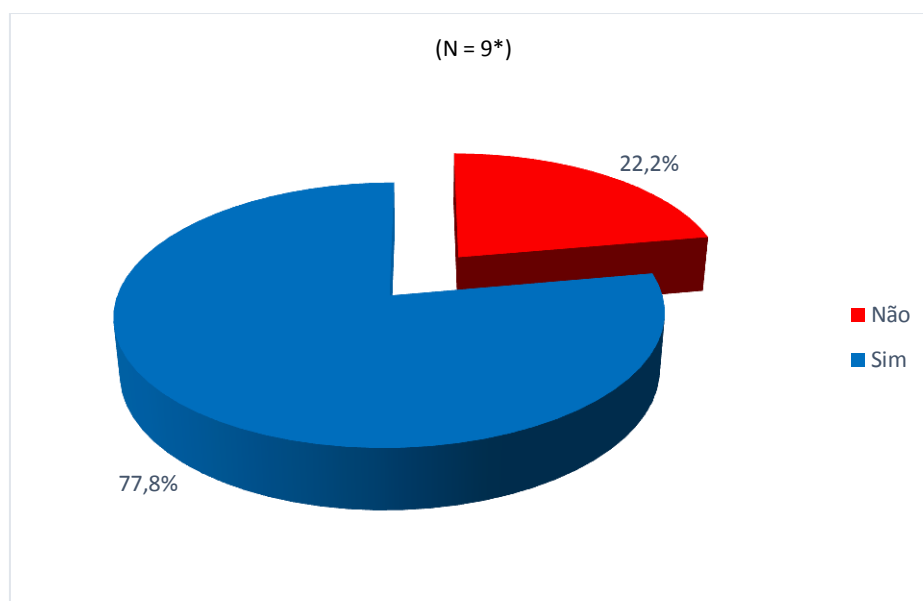
Gráfico 8 – Completude dos registros de exame GPD, realizado entre 24^a-28^a semanas, no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013



*Puérperas que realizaram pré-natal no município de Belo Horizonte

No total da amostra em que foram analisados os registros (n=185), 13 puérperas não apresentavam resultado do fator Rh, e das que apresentavam (n=172), nove eram Rh negativas. Dentre as pacientes Rh negativas 22,2% (n=2) não apresentavam nenhum exame de Coombs indireto.

Gráfico 9 – Completude dos registros de exame Coombs, realizado na 1ª ou 2ª consulta, no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013.



*Puérperas fator Rh negativo

Em relação ao registro de ultrassonografia no cartão de pré-natal, 17,8% da amostra não apresentou nenhum registro e 13% realizou quatro ou mais ultrassonografias. Prevaleceu de dois a três registros desse exame, representando 47% da amostra.

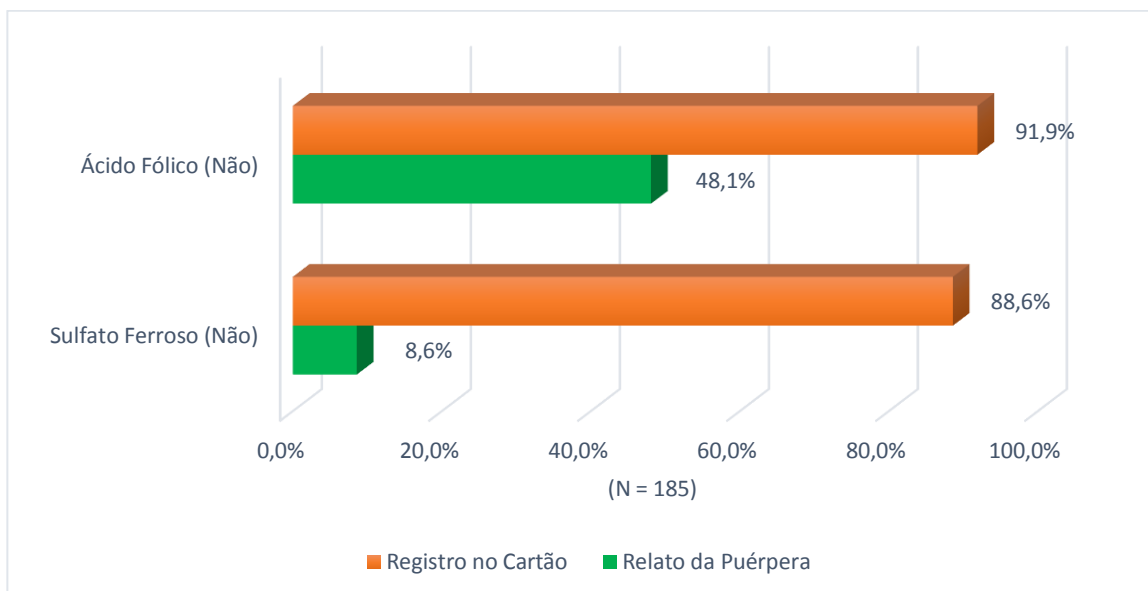
Tabela 8 – Registro de ultrassonografia no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013.

Nº de Ultrassonografias	(N = 185)	
	N	%
0	33	17,8
1	41	22,2
2 a 3	87	47,0
≥ 4	24	13,0

5.1.7 Suplementação

No Gráfico 10, encontra-se os resultados relacionados à suplementação (sulfato ferroso e ácido fólico) no pré-natal, conforme registros no cartão de pré-natal e no relato das puérperas. Nos cartões não houve registro de ácido fólico e sulfato ferroso em 91,9% e 88,6% respectivamente. Todavia, segundo relato das puérperas, essa porcentagem foi, na sequência, de 48,1 % e 8,6% da amostra.

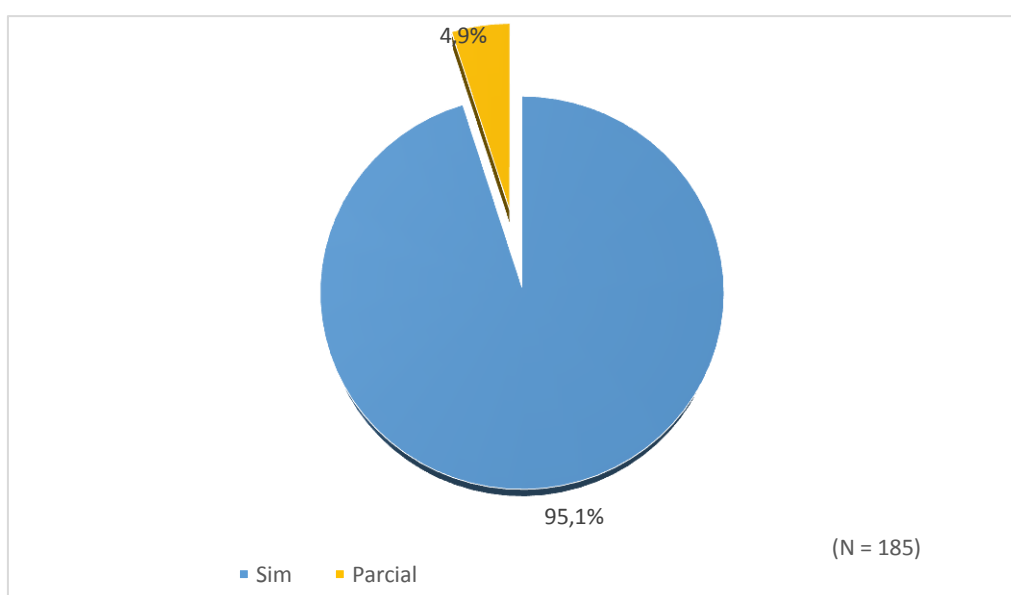
Gráfico 10 – Suplementação no PN conforme completude dos registros do cartão e relato das puérperas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013.



5.1.8 Legibilidade

A legibilidade dos registros do cartão de pré-natal nesta amostra foi de 95,1% (Gráfico 11)

Gráfico 11 – Legibilidade dos registros do cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013



5.2 Avaliação dos registros da assistência pré-natal no cartão

A Tabela 9 apresenta a avaliação dos registros da assistência pré-natal no cartão, conforme rotina prevista em protocolo pelo Ministério da Saúde e pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

O início do pré-natal ocorreu até a 16ª semana e o número de consultas mínimo foi de seis, em 60% da amostra. Já em relação ao registro de imunização antitetânica 37,3% foram consideradas imunes no momento de internação para o parto. Em 4,3% haviam registro de completude total ou parcial para procedimentos obstétricos, e 36,8% possuíam registro dos exames laboratoriais básicos (Tabela 9).

Tabela 9 – Avaliação dos registros no cartão de pré-natal, conforme rotina prevista pelo MS e PBH. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013

Adequação das Variáveis	(N = 185)	
	N	%
Início até 16 semanas e nº de consultas ≥ 6		
Sim	111	60,0
Imunização antitetânica*		
Sim	69	37,3
Procedimentos obstétricos**		
Sim	8	4,3
Exames Laboratoriais básicos***		
Sim	68	36,8

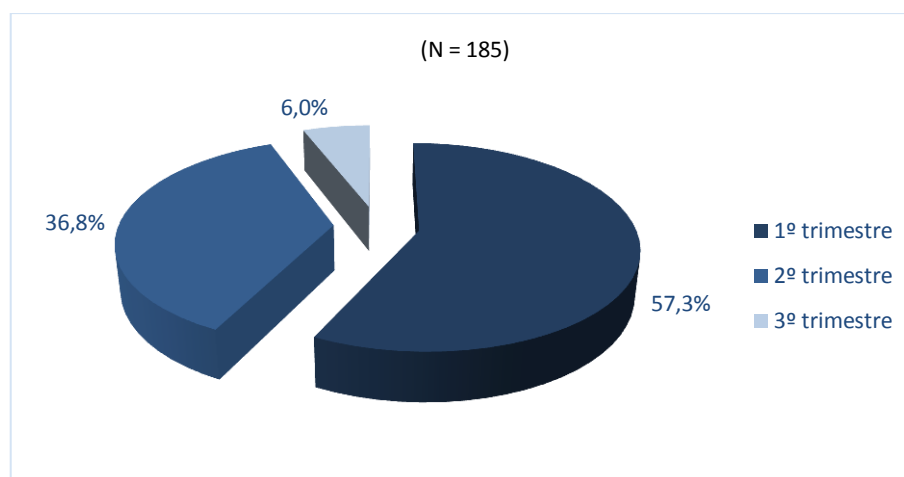
* duas ou três doses da vacina, dose de reforço ou registro de gestante imune

** completude total ou parical dos registros conforme idade gestacional (IG) na consulta: IG, peso, edema, IMC (todas consultas); altura uterina (a partir de 12 semanas); BCF, movimentos fetais (a partir de 20 semanas); apresentação (a partir de 28 semanas)

*** ABO-Rh, Hb/Ht, anti-HIV: um registro; Glicemia de jejum, VDRL, urina rotina: dois registros

A primeira consulta de pré-natal, conforme registros no cartão de pré-natal, ocorreu no primeiro trimestre de gravidez em 57,3% da amostra. Uma porcentagem de 36,8% iniciou o pré-natal no segundo trimestre, e 6% no terceiro trimestre (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Trimestre de início do pré-natal, conforme registros no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013



A menor idade gestacional (IG) de início do pré-natal foi de duas semanas e a maior de 37 semanas. A média da IG na primeira consulta foi de 13,89 e a mediana de 12,00. No entanto, considerando-se a variação de IG de início, o valor da média pode ser influenciado, sendo o valor da mediana, neste caso, o mais indicado (Tabela 10).

A média do número de consultas de pré-natal nesta amostra (N=185) foi de 6,65, e a mediana de 7. O mínimo de consultas realizadas foi de uma, e o máximo de 11. (Tabela 10).

Tabela 10 – Início do pré-natal e número de consultas realizadas, conforme registros no cartão de pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013

Variáveis	Média	Máx – Min	Mediana	Moda
IG na 1ª consulta PN	13,89	37- 2	12,00	9
Nº de consultas PN	6,65	11-1	7,00	7

Os índices de adequação do pré-natal foram aplicados após seleção da amostra, conforme critérios descritos em métodos. No Índice de Kessner adaptado, 34% da amostra analisada obteve classificação desfavorável (intermediária ou inadequada). Já no índice de Kotelkchuck, adaptado e no original, essas porcentagens foram de 35,6% e 76,1% respectivamente (Tabela 11).

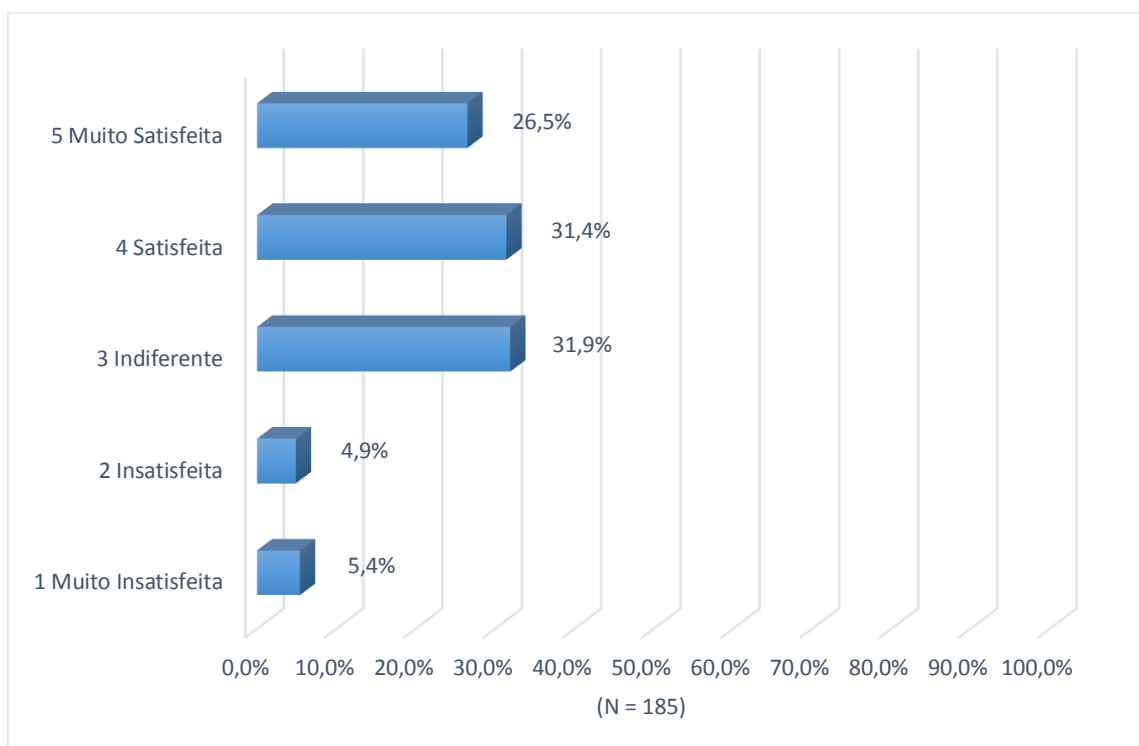
Tabela 11 – Aplicação dos índices de adequação do pré-natal, conforme dados registrados no cartão pré-natal. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013

Classificação	(N = 185)	(N = 205)	(N = 193)
	%	%	%
	Kessner Adaptado	Kotelkchuck Adaptado	Kotelkchuck
Mais que adequado	-	46,8	0
Adequado	65,9	11,7	23,8
Intermediário	24,3	6,8	37,8
Inadequado	9,7	28,8	38,3
PN Ausente	-	5,8	-

5.3 Satisfação da puérpera com a assistência pré-natal

As puérperas que realizaram pré-natal e possuíam cartão foram questionadas, por meio da escala de Likert de 5 pontos, quanto à satisfação com a assistência pré-natal recebida. 57,9% relataram estar “5- Muito satisfeita” ou “4- Satisfeita”, enquanto 10,3% classificaram a satisfação em “2-Insatisfeitas” ou “1- Muito insatisfeitas” (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Satisfação relatada pelas puérperas com a assistência pré-natal recebida. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012–2013



6 DISCUSSÃO

Os dados de pré-natal permitem diagnosticar as intercorrências obstétricas e clínicas das gestantes, assim como direcionam orientações para assistência ao parto. Obter os dados e realizar os procedimentos e exames previstos na gestante é tão importante quanto disponibilizá-los adequadamente no momento da admissão da mulher em trabalho de parto.

O Ministério da Saúde (MS) institui que o fluxo de informações do acompanhamento da gestante entre os serviços de saúde deve ser garantido. Define o cartão da gestante como um dos instrumentos de registro que permite o acompanhamento e a troca de informações da gravidez ao puerpério (BRASIL, 2006).

O cartão de pré-natal deve conter os principais dados do acompanhamento da gestação e deve estar sempre com a gestante (BRASIL, 2006). Recomenda-se que sejam registradas, tanto no prontuário quanto no cartão, todas as consultas de pré-natal, os dados referentes aos procedimentos clínicos obstétricos, as condutas e achados diagnósticos, os resultados dos exames laboratoriais, a identificação da gestante, o número do SISPRENATAL e o hospital de referência para o parto (BRASIL, 2006). Demonstra, portanto, que o cartão de pré-natal se constitui em uma importante ferramenta na integração das informações nos diferentes níveis de atenção à saúde e na continuidade da assistência.

Figura 1 – Integração das informações do pré-natal nos diferentes níveis de atenção à saúde



Ao realizarmos nossa pesquisa, visamos ter informações quanto à completude dos dados disponibilizados nos cartões de pré-natal, em um grupo de gestantes admitidas em dois hospitais pertencentes à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Necessário se faz destacar que as pacientes que compõe esta amostra (N=214) constituem uma população de condições socioeconômicas específicas, basicamente com atendimento pré-natal realizado em unidades básicas de saúde da rede pública da região metropolitana de Belo Horizonte.

Utilizamos como critério para avaliar a completude dos dados, o registro de informações básicas no cartão de pré-natal. Além dessa avaliação objetiva incluímos perguntas às pacientes, que poderiam auxiliar na obtenção de dados não preenchidos e resultados de exames na posse da paciente.

Em relação à realização ou não dos procedimentos e exames previstos, consideramos a efetiva realização quando registrados, e quando não houvesse registro referente a alguma assistência, possivelmente esta não teria sido realizada. Esse critério para auditoria do cartão de pré-natal também foi aplicado em outros estudos (COUTINHO *et al.*, 2003; CARVALHO; NOVAES, 2004; CARVALHO; ARAUJO, 2007).

Ainda que este método apresente limitação devido à possibilidade de subregistro, pode ser considerado uma fonte fidedigna de informações relativas ao acompanhamento do pré-natal, quando comparada a outras fontes de dados como, por exemplo, o SISPRENATAL (ANDREUCCI *et al.*, 2011).

Optou-se abordar as puérperas quanto à realização de procedimentos clínicos (exame de mama, preventivo e odontológico) de fácil percepção por parte da paciente, devido ao caráter mais invasivo e íntimo, e também questionar o uso de suplementos (sulfato ferroso e ácido fólico). A seleção desses questionamentos pressupôs menos possibilidade de viés de recordação por parte da paciente, e independência do nível de escolaridade e conhecimento clínico.

6.1 Completude dos dados do cartão de pré-natal

Os registros da assistência pré-natal nos cartões foram avaliados conforme rotina prevista pelo Ministério da Saúde e protocolo de pré-natal do município de Belo Horizonte, para gestações de baixo risco.

Os resultados evidenciaram completude de dados variando entre 79,5% (dados de identificação) a 95,7% (dados obstétricos). Alguns aspectos, no entanto, chamam atenção do baixo nível de preenchimento. Destes, destacam-se as informações relativas à vacinação antitetânica e a realização dos exames de mama, preventivo da cervix uterina e odontológico.

O registro no cartão de pré-natal de gestante imunizada com vacina antitetânica foi de apenas 37,3%. Considerou-se aplicação da vacina antitetânica pelo menos até a dose imunizante (segunda), dose de reforço para mulheres imunizadas há mais de cinco anos ou registro de vacina atualizada. Em estudo de Mattos *et al* (2008), nas gestantes vacinadas adequadamente contra o tétano constatou-se em 95% dos recém-nascidos nível de antitoxina tetânica presente no sangue do cordão umbilical, suficiente para prevenir o tétano umbilical por até 15 dias. A vacina antitetânica é, portanto, uma importante medida para prevenção da mortalidade neonatal.

A cobertura de imunização antitetânica apresentada em outras pesquisas brasileiras mostra-se superior ao do presente estudo. Carvalho e Novaes (2004) encontraram registro de gestante imune em 81,4%. Valores aproximados foram descritos por Dias-da-Costa *et al* (2000) – 80% – e Siqueira (2011) – 75,5%. Já Coutinho *et al* (2003) evidenciaram 42,4% de registro. Resultado de cobertura inferior ao do presente estudo foi citado por Parada (2008), sendo de 31,4%.

Em relação ao exame de mamas, houve registro em 15,8% dos cartões, contudo, 50,8% das puérperas relataram terem realizado o exame no pré-natal. Quando comparado aos resultados de Dias-da-Costa *et al* (2000), em que identificaram registro do exame de mamas em 78,7%, os resultados do nosso estudo foram inferiores. No entanto, quando comparados os resultados com estudos realizados a partir do relato das puérperas, o resultado deste estudo foi semelhante

ou superior. Rasia e Albenaz (2008) constataram, conforme relato, a realização do exame de mamas em 52,6%, enquanto GONÇALVES *et al* (2008) em 37,5%.

A realização do pré-natal também representa uma ótima ocasião para captação das mulheres em idade fértil para prevenção do câncer do colo uterino. O MS recomenda a realização como rotina anualmente, e após dois exames normais, a cada três anos (BRASIL, 2012). Todavia, 70 puérperas (37,8%) que realizaram pré-natal relataram que nunca tinham realizado o exame citopatológico ou que este já estava desatualizado (realizado há três anos ou mais). Havia registro no cartão de pré-natal de preventivo atualizado em somente 18,4% da amostra, sendo 13% realizado no último pré-natal e os demais há três anos ou menos.

O rastreio precoce é o método mais importante para controle do carcinoma cervical e deve abranger todas as mulheres, principalmente as mais vulneráveis. Pode-se, assim, contribuir para redução da mortalidade por essa patologia, com alto percentual de cura quando diagnosticada em estágio inicial (GONÇALVES *et al*, 2009). Outros autores verificaram resultados mais positivos dos que encontrados neste estudo, em que os registros de realização do preventivo foram de 69,3% (Dias-da-Costa *et al*, 2000) e 36,1% (PARADA, 2008).

De acordo com relato das puérperas foram identificados valores menores, 33,6% (GONÇALVES *et al*, 2009) e 31,5 % (RASIA; ALBENAZ, 2008), fato inverso ao encontrado nesta pesquisa, em que maiores porcentagens foram verificadas nos relatos das puérperas.

Estudo realizado em Recife/PE, também indicou maior porcentagem de informe verbal do que de registro no cartão de pré-natal em relação aos exames de mamas e preventivo. Quanto à realização do exame de mama, as porcentagens foram de 74,4% e 27,1% respectivamente, e do exame preventivo, houve relato em 77,9%, e registro somente em 29,4% dos cartões (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

Os dados relativos à realização do exame odontológico também apresentaram baixa completude. Havia registro em 9,7% dos cartões, e 36,8% das puérperas relataram ter realizado exame odontológico no pré-natal. Neto *et al*

(2012) verificou baixa completude de registro do exame odontológico no pré-natal, apenas 6%.

Durante a gestação, alterações no pH salivar podem aumentar o desenvolvimento bacteriano somado à dieta e higiene bucal insatisfatórios, podem predispor a gestante à cárie dentária (LAINE, 2002). Os protocolos do MS e da PBH estabelece a avaliação odontológica como rotina para todas as gestantes (BRASIL, 2012; BELO HORIZONTE, 2008).

Estudo realizado por Siqueira (2011), em uma Unidade Básica de Saúde em Santos/SP, identificou que não havia no serviço o encaminhamento de rotina da gestante para avaliação odontológica. Outros autores também detectaram recursos humanos escassos na cidade de Pelotas, Sul do Brasil, para cobertura da assistência odontológica a todas as gestantes (SILVEIRA; SANTOS; DIAS DA COSTA, 2001).

Na análise dos procedimentos obstétricos de rotina, os registros de IG, peso, PA, edema, AU, apresentação fetal, BCF, IMC e movimentos fetais apresentam completude variando de 3,2% a 89,2%. O procedimento registrado com maior frequência foi a idade gestacional (IG), com completude total em 89,2% e parcial em 9,2%. Importante ressaltar que não houve nenhum registro de apresentação fetal em 71,4%, e o registro foi parcial em 17,8%.

A identificação da apresentação fetal no último trimestre da gravidez é relevante na decisão do tipo de parto e na precisão das condutas no trabalho de parto (COUTINHO *et al*, 2003). Siqueira (2011) e os autores, Koffman e Bonadio (2005) identificaram registro de apresentação fetal em 50,7% e 97,5%, resultados superiores ao deste estudo.

Ainda mais grave do que a inexistência de dados é a não realização de determinados exames fundamentais para a saúde da gestante e do neonato. Exemplifica essa situação os resultados dos exames de rastreamento de transmissão vertical (VDRL, HIV, HbsAg) no último trimestre gestacional, nos quais em torno de 70% das pacientes não os tem realizado ou informado.

Maior porcentagem de exames laboratoriais na primeira rotina, em comparação ao terceiro trimestre de gravidez, também foi evidenciado em outros

estudos (PARADA, 2008; DOMINGUES *et al*, 2012, SIQUEIRA, 2011). Em relação aos exames realizados no início da gestação, os resultados deste estudo foram inferiores aos encontrados por Domingues *et al* (2012), exceto pelo registro de urina rotina, em que se observaram 77,8% e 65,0%.

Quanto à sorologia para hepatite B (HbsAg), houve registro no início da gravidez em 71,4% e em 20,5% no terceiro trimestre. O MS e o protocolo da PBH preconizam a realização de uma sorologia para hepatite B e preferencialmente próxima a 30^a semana de gestação (BRASIL, 2006; BELO HORIZONTE 2008). Contudo, em protocolo mais recente do MS publicado em 2012, é preconizada a solicitação de sorologia para hepatite B na primeira consulta, pois caso o resultado seja negativo e não haja vacinação prévia da gestante contra hepatite B, esta vacina estará indicada (BRASIL, 2012). A realização reduzida desse exame na segunda rotina, também foi verificada por Siqueira (2011), cuja porcentagem foi de 22,1%, semelhante à deste estudo.

Sabemos que dessas informações dependem em grande parte, a definição da via de parto e as medidas importantes a serem realizadas na vida neonatal. Outras situações menos graves também estão presentes no cartão de pré-natal como, por exemplo, a realização do rastreamento do diabetes gestacional, ausente em 63,8% das pacientes.

No que se refere à realização de ultrassonografia (US), esta não é considerada rotina obrigatória no pré-natal. Apesar das vantagens quando disponível e indicada, a não realização não constitui omissão e não diminui a qualidade do pré-natal (BRASIL, 2006). A completude de registros no cartão de US foi de 82,2% sendo que 60% realizaram duas ou mais US. Quando comparada a completude de US com a de outros registros considerados fundamentais e obrigatórios, (exame de mama, preventivo, exame VDRL, Anti-HIV) observa-se mais valorização da ultrassonografia obstétrica neste e em outros estudos brasileiros (COUTINHO *et al*, 2003; GONÇALVES *et al*, 2009).

Outra questão não valorizada no pré-natal desta amostra foi o registro do uso de suplementação na gravidez. A prevalência de anemia nas gestantes brasileiras é de aproximadamente 30%, sendo considerado um importante fator relacionado ao baixo peso ao nascer, à mortalidade materna e ao déficit cognitivo em crianças

(BRASIL, 2005). O uso periconcepcional de ácido fólico até o período de embriogênese (12 semanas) previne defeitos congênitos do tubo neural (CABRAL, CABRAL, BRANDÃO, 2011).

O presente estudo analisou a completude de registros e o relato das puérperas quanto ao uso de suplementação. A completude de registros de sulfato ferroso e ácido fólico foi de apenas 11,4% e 8,1% respectivamente. Enquanto que, por relato, 91,4% das puérperas fizeram uso de sulfato ferroso e 51,9% de ácido fólico. Resultados semelhantes foram apontados por Barreto e Albuquerque (2012), em que os registros de uso de sulfato ferroso e ácido fólico foram encontrados em 14,1% e 7,6% dos cartões, e por informe verbal, na sequência, em 88,2% e 54,6%.

A não informação de dados, como aqueles sinalizados em nosso estudo, infelizmente evidenciam um descuido com a atenção à saúde da gestante e neonato, criando uma dificuldade adicional para as equipes obstétricas responsáveis pelo atendimento a parturiente.

Um dos fatores desencadeantes dessa situação decorre da forma com que os dados obtidos durante a assistência pré-natal são registrados e disponibilizados, podendo ainda ser considerado primitivo e precário a existência desses dados exclusivamente em cartão na posse da gestante.

Algumas tentativas de informatização do cartão de pré-natal estão em andamento e deve-se tornar rotina em breve, resolvendo, de vez, problemas como perda do cartão, destruição parcial do cartão e esquecimento do cartão pela gestante ao se direcionarem a maternidade por ocasião do parto. Experiências semelhantes já pretendem ser implantadas no país, como no Paraná, por meio de um sistema de apoio ao acompanhamento da gestante (ICKERT, BIERNASKI, PECHNICKI, 2011).

Imagina-se como ideal, o dia em que todo registro realizado na atenção pré-natal, na região metropolitana de Belo Horizonte, estiver interligado numa rede formada pelos centros de saúde (assistência pré-natal) e as maternidades de referência. Dessa forma, espera-se que os dados coletados nas diversas consultas de pré-natal fiquem disponibilizados online no momento da internação da gestante

para assistência ao parto e o número de registro para obtenção dos dados poderia ser o mesmo de registro no SISPRENATAL.

Para George e Bernstein (2009), é necessário mais estudos, especificamente na área de obstetrícia, sobre os registros médicos eletrônicos. Os autores descrevem ainda a implantação do registro de pré-natal eletrônico como ferramenta que pode possibilitar a melhora da assistência e da troca de informações, com consequente redução de custos. (George e Bernstein, 2009). Mendes (2007) também cita a importância de um sistema de informação que permita a integração de dados em diferentes serviços de saúde.

6.2 Avaliação dos registros da assistência pré-natal no cartão

O Ministério da Saúde preconiza que o pré-natal seja iniciado precocemente, seja regular e garanta todas as avaliações estabelecidas, assim como o preenchimento dos impressos envolvidos nessa assistência, inclusive o cartão de pré-natal (BRASIL, 2012). É atribuição de todos os profissionais de saúde realizar a captação precoce da gestante, priorizando-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BELO HORIZONTE, 2008).

Neste estudo, o início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação ocorreu em 57,3%, proporção semelhante encontrada por Vettore *et al* (2013) no município do Rio de Janeiro, cujo valor foi de 59,3%. Porcentagens mais elevadas foram descritas no Rio Grande - RS, Sul do Brasil, sendo de 75,9% e em Botucatu/SP de 83,6% (ZACHI *et al*, 2013; PARADA, 2008).

A mediana da idade gestacional, no início do pré-natal foi de 12 semanas, sendo o menor valor de 2 e o maior de 37 semanas. Conforme Domingues *et al* (2012), os valores descritos se assemelham aos deste estudo, com mediana de 12 semanas no início do pré-natal, variando de 4 a 39 semanas. Observa-se nos dois estudos, a presença de início do pré-natal extremamente tardio (37 e 39 semanas).

O número de consultas de pré-natal variou de uma a 11 consultas, sendo a média de 6,65 e mediana de 7 consultas. Estudo realizado no município de Belo

Horizonte, em 2005 em que foi avaliada a triagem para toxoplasmose no pré-natal, o número de consultas variou de uma a 14 e média de consultas foi 7 (CARRELOS, ANDRADE, AGUIAR, 2008). Com relação ao início até 16 semanas de gestação e a realização de no mínimo 6 consultas, o resultado encontrado nesse estudo foi de 60%.

O início precoce do pré-natal, assim como a continuidade requerem vínculos entre os profissionais de saúde e a gestante, e qualidade técnica da atenção ofertada (BRASIL, 2006). O número adequado de consultas e início precoce são fatores que permitem, mas não garantem uma boa assistência pré-natal (LIMA, COSTA, COSTA, 2008).

Quando avaliado a completude parcial ou total dos procedimentos obstétricos registrados no cartão de pré-natal, obtivemos apenas 4,3% de adequação. Observa-se mais incompletude de dados relativos à presença de edema, que apresentou 55,7% sem registro, seguida do registro de apresentação fetal, ausente em 71,4% e IMC sem nenhum registro em 83,2%. Siqueira (2011) e Coutinho *et al* (2003) verificaram ausência de registro de edema em 63,9% e 28,4% respectivamente, e sem registro para apresentação fetal em 49,3% e 54,3%. Sobre a avaliação de IMC, foram identificados ausência de registros no gráfico da curva de IMC em 99,7% (SIQUEIRA, 2011).

Com relação aos exames laboratoriais básicos no pré-natal, conforme registros houve adequação em apenas 36,8%. Quando avaliados isoladamente, observa-se maior inadequação na realização da segunda rotina. Contudo, o resultado foi superior ao indicado por Domingues *et al* (2012), com adequação de 19,3%, e por Parada (2008), com porcentagem de 13% para realização de todos os exames laboratoriais básicos.

Diante dos resultados, observa-se falha seja na realização ou no registro de informações relevantes para acompanhamento da gravidez. Essas situações resultam em uma avaliação desfavorável na assistência pré-natal, quando utilizados métodos objetivos de análise quantitativa da assistência pré-natal.

Foram utilizados dois escores já reconhecidos na literatura mundial para verificação da adequação da assistência pré-natal (Índice de Kessner e Kotelkchuck-

APNCU). Em ambos, seja pela inadequação da completude ou pela deficiência do comprimento dos protocolos, encontramos entre 9,7% e 38,8% de inadequação do pré-natal no grupo estudado. Considerando-se agrupamento das avaliações desfavoráveis, (pré-natal inadequado e em nível intermediário) os níveis variam de 34% para o índice de Kessner adaptado a 76,1% aplicando-se o índice de Kotelkchuck- APNCU.

O índice de Kessner, adaptado por Takeda (1993), também foi aplicado em outros estudos brasileiros. No município de São Paulo, a adequação do pré-natal conforme o índice foi de 38,4% (KOFFMAN; BONADIO, 2005), em Pelotas/RS, no ano de 1998, de 37% (SILVEIRA *et al*, 2001) e em Goiânia/GO de 35% (COSTA *et al*, 2013). Esses resultados foram inferiores ao nível de adequação encontrado neste estudo, 65,9%. Resultado mais semelhante a este estudo foi identificado por Bauli *et al* (2010) com adequação de 59% e por Siqueira (2011), com adequação de 56,6%. Valor de adequação superior foi detectado por HALPERN *et al* (1998), sendo de 82,7% o nível de adequação do pré-natal.

Quanto ao nível de adequação utilizando-se o índice de Kotelkchuck adaptado, 58,5% foi classificado como “adequado” ou “intensivo”, e 41,4% obtiveram avaliação desfavorável (nível intermediário, inadequado e pré-natal ausente). Estudo realizado em Aracaju/SE com esse mesmo índice apresentou adequação de 66,1%, resultado superior ao deste estudo (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Em nosso estudo, a inadequação do pré-natal com o índice de Kotelkchuck foi de 38,3%, somando-se com o nível intermediário, totaliza 76,1% de avaliação desfavorável, e não houve nenhum caso classificado como “intensivo”. Estes percentuais podem ser justificados em parte, pelo número de consultas padronizado como adequado para este índice, pois este número é definido conforme a ACOG, a qual estabelece um número mínimo de consultas superior ao proposto pelo MS.

No âmbito internacional, esse índice foi utilizado na Virginia, EUA, e o valor de inadequação foi de 9,6% (CHA, 2010). Em Manitoba, Canadá, o nível de inadequação foi semelhante ao encontrado nos EUA, 8,3% (HEAMAN *et al.*, 2008), valores de inadequação inferiores ao deste estudo.

Em relação a outros estudos brasileiros que aplicaram o índice de Kotelkchuck, os resultados desfavoráveis encontrados também foram inferiores ao deste estudo. Em São Luiz/MA, a inadequação considerada foi de 49,2% (COIMBRA

et al., 2003), e em João Pessoa/PB 67,2%. Na região Sudeste, em Campinas/SP a soma dos níveis “inadequado” e “intermediário” representou 49,2% (ALMEIDA; BARROS, 2005) e no Rio de Janeiro/RJ, 23,2% (VETTORE *et al.*, 2013). Os valores encontrados nos estudos brasileiros em comparação aos internacionais confirmam a variação da qualidade do pré-natal de acordo com a condição socioeconômica e o desenvolvimento do país.

Quando sinalizamos que o pré-natal foi inadequado pela análise dos dados disponíveis no cartão, estamos sinalizando que houve esforços desnecessários na realização das consultas e no acompanhamento das gestantes, resultando em perda financeira e de tempo para as pacientes e toda comunidade envolvida nessa assistência.

6.3 Satisfação da puérpera com a assistência pré-natal

Finalmente, temos que destacar que houve por parte das gestantes uma sensação de satisfação com a assistência pré-natal recebida, sendo que mais de 50% das pacientes relataram, por meio da escala de Likert de 5 pontos, terem ficado “5-muito satisfeitas” ou “4-satisfeitas” com a assistência pré-natal ofertada.

Estudo realizado em Salvador/BA, também avaliou o pré-natal com inadequação em mais de 50%, conforme Índice de Kotelchuck- APNCU e 84,7% das puérperas ficaram “muito satisfeitas/satisfeitas” com a assistência recebida (LIMA, *et al.*, 2008). Outros autores também descrevem a avaliação das pacientes com o atendimento pré-natal positivamente, mesmo com significativos percentuais de inadequação. A avaliação do atendimento pré-natal pela paciente foi considerada “ótimo/bom” em 74,1% em estudo realizado no Rio de Janeiro, e em 94,4% em Campinas (VETTORE *et al.*, 2013; ALMEIDA; BARROS, 2005).

Nossa explicação para esse achado, a princípio paradoxal, nos remete ao fato que, ao realizar um acolhimento afetivo nas unidades de saúde, realizam adequadamente o apoio emocional a essas mulheres em momento de grande fragilidade. No entanto, não houve correspondência na adequação e no cuidado de seguir o protocolo assistencial, assim como na completude dos registros.

O presente estudo é uma pequena contribuição que se realiza para melhor entender o processo hoje existente na atenção à gestante, desde as consultas de pré-natal até o momento de assistência ao parto. Muito há de ser feito na melhoria dessa assistência, e outros estudos poderão sinalizar mais especificamente as etapas a serem cumpridas, em busca de mais adequação da assistência pré-natal.

7 CONCLUSÃO

Em face aos resultados, podemos concluir que:

- A completude dos dados dos cartões de pré-natal, no grupo estudado, apresenta-se com inadequação de informações importantes em mais de dois quartos das pacientes. A completude dos registros variou de 95,7% a 3,2% conforme variável analisada.
- Os protocolos de assistência pré-natal do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte estiveram não cumpridos em cerca de 40% das pacientes do presente estudo. Conforme registros, os melhores resultados evidenciados foram relativos ao início do pré-natal e número de consultas, com adequação de 60%. Entretanto, foram identificados resultados preocupantes quanto aos procedimentos obstétricos e exames laboratoriais básicos, com adequação de apenas 4,3% e 36,8%, respectivamente.
- Baseado neste estudo, indica-se a necessidade de se criar alternativas ao modelo hoje existente de coleta/armazenamento de dados e assistência pré-natal, de forma que garanta a integração das informações e da adequação da assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde da gestante.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, G. R.; KOTELCHUCK, M. Quantifying the Adequacy of Prenatal Care: A Comparison of Indices. **Public Health Reports**, v.111, p.408–416, 1996.

ALMEIDA S. D. M. ; BARROS M. B. A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.17, n.1, pp.15–25. 2005. supl.1.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G.; MACCHETTI, C. E.; SOUSA, M. H. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista de Saúde Pública**. v.45, n.5. pp.854-863. 2011.

ARAÚJO, B. F.; TANAKA ,A. C.A. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p. 2869-2877, 2007.

BARRETO, F. D. F., ALBUQUERQUE, R. M. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2012; 34(6):259-67

BAULI, J. D. **Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do município de Maringá-Paraná**. 2010. 76p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

BELO HORIZONTE. **Assistência Ao Pré-Natal. Protocolos de Atenção À Saúde da Mulher, 2008**. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostraarquivo.php>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

_____. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão perinatal. **Boletim da Perinatal**. Belo Horizonte, 2009.

_____. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2011**. Belo Horizonte, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: MS; 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2007.

_____. 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: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília. MS, 2012. 318p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: MS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento** / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Reimpressão. Brasília: MS, 2002. 28p.

_____. 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: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS**. Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: MS, 2012. 318p.

CABRAL, A. C. V. **Fundamentos de obstetrícia**. São Paulo: Editora Atheneus, 2009.

CABRAL, A. C. V.; CABRAL, M. A. ; BRANDÃO, A. H. F. Prevenção dos defeitos de tubo neural com o uso periconcepcional do ácido fólico. **Revista Médica de Minas Gerais**; v.21, n.2. pp.186-189. 2011.

CARELLOS, E. V. M.; ANDRADE, G. M. Q.; AGUIAR, R. A. L. P. Avaliação da aplicação do protocolo de triagem pré-natal para toxoplasmose em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: estudo transversal em puérperas de duas maternidades. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, pp.391-401, Fev/2008.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, pp.S220-S230.2004.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.7, n.3, pp.309-317, 2007.

CHA, S. **The Association between Prenatal Care Content and Quality with Preterm Birth and Maternal Postpartum Health Behaviors**. Dissertação de mestrado, Virginia: Virginia Commonwealth University Richmond, 60 p., 2010.

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

COSTA, C. S. C.; VILA, V. S. C.; RODRIGUES, F. M.; MARTINS, C. A.; PINHO, L. M. O. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>>. Acesso em 05 abr 2013.

COUTINHO, T. T. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.25, n. 10, pp. 717-724, 2003.

DIAS-DA-COSTA JS; MADEIRA ACC; LUZ RM; BRITTO MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v 34. n.4, pp.329-336. 2000.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, pp.425-437, Mar/2012.

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

GEORGE, J.; BERNSTEIN, P. S. Using electronic medical records to reduce errors and risks in a prenatal network. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**. v.21, pp.527-531. 2009.

GONÇALVES, R.; URASAK, M. B.; MERIGH, M. A. B.; D'AVILAIV, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.3, p. 349-53, 2008.

GONÇALVES, C.V.; DIAS DA COSTA, J. S.; DUARTE, G.; MARCOLIN, A. C.; LIMA, L. C. V. ; GARLET, G; BIANCHI, M. S.; SAKAI, A. F.. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma inversão de valores. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.55, n.3, pp.290-295, 2009.

GONÇALVES, C. V.; DUARTE, G.; DIAS DA COSTA, J. S.; QUINTANA, S. M.; MARCOLIN, A. C. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, 2501-2510, 2011.

GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n.1, p. 105-111, 2008.

HALPERN, R.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; TOMASI, E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, pp.487-492, 1998.

HEAMAN, M. I. *et al.* Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: A comparison of indices. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.8, n.15, pp.1-8, 2008.

ICKERT, F. V.; BIERNASKI, J.; PECHNICKI, Y. S.; **Sistema de apoio ao acompanhamento da gestante**. 2011, 65p. Monografia. (Trabalho de Conclusão de Curso em Ciência da Computação), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

JANDREY, C. M. **Avaliação da qualidade do processo de assistência pré-natal na rede pública do município de Cachoeirinha/RS**. 2005. 56p. Monografia. (Especialização em Gestão em Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A. C.; CARMO, M. S. N; SUGAHARA, G. T. L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.3, pp.303-310, 2003.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, L. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.5, pp.23-32, 2005. supl.1.

KOTELCHUCK, M. Evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **American Journal of Public Health**, v.84, n.9, pp.1414-1420, Dez.1994.

[LAINE, M. A.](#) Effect of pregnancy on periodontal and dental health. [Acta Odontologica Scandinavica, Oslo, v.60, n.5, pp.257-264, Oct.2002](#)

LANA, F. C. F.; LIMA, A. S. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n. 4, pp.587-594, 2010.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; RATTO, K. M. N.; CUNHA, C. B. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, pp. 63-72, 2004. supl.1.

LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. In **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.17, n.2, pp.123-153, Abr–Jun.2008.

MARTINS, E. F. **Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2010. 178 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MATTOS, A. G.; LACAZ, C. S.; ZACCHI, M. A. S.; GORGA, P. Proteção do recém-nascido contra o tétano pela imunização ativa da gestante com antitoxina tetânica: estudo original de 1953. **Revista Paulista de Pediatria**. V.26, n.4, pp.315-320, 2008.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mai/2007. 154p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Viva vida**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/gripe/page/429-viva-vida-sesmg>>. Acesso em 15 jun 2013.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D. N.; REICHENHEIM, M. E. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.4, pp. 2-9, 2010.

NASCIMENTO, E. R.; RODRIGUES, Q. P.; ALMEIDA, M. S. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador – Bahia. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.3, pp. 311-315, 2007.

NETO, E. T. S.; OLIVEIRA, A. E.; ZANDONADE, E.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C.. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, pp.1650-1662, Set.2012.

PARADA, C M G L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 8, n.1, p. 113-124, 2008.

RAISIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.8, n.4, p. 401-410, 2008.

RIBEIRO, *et al.* Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.9, n.31, pp.1-8, 2009.

ROCHA, R. S. **Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado**. 2011. 93p. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

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

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; FERREIRA, N. L. S.; COSTA, M. J. C.. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa – PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v 13, 29-37 Jan–Mar.2013. supl.1.

SILVA, E. T. S.; CAETANO, J.A.; SILVA, A. R. V. Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. **Rev. Bras. Em Promoção da Saúde**. Vol. 19, n.4, p. 216-223, 2006.

SILVEIRA, D. S. ; SANTOS, I. S.; DIAS DA COSTA, J. S.. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, pp.131-139, 2001.

SIQUEIRA, C. V. C.. **Assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Santos**. 2011. 120 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

SUCCI, R. C. M. *et al*. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.6, pp. 1-8, 2008.

TAKEDA, S. M. P. **Avaliação de Unidade de Atenção Primária**: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. 1993. 82 páginas. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 1993.

TREVISAN M. R.; DELORENZI D. R.; ARAÚJO N. M.; ÊSBER K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 24, n. 5. P. 293-299, 2002.

TURAN, J. M; SAY, L. Community-based antenatal education in Istanbul, Turkey: effects on health behaviours. **Health Policy and Plannin**. V. 18, n.4, p. 391–398, 2003.

VETTORE, M. V.; DIAS, M.; VETTORE, M. V.; LEAL, M. C. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. In **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.13, n.2, pp.89-100 Abr- Jun/2013.

WHO/UNICEF (World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund), 1996. Revised 1990 estimates of Maternal Mortality. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/FRH/MSM 96.11. UNICEF/PZN/96.1. Geneva: WHO/UNICEF. OMS.

APÊNDICE A

Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A atenção pré-natal é um conjunto de ações com o objetivo de promover o bem-estar materno e fetal durante o período gestacional, de parto e de puerpério, sendo sua adequação fundamental e de direito da gestante. Está sendo realizado um estudo, nas maternidades do Hospital das Clínicas/UFMG e Hospital Tolentino Risoleta Neves, para avaliação dos registros do pré-natal.

Convidamos você a participar desse estudo, em que caso aceite participar, deverá responder a um questionário e autorizar acesso aos dados constantes em seu cartão de pré-natal. Esclarecemos que sua aceitação ou recusa não implicará em nenhuma vantagem ou benefício em seu atendimento e não acarretará nenhum gasto financeiro ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O estudo não trará risco à sua saúde, o risco existente é a possibilidade de constrangimento durante aplicação do questionário, sendo garantido respeito à sua privacidade a fim de evitar este risco. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins científicos, sendo sempre preservado o seu nome, que será mantido em sigilo, e o acesso aos seus dados restrito aos pesquisadores. Você possui a liberdade de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento sem penalização ou prejuízo.

Em caso de dúvidas relacionadas à pesquisa poderá entrar em contato com um dos pesquisadores (Juliana Carrilho) ou ainda se relacionada aos aspectos éticos com o Comitê de ética em pesquisa (COEP- UFMG) nos telefones descritos abaixo.

Eu,.....estou ciente do que foi exposto acima e autorizo a minha participação de forma voluntária neste estudo.

Belo Horizonte, de de

Assinatura da participante

Juliana Moraes Carrilho
Pesquisadora Assistente
Telefone: (31) 8649-7593

Antônio Carlos Vieira Cabral
Pesquisador Principal

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG):
Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2^o andar – sala 2005.Campus Pampulha.
Belo Horizonte MG – CEP: 31270-9. Telefone: (31) 3409-4592

APÊNDICE B

Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A atenção pré-natal é um conjunto de ações com o objetivo de promover o bem-estar materno e fetal durante o período gestacional, de parto e de puerpério, sendo sua adequação fundamental e de direito da gestante. Está sendo realizado um estudo, nas maternidades do Hospital das Clínicas/UFMG e Hospital Tolentino Risoleta Neves, para avaliação dos registros do pré-natal.

Convidamos você a participar desse estudo, em que caso aceite participar, deverá responder a um questionário e autorizar acesso aos dados constantes em seu cartão de pré-natal. Esclarecemos que sua aceitação ou recusa não implicará em nenhuma vantagem ou benefício em seu atendimento e não acarretará nenhum gasto financeiro ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O estudo não trará risco à sua saúde, o risco existente é a possibilidade de constrangimento durante aplicação do questionário, sendo garantido respeito à sua privacidade a fim de evitar este risco. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins científicos, sendo sempre preservado o seu nome, que será mantido em sigilo, e o acesso aos seus dados restrito aos pesquisadores. Você possui a liberdade de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento sem penalização ou prejuízo.

Em caso de dúvidas relacionadas à pesquisa poderá entrar em contato com um dos pesquisadores (Juliana Carrilho) ou ainda se relacionada aos aspectos éticos com o Comitê de ética em pesquisa (COEP- UFMG) nos telefones descritos abaixo.

Eu,.....,responsável pela..... estou ciente do que foi exposto acima e autorizo de forma voluntária a participação desta no referido estudo. A participante também está ciente do que foi exposto acima e está de comum acordo em participar de forma voluntária do estudo.

Belo Horizonte, de de

Ass. do responsável pela participante

Juliana Moraes Carrilho
Pesquisadora Assistente
Telefone: (31) 8649-7593

Antônio Carlos Vieira Cabral
Pesquisador Principal

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG):
Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2^o andar – sala 2005.Campus Pampulha.
Belo Horizonte MG – CEP: 31270-9. Telefone: (31) 3409-4592

APENDICE C

Data da entrevista: __/__/__

Local de pesquisa: (1) Hospital das Clínicas (2) Risoleta Neves

Iniciais do nome da entrevistada: _____

PERFIL: (1) Pré-natal e cartão presentes (2) Pré-natal presente e cartão ausente (3) Pré-natal ausente

PARTE I - ENTREVISTA

<p style="text-align: center;"><u>IDENTIFICAÇÃO MATERNA</u></p> <p>I- Cidade de procedência materna:</p> <hr/> <p>I- Idade materna: __</p> <p>I- Anos completos de estudo materno: ____</p> <p>I-Vive com companheiro: () sim () não</p> <p>I- Cor autodeclarada materna: () branca () negra () parda () amarela () indígena () NI</p> <p>I-Trabalho remunerado durante gravidez: () sim () não</p> <p>I- Renda familiar: () não possui renda () < 1 salário mín. () 1-1.9 salários mín. () 2-4.9 salários mín () ≥ 5 salários mín. () NI</p> <p style="text-align: center;"><u>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</u></p> <p>I- Nº de gestações: __</p> <p>I- Nº total de partos: __</p> <p>I- Nº de abortos: __</p> <p>I-Tipo de parto prévios: () vaginal () cesárea () vaginal e cesárea</p> <p style="text-align: center;"><u>GRAVIDEZ ATUAL</u></p> <p>PRÉ-NATAL AUSENTE</p> <p>♣- Motivo para não realização do pré-natal nesta gestação:</p> <p><input type="checkbox"/> esconder a gravidez</p>	<p><input type="checkbox"/> desconhecer que estava grávida</p> <p><input type="checkbox"/> negar a gravidez</p> <p><input type="checkbox"/> julgar desnecessário</p> <p><input type="checkbox"/> dificuldades de acesso ao C.S</p> <p><input type="checkbox"/> não gostar do serviço de saúde disponível</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;">CARTÃO AUSENTE</p> <p>♣- Motivo para não apresentar o cartão de pré-natal no momento da internação:</p> <p><input type="checkbox"/> perdeu o cartão de pré-natal</p> <p><input type="checkbox"/> esqueceu o cartão de pré-natal</p> <p><input type="checkbox"/> não recebeu registro do acompanhamento realizado</p> <p><input type="checkbox"/> achou que não tinha relevância apresentar o cartão de pré-natal na maternidade</p> <p>-----</p> <p>I-Local informado no pré-natal como referência para assistência ao parto:</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital das Clínicas – UFMG</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital Júlia Kubitschek</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital Odilon Behrens</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital Risoleta Tolentino Neves</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital Sofia Feldman</p> <p><input type="checkbox"/> Maternidade Odete Valadares</p> <p><input type="checkbox"/> Maternidade Otaviano Neves</p> <p><input type="checkbox"/> Santa Casa - Hilda Brandão</p> <p><input type="checkbox"/> qualquer hospital</p> <p><input type="checkbox"/> não sabe relatar nome do local informado como referência para assistência ao parto</p> <p><input type="checkbox"/> não foi informado local de referência para assistência ao parto</p> <p><input type="checkbox"/> outro* _____</p>
---	--

<p>I- Realizou preventivo alguma vez antes desta gestação: () sim* () não</p> <p>I- Preventivo atualizado (realizado há 03 anos ou menos): () sim () não</p> <p>I- Realizou preventivo neste pré-natal: () sim () não</p> <p>I- Realizou exame das mamas neste pré-natal: () sim () não</p> <p>I- Realizou exame odontológico neste pré-natal: () sim () não</p>	<p><u>SUPLEMENTAÇÃO</u></p> <p>I- Fez uso de sulfato ferroso nesta gestação: () sim () não</p> <p>I- Fez uso de ácido fólico nesta gestação: () sim () não</p> <p><u>QUALIDADE PN</u></p> <p>I-Satisfação com a qualidade da assistência pré-natal recebida: () 1- muito insatisfeita () 2- insatisfeita () 3- indiferente () 4- satisfeita () 5- muito satisfeita</p>
---	--

PARTE II – AUDITORIA DOS REGISTROS

<p>II-Tipo de cartão de pré-natal:</p> <p><input type="checkbox"/> impresso do prontuário eletrônico PBH</p> <p><input type="checkbox"/> cartão próprio do plano de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> cartão próprio do profissional de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> cartão padronizado pelo MS</p> <p><input type="checkbox"/> outro</p> <p align="center"><u>IDENTIFICAÇÃO MATERNA</u></p> <p>II-Nome materno: () sim () não</p> <p>II- Endereço materno: () sim () não</p> <p>II- Telefone materno: () sim () não</p> <p>II- Número do SISPRENATAL: () sim () não</p> <p>II- Maternidade de referência: () sim () não</p> <p>II - Idade materna: () sim () não</p> <p align="center"><u>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</u></p> <p>II- Nº de gestações: () sim () não</p> <p>II- Nº total de partos: () sim () não</p> <p>II- Nº de abortos: () sim () não</p> <p>II-Tipo de parto prévio (NA para primigestas e nulíparas) () sim () não () NA</p>	<p><u>ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS</u></p> <p>FAMILIARES</p> <p>II- Gemelares: () sim () não () inconclusivo</p> <p>II- Diabetes: () sim () não () inconclusivo</p> <p>II- Hipertensão Arterial: () sim () não () inconclusivo</p> <p>II- Outros: () sim () não () inconclusivo</p> <p>PESSOAIS</p> <p>II- Infecção Urinária: () sim () não () inconclusivo</p> <p>II- Infertilidade: () sim () não () inconclusivo</p> <p>II- Diabetes: () sim () não () inconclusivo</p> <p>II- Hipertensão Arterial: () sim () não () inconclusivo</p> <p>II- Cirurg.Pélv.Uterina: () sim () não () inconclusivo</p> <p>II- Outros: () sim () não () inconclusivo</p> <p align="center"><u>GRAVIDEZ ATUAL</u></p> <p>II- Peso materno anterior: () sim () não</p> <p>II- Estatura materna: () sim () não</p> <p>II- IG definida (DUM sem registro de dúvida ou registro de US): () sim () não</p>
--	---

<p>II- Gestante imunizada contra o tétano: (duas ou três doses da vacina, dose de reforço ou registro de gestante imune)</p> <p>() sim () não</p> <p>II-Realizou exame preventivo: () sim () não () registro de anterior atualizado</p> <p>II- Realizou exame das mamas: () sim () não</p> <p>II- Realizou exame odontológico: () sim () não</p> <p style="text-align: center;"><u>SUPLEMENTAÇÃO</u></p> <p>II- Prescrição/ uso de sulfato ferroso: () sim () não</p> <p>II- Prescrição/ uso de ácido fólico: () sim () não</p>	<p style="text-align: center;"><u>ULTRA-SONOGRAFIA</u></p> <p>II- Nº de US realizadas durante pré-natal: () zero () 1 () 2- 3 () maior ou igual a 4</p> <p style="text-align: center;"><u>CONSULTAS REALIZADAS</u></p> <p>II- IG na primeira consulta: __ semanas</p> <p>II- Número total de consultas no PN: __</p> <p>II- IG parto: __ semanas</p> <p style="text-align: center;"><u>LEGIBILIDADE</u></p> <p>Legibilidade dos registros do cartão de pré-natal: () sim () parcial () não</p>
---	--

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OBSTÉTRICOS

Variável analisada	Nº de registros Esperados	Nº total de registros	Compleitude dos registros
IG	Nº de consultas		() sim () parcial () não
PESO	Nº de consultas		() sim () parcial () não
IMC	Nº de consultas		() sim () parcial () não
PA	Nº de consultas		() sim () parcial () não
EDEMA	Nº de consultas		() sim () parcial () não
AU	A partir 12 semanas.		() sim () parcial () não
APRESENT.	A partir 28 semanas		() sim () parcial () não
BCF	A partir 20 semanas		() sim () parcial () não
MOV. FETAL	A partir 20 semanas		() sim () parcial () não

II-EXAMES LABORATORIAIS

Exame	Quantidade Realizada	1º Consulta	Repetido terceiro trimestre NA: Início do PN no terceiro trimestre com realização do exame já na primeira consulta
ABO-RH	--	() sim () não () Inadequação temporal	_____
HB/HT	--	() sim () não () Inadequação temporal	_____
GLICEMIA J.	--	() sim () não () Inadequação temporal	() sim () não () Inadequação temporal () NA
VDRL	--	() sim () não () Inadequação temporal	() sim () não () Inadequação temporal () NA
URINA I	--	() sim () não () Inadequação temporal	() sim () não () Inadequação temporal () NA
UROCULTURA	--	() sim () não () Inadequação temporal	() sim () não () Inadequação temporal () NA
ANTI-HIV	--	() sim () não () Inadequação temporal	() sim () não () Inadequação temporal () NA
HBsAg	--	() sim () não () Inadequação temporal	() sim () não () Inadequação temporal () NA
TOXOPLAS.	--	() sim () não () Inadequação temporal	_____
COOMBS IND. (Rh negativas)	--	1º ou 2º () sim () não () Inadequação temporal () NA (Rh positivo)	Repetido mensalmente a partir de 24 semanas: () sim () não () NA (Rh positivo)
GPD (2H/75G)	--	() sim () não () Inadequação temporal	Entre 24-28ª S

**ANEXO A**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 03063712.1.0000.5149

**Interessado(a): Prof. Antônio Carlos Vieira Cabral
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 22 de agosto de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Qualidade da assistência na atenção pré-natal em Belo Horizonte**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA JULIANA MORAES CARRILHO

Realizou-se, no dia 16 de janeiro de 2014, às 15:00 horas, sala 526 - 5º andar da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada "*Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte*", apresentada por JULIANA MORAES CARRILHO, número de registro 2012650532, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE DA MULHER, à seguinte Comissão Examinadora: Prof. Antônio Carlos Vieira Cabral - Orientador (UFMG), Prof. Gabriel Costa Osanan (UFMG), Prof. Augusto Henriques Fulgêncio Brandão (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

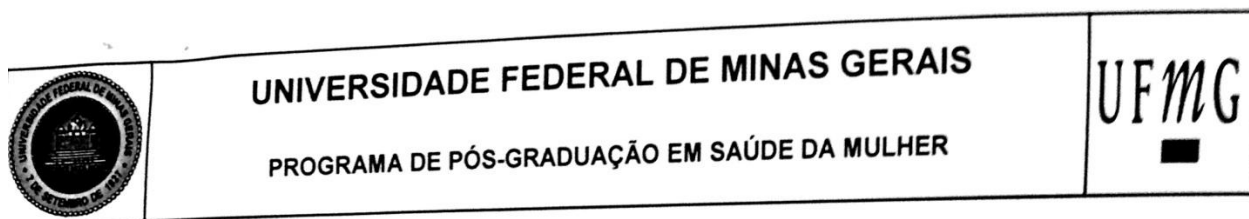
Belo Horizonte, 16 de janeiro de 2014.

Prof. Antonio Carlos Vieira Cabral (Doutor)

Prof. Gabriel Costa Osanan (Doutor)

Prof. Augusto Henriques Fulgencio Brandao (Doutor)


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG




FOLHA DE APROVAÇÃO

"Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte"

JULIANA MORAES CARRILHO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA MULHER, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE DA MULHER, área de concentração PERINATOLOGIA.

Aprovada em 16 de janeiro de 2014, pela banca constituída pelos membros:


Prof. Antonio Carlos Vieira Cabral - Orientador
UFMG


Prof. Gabriel Costa Osanan
UFMG


Prof. Augusto Henriques Fulgencio Brandao
UFMG

Belo Horizonte, 16 de janeiro de 2014.