

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

IVELISE ARAUJO DE SOUZA

**RELAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE KESSNER MODIFICADO POR TAKEDA COM
OS INDICADORES DE GRAVIDADE NOS PARTOS DA ZONA LESTE DA CIDADE
DE SÃO PAULO**

São Paulo

2016

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

IVELISE ARAUJO DE SOUZA

**RELAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE KESSNER MODIFICADO POR TAKEDA COM
OS INDICADORES DE GRAVIDADE NOS PARTOS DA ZONA LESTE DA CIDADE
DE SÃO PAULO**

São Paulo

2016

Ivelise Araujo de Souza

**RELAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE KESSNER MODIFICADO POR TAKEDA COM
OS INDICADORES DE GRAVIDADE NOS PARTOS DA ZONA LESTE DA CIDADE
DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientador: Prof. Dr. Mario Ivo Serinolli

São Paulo

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Ivelise Araujo de.

Relação entre o índice de kessner modificado por Takeda com os indicadores de gravidade nos partos da zona leste da cidade de São Paulo. / Ivelise Araujo de Souza. 2016.

99 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Mario Ivo Serinolli.

1. Morbidade materna. 2. Pré-natal. 3. Cartão da gestante. 4. Índice de Kessner modificado por Takeda. 5. Indicadores de gravidade.

I. Serinolli, Mario Ivo.

II. Título

CDU 658:616


IVELISE ARAUJO DE SOUZA

**RELAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE KESNNER MODIFICADO POR TAKEDA COM OS
INDICADORES DE GRAVIDADE NOS PARTOS DA ZONA LESTE DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em
Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade
Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção
do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de
Saúde**.



Prof. Dr. Mario Ivo Serinolli – Universidade Nove de Julho – UNINOVE



Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior – Fundação Getúlio Vargas - Escola de Administração de
Empresas de São Paulo – FGV- EAESP



Profa. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Kátia Grillo Padilha - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – SP
(Suplente)

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 13 de dezembro de 2016.

À minha filha, Isa Maria de Souza
Fernandes Ferrari, que me enche de
orgulho a cada dia, com suas condutas e
posturas, e que me deu a chance de ser
uma pessoa melhor ao me dar o
privilegio de ser sua mãe. Filha,
obrigada por todo o sempre.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, em especial, quero expressar o meu agradecimento a algumas pessoas que trilharam comigo este caminho:

A DEUS e à Nossa Senhora Aparecida (de quem sou devota), razão de tudo, sempre ao meu lado me apoiando, consolando, animando, orientando e me capacitando para realizar o presente estudo. Toda honra, glória, louvor, gratidão e adoração.

A esta Universidade, nas figuras do reitor, Prof. Eduardo Storópoli e da pró-reitora, Maria Cristina Storópoli, que disponibilizaram o processo seletivo de bolsas, o que permitiu meu ingresso e me engrandeceu enquanto profissional.

Ao Prof. Dr. Mario Ivo Serinoli, meu orientador, cuja conduta desenvolveu em mim a capacidade de me superar e me permitiu ser mais resiliente.

Aos professores do Mestrado, que contribuíram de forma ímpar para o meu aprendizado e para realização deste estudo.

À minha família, que ficou na torcida e nas orações em relação a esse novo desafio que me coloquei, especialmente, a meu irmão, Klayton Santos de Souza, que se disponibilizou a todo tempo e inclusive, comemorou seu aniversário me ajudando com as fórmulas no Excel até altas horas da madrugada. Ao meu genro, Gabriel, psicólogo, que em toda sua generosidade se prontificou a me ajudar, lendo e opinando, de modo a possibilitar mais um olhar sobre esse estudo.

Aos meus amigos do Mestrado, que se colocaram sempre à disposição para me ajudar no que fosse preciso, inclusive me recebendo em suas casas e indo até a minha, para trocarmos ideias para melhoria da dissertação.

A todos que me conhecem e que oraram por mim ao perceberem as minhas aflições.

Às minhas colegas de trabalho, que se dispuseram a trocar os plantões para que eu pudesse estar nas aulas do Mestrado. E, principalmente, à minha Coordenadora, Wanderléa Tavares Leal e à supervisora Flávia C. P. Maciel, que tornaram possível todas as minhas solicitações de trocas e folgas nos plantões.

Às funcionárias da Secretaria de Pós-Graduação, pela prontidão, competência e gentileza em me auxiliar, em especial, à Queli.

RESUMO

SOUZA, Ivelise Araujo de. **Relação entre o Índice de Kessner modificado por Takeda com os indicadores de gravidade nos partos da zona leste da cidade de São Paulo**. 2016. 99 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2016.

As causas principais dos óbitos maternos em países em desenvolvimento e em subdesenvolvimento são, em sua maioria, evitáveis e estão diretamente relacionadas a morbidades decorrentes do processo gestacional, parto e puerpério, sendo as de maior prevalência as hemorragias pós-parto, alterações hipertensivas, sepse, partos obstruídos e complicações relacionadas ao aborto inseguro. A morbidade antecede a morte, e a morte materna atinge direta e indiretamente a sociedade, impactando ao menos três famílias, além de ser potencial gerador de problemas sociais advindos da criança que ficou sem a mãe. Esse é um dos principais motivos para se preocupar com estudos que abordem a morbidade materna e as suas causas. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de caráter quantitativo baseado na análise das variáveis do cartão da gestante e os diagnósticos identificados nos resumos de alta. Os dados foram coletados por meio de uma pesquisa de campo realizada nos bairros: Sapopemba, Aricanduva, São Mateus e Cidade Tiradentes (zona leste da cidade de São Paulo). O objetivo da presente pesquisa é identificar as relações da aplicação do Índice de Kessner modificado por Takeda no cartão da gestante com os indicadores de gravidade no parto. Para tal, o método utilizado foi a análise e categorização dos dados do preenchimento das variáveis do cartão da gestante utilizando o Índice de Kessner modificado por Takeda. Posteriormente, considerando a tabela de procedimentos SUS, foram identificados nos resumos de alta os indicadores de gravidade. Foram analisados nos cartões das gestantes e resumos de alta (n = 360) diagnósticos e procedimentos especiais que pudessem contemplar o critério de morbidade materna e outros procedimentos não habitualmente utilizados no período gravídico-puerperal. A análise estatística foi utilizada para identificar associações entre categorização pelo Índice de Kessner modificado por Takeda e os indicadores de gravidade presentes nos resumos de alta. No que se refere aos resultados, observou-se que na relação dessa categorização com os indicadores de gravidade, há uma maior incidência de riscos para a categorização inadequado 8,89% quando comparados ao adequado 1,67% e o intermediário 4,44%. A assistência pré-natal da zona leste de São Paulo foi classificada como intermediária (56,9%). Vale ressaltar que 84,7% apresentaram alguma inadequação se considerarmos o que preconiza o Ministério da Saúde, apenas 15,3% (adequado) cumpriram os requisitos. As inadequações mais relevantes no cartão da gestante: 79,4 % de ausência de registros na segunda solicitação da sorologia para sífilis e 81,8% de ausência de registros do ABO – Rh.

Palavras-chave: Morbidade materna, Pré-natal, Cartão da gestante, Índice de Kessner modificado por Takeda, Indicadores de Gravidade.

ABSTRACT

SOUZA, Ivelise Araujo de. Relationship between the Kessner Index modified by Takeda with the severity indicators in the eastern part of the city of São Paulo. 2016. 99 f. Dissertation (Professional Master's Degree) - Professional Master's Program in Administration - Management in Health Systems, Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2016.

The main causes of maternal deaths in developing and underdeveloped countries are mostly preventable and are directly related to morbidities arising from the gestational process, childbirth and puerperium, being the most prevalent postpartum hemorrhages, hypertensive alterations, sepsis, Obstructed deliveries and complications related to unsafe abortion. Morbidity predates death, and maternal death directly and indirectly affects society, impacting at least three families, as well as being a potential source of social problems arising from the child who was left without the mother. This is one of the main reasons to be concerned with studies that address maternal morbidity and its causes. It is a descriptive, cross-sectional quantitative study based on the analysis of the variables of the pregnant woman's card and the diagnoses identified in the discharge summaries. The data were collected through a field survey conducted in the following neighborhoods: Sapopemba, Aricanduva, São Mateus and Cidade Tiradentes (eastern zone of the city of São Paulo). The objective of the present research is to identify the relations of the application of the Kessner Index modified by Takeda in the card of the pregnant woman with the indicators of severity in childbirth. For this, the method used was the analysis and categorization of the data of filling the variables of the pregnant woman's card using the Kessner Index modified by Takeda. Subsequently, considering the SUS procedures table, the severity indicators were identified in the discharge summaries. Diagnoses and special procedures were analyzed in the cards of the pregnant women and high summaries ($n = 360$) that could include the criterion of maternal morbidity and other procedures not usually used in the pregnancy-puerperal period. Statistical analysis was used to identify associations between categorization by the Kessner Index modified by Takeda and the severity indicators present in the discharge summaries. Regarding the results, it was observed that in the relationship of this categorization with the severity indicators, there is a higher incidence of risks for inappropriate categorization 8.89% when compared to the appropriate 1.67% and the intermediate 4.44%. Prenatal care in the eastern zone of São Paulo was classified as intermediate (56.9%). It is worth mentioning that 84.7% presented some inadequacy if we consider what the Ministry of Health recommends, only 15.3% (adequate) met the requirements. The most relevant inadequacies in the pregnant woman's card: 79.4% of absence of records in the second request of serology for syphilis and 81.8% of absence of ABO - Rh registries.

Keywords: Key words: Maternal morbidity, prenatal care, pregnancy card, Kessner's index modified by Takeda, Severity Indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Número de óbitos segundo abrangência e ano	16
Figura 2. Suspeita de gravidez.....	32
Figura 3. Variáveis de identificação do Cartão da Gestante.....	55
Figura 4. Suplementação e Ultrassonografia	56
Figura 5. Acompanhamento – Diagnósticos e Imunização	56
Figura 6. Acompanhamento – Exames Laboratoriais	57
Figura 7. Acompanhamento da evolução da gestação.....	58
Figura 8. Índice de Kessner modificado x Critério estabelecido.....	61
Figura 9. Relação das morbidades e os indicadores de gravidade.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas	65
Tabela 2. Perfil psicossocial e dependência	67
Tabela 3. Distribuição das gestantes, conforme antecedentes pessoais, São Paulo, 2016.	69
Tabela 4. Distribuição de gestantes mediante antecedentes obstétricos, São Paulo, 2016.....	70
Tabela 5. Distribuição das gestantes conforme antecedentes neonatais, peso, São Paulo, 2016.	71
Tabela 6. Avaliação do processo da assistência pré-natal conforme determina o MS, São Paulo, 2016.	72
Tabela 7. Categorização pelo Índice de Kessner modificado por Takeda.....	73
Tabela 8. Variáveis de acompanhamento	74
Tabela 9. Exames laboratoriais.....	76
Tabela 10. Complicações e encaminhamentos	79
Tabela 11. Variáveis do desfecho da gestação	80
Tabela 12. Relação entre as categorias qualitativas e indicadores de gravidade.....	80
Tabela 13. Incidência de risco conforme categorização do Índice de Kessner modificado por Takeda.....	81

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	19
1.1.1	Questão de Pesquisa	20
1.2	OBJETIVOS	20
1.2.1	Geral	20
1.2.2	Específicos	20
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	21
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1	A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NO MUNDO E NO BRASIL	26
2.1.1	A assistência pré-natal	28
2.1.2	O programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN): um modelo na saúde perinatal.	34
2.1.3	Ações essenciais recomendadas pelo Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN) para estimar a cobertura de pré-natal.....	39
2.1.4	Organização da rede assistencial para o pré-natal e as normativas das práticas de saúde	40
2.2	CARTÃO DA GESTANTE	43
2.3	MORBIDADES PERINATAIS	46
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	50
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	51

3.2.1	Local da Pesquisa	51
3.2.2	População e amostra	52
3.2.3	Critérios de inclusão	53
3.2.4	Critérios de exclusão	53
3.2.5	Instrumentos da pesquisa.....	54
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	63
3.4	LIMITAÇÕES DO MÉTODO	63
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	64
4	RESULTADOS DA PESQUISA	65
4.1	RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO.....	65
4.2	CONCLUSÕES.....	82
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	84
5.1	LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS.....	85
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	98
	APÊNDICE A – CHECKLIST I	98
	APÊNDICE B – CHECKLIST II	99

1 INTRODUÇÃO

Em pleno século XXI, as políticas públicas de saúde permanecem e enfrentam grandes desafios quanto à redução da mortalidade materno-infantil, principalmente ao se considerar as classes sociais menos favorecidas, haja vista que o risco de morrer pode estar diretamente relacionado ao poder socioeconômico (Uberti et al., 1994; Souza, Ceccatti, Hardy, Sousa, & Serruya, 2006; Pochmann, 2009; Andreucci, Ceccati, Machetti, & Sousa, 2011; Lotufo, 2010; Magalhães, 2011). Outras questões como a violência contra a mulher (Moraes, Arana, & Reichenheim, 2010a; Alves, Alves, Antunes, & Santos, 2013), cuidados dispensados pelos profissionais de saúde (Souza, Sousa, Parpinelli, Amaral, & Ceccatti, 2008; Cabral, Medeiros, Pinto, Prado, & Durier, 2010), gravidez na adolescência (Moraes, Almeida, Santo, Barbosa, & Carmo, 2010b; Sousa et al., 2013), doenças virais como dengue (Mota, Miranda, Saraceni, & Koifman, 2012) e outras morbidades (Rudge, Piculo, Marini, Damasceno, & Barbosa, 2013) impactam diretamente a qualidade do desenvolvimento gestacional.

Apesar dos dados apresentados servirem como embasamento para políticas públicas, não é foco do presente estudo ser redundante em contextualizar que as políticas e os serviços de saúde possuem e devem ter uma participação direta e efetiva através de propostas de análise contínua das práticas que vem sendo utilizadas. O percentual de morbimortalidade materna é um indicador de acesso à atenção obstétrica e à qualidade de vida das mulheres gestantes (Leite, Araújo, Albuquerque, Andrade, & Duarte Neto, 2011; Oliveira & Costa, 2013; Moraes et al., 2011; Sousa et al., 2008).

Nos últimos anos, tem-se notado uma melhoria no contexto saúde das mulheres, principalmente nos países desenvolvidos (Souza et al., 2006; Queiroz & Costa, 2006; Lotufo, 2010; Reis, Pepe, & Caetano, 2011). Constata-se também que a educação sobre a importância do pré-natal está diretamente relacionada a este índice (Rios & Vieira, 2007; Oliveira & Costa, 2013; Monteschio, Sgobero, Marcon, & Mathias, 2014). A adoção de condutas conservadoras por parte dos médicos também auxiliou na melhoria dos índices (Alencar, Alencar, Brilhante, Teixeira, & Feitosa, 2012; Melo, Oliveira, & Mathias, 2015), porém, a persistência de altos índices de mortalidade materna – por causas evitáveis, em sua maioria – reflete um possível problema na qualidade da assistência perinatal (Bittencourt & Oliveira, 2009). Esse indicador de qualidade, em países em desenvolvimento como o Brasil, ainda é alarmante, considerando os muitos problemas relacionados à saúde reprodutiva e o risco de morte materna, em decorrência do ciclo gravídico-puerperal (Magalhães, 2011; Lofrano-Prado, Prado, Barros, Tenório, & Souza, 2015).

A América Latina apresentou um índice de 280.000 mortes de mulheres/ano devido a complicações durante a gestação, parto e puerpério entre 1990 e 2013. Sendo que 92% desses óbitos poderiam ser evitados, de acordo com a situação vigente nos países emergentes (Souza, 2015).

A OMS considera uma mortalidade materna aceitável até 30 /100.000 e o Brasil está ainda em 60/100.000.

Nos EUA tem havido crescimento da mortalidade materna nos últimos anos, conforme Shields et al 2016. Vale a pena detalhar,

Ribeiro, Costa, Cascão, Cavalcanti e Kale (2012, p. 726) explicam que

O Brasil esteve entre os 189 países membros da Organização das Nações Unidas que, em 2000, firmaram o compromisso de cumprir as oito Metas do Milênio para melhoria das condições de vida das populações. Dentre as metas, consta a redução de 75% da mortalidade materna entre 1990 e 2015, que poderá ser alcançada através da promoção da saúde de mulheres em idade reprodutiva.

Buscando atender a esse objetivo, observa-se que na última década o Brasil apresentou uma redução significativa na mortalidade materna, saindo de um patamar de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (NV). Essa redução considerável deve-se ao aumento da área de abrangência de atendimento às gestantes, fator que levou à redução das causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%); hemorragia (69,2%); infecções puerperais (60,3%); aborto (81,9%); e doenças do aparelho circulatório complicadas em virtude de gravidez, parto e puerpério (42,7%) (Ministério da Saúde, 2011a).

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM, 2015), os índices de morte em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) eram de aproximadamente 54.000 no Brasil; foram 29.000 óbitos no Estado de São Paulo, dos quais 705 foram decorrentes de causas presumíveis, ou seja, poderiam ter sido evitados. Evidenciou ainda 48 notificações de óbitos maternos, na cidade de São Paulo, de causa direta decorrentes de hemorragias, hipertensão, aborto e infecções paralelas (Ministério da Saúde, 2015).

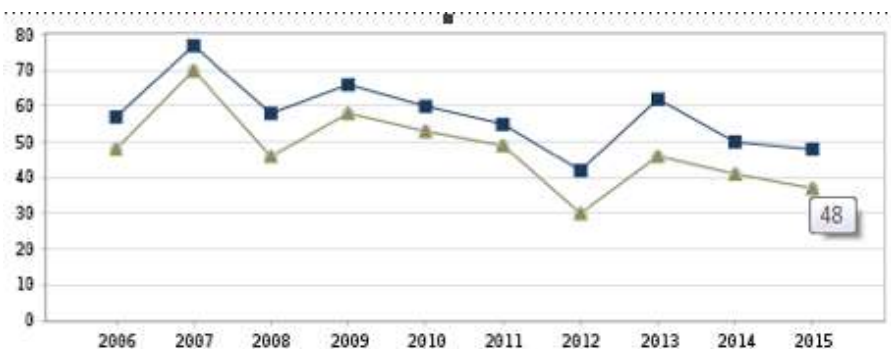


Figura 1. Número de óbitos segundo abrangência e ano
(5) Microrregião / (6) Região de Saúde/ (7) Município. Fonte: Portal de Saúde (2015)

Segundo o Ministério da Saúde (2012a), o atendimento às gestantes deve ser norteado por ações que busquem reduzir a morbimortalidade materno-infantil. Essas ações estão diretamente ligadas às condições do acesso à identificação de risco e de como está sendo feito o atendimento no pré-natal, parto e puerpério.

Considerando um breve histórico no Brasil, no ano de 1970 foi implementado o Programa de Saúde Materno-Infantil, cujo objetivo era prover assistência à mulher no processo gravídico-puerperal, bem como assistir o conceito de zero a cinco anos. Na sequência, em 1984, com a proposta de ampliar e melhorar a assistência, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com uma abordagem nova e diferenciada de assistência à saúde da mulher (Santos, Radovanovic, & Marcon, 2010).

Segundo Soares, Souza, Azevedo, Possebon e Marques (2012), o PAISM foi apontado como o primeiro programa no mundo a contemplar de forma holística o ciclo gravídico-puerperal da mulher. Esse programa trouxe princípios e diretrizes às propostas de descentralização, hierarquização e regionalização, incluindo ações educativas, preventivas e diagnósticas:

- I) Para o planejamento familiar;
- II) O câncer de colo;
- III) O câncer de mama;
- IV) A assistência à mulher em clínica ginecológica;
- V) O pré-natal, o parto e o puerpério.

Sob essa nova óptica de abordagem, a visão de que mulheres são seres simplesmente reprodutivos e “parideiros” é substituída por uma visão abrangente, individualizada e integralizadora na assistência a este público-alvo. A operacionalização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) não se verificou tão eficiente devido a

diversos fatores, dentre eles, os políticos e financeiros, o que culminou em deficiências na sua implementação.

Nesse contexto, e com intenção de reduzir a morbi/mortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde, os estados, os municípios e as unidades de saúde articularam-se e implementaram, no ano de 2000, o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.

O Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) surge com o desafio de melhorar a assistência materno-infantil e, para isso, estabelece como metas:

- I) Captação precoce das gestantes, com a primeira consulta com até 120 dias de gestação;
- II) Realização de acompanhamento de, no mínimo, seis consultas médicas e de enfermagem no pré-natal;
- III) Aplicação da segunda dose de vacina antitetânica (imunizante) do esquema recomendado ou, em mulheres já imunizadas, a aplicação da dose reforço;
- IV) Realização de exames laboratoriais, definidos como ABO-Rh (na primeira consulta), Hb/Ht (na primeira consulta) e VDRL (um na primeira consulta e outro na 30ª semana de gestação), glicemia de jejum (um na primeira consulta e outro na 30ª semana) e testagem de HIV.

Essas ações foram consideradas fundamentais para nortear os parâmetros de acesso, a frequência no atendimento, a solicitação de exames complementares e, principalmente, a humanização no atendimento pré-natal com vistas aos direitos reprodutivos.

Ações como as supracitadas tornaram possíveis, nas últimas décadas, um aumento significativo das consultas de pré-natal no Brasil. Saiu-se de um número de 8,6 milhões de consultas no ano de 2003, para um progresso de 19,4 milhões de consultas no ano 2009. Entretanto, ainda há uma discrepância entre as regiões do Brasil em relação a esse atendimento, por exemplo, enquanto na região norte do Estado de Roraima foi constatado um aumento significativo de, em média, 2.379% no número de consultas entre os anos de 2003 a 2009, no Espírito Santo, o número de consultas diminuiu em média 5% (Ministério da Saúde, 2009a).

Nesse sentido, o programa de Saúde da Família veio contribuir com propostas de melhorias e facilitar o acesso das gestantes ao pré-natal, com a atuação da equipe multidisciplinar incluindo médico e enfermagem, de modo a normatizar essa assistência. No entanto, ainda há dificuldades na realização de consultas de pré-natal pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), como indica o estudo de Narchi (2013), que aponta

como principais problemas para realização das consultas pré-natais na zona leste da cidade de São Paulo:

- I) Falta de materiais e equipamentos;
- II) Instalações físicas inadequadas;
- III) Problemas de ordem pessoal e social por parte das gestantes;
- IV) Horários limitados das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- V) Instalações físicas e estruturais inadequadas;
- VI) Espaços físicos inadequados para o atendimento individual ou para atividades em grupo;
- VII) Inadequação e falta de impressos e de cartões de pré-natal com as solicitações mínimas;
- VIII) Falta de contraceptivos;
- IX) Profissionais em número insuficiente para o atendimento ao segmento gravídico-puerperal;
- X) Falta de protocolos que norteiem os enfermeiros para uma melhor assistência pré-natal;
- XI) Deficiência no conhecimento dos profissionais envolvidos;
- XII) E falta de capacitação e treinamento para o atendimento às gestantes.

Narchi (2013) ressalta ainda as verbalizações de profissionais e gestantes quanto: às dificuldades na referência e contra referência por falta de vagas; a lentidão e a inoperância desse sistema; a falta de garantia à vaga no momento da parturição; os atrasos nos diagnósticos dos exames solicitados; a falta de vagas para realização de ultrassom obstétrico; e a falta da garantia de que ocorra uma visita prévia, por parte da gestante, ao hospital que será sua referência de parto.

Essa persistente lacuna de desigualdade descreve a inadequada interlocução entre os serviços de atenção básica, ambulatorial e hospitalar para atenção gravídico-puerperal dessa região. Dessa forma, observa-se que muito ainda deve ser feito para que seja atingido o conjunto de propostas do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) relacionadas à universalidade do atendimento ao pré-natal, parto e puerpério digno e de qualidade às gestantes da cidade de São Paulo (Souza, et al. 2013).

Há vários índices de adequação que são utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal, geralmente baseados no início do pré-natal e no número de consultas realizadas. Takeda foi pioneiro, quando em 1993, no Brasil, apresentou uma proposta

modificada do Índice de Kessner para a avaliação da assistência pré-natal. Ficou conhecido como índice de Kessner modificado por Takeda, o qual apresenta escores para a avaliação de qualidade. Vale evidenciar que, além do número de consultas e início do pré-natal, a pesquisadora avaliou os procedimentos e exames realizados. Vários estudos têm sido feitos no Brasil a partir desse índice de avaliação do pré-natal (Takeda, 1993).

No Brasil, não havia modelo instituído pelo Ministério da Saúde que normatizasse a assistência pré-natal. Em 2000, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que vem ao encontro da proposta de Takeda.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Segundo Dias et al. (2014), as causas principais dos óbitos maternos em países em desenvolvimento e em subdesenvolvimento são, em sua maioria, evitáveis e estão diretamente relacionadas a morbidades decorrentes do processo gestacional, parto e puerpério, sendo as de maior prevalência as hemorragias pós-parto, alterações hipertensivas, sepse, partos obstruídos e complicações relacionadas ao aborto inseguro. A morbidade antecede a morte, e a morte materna atinge direta e indiretamente a sociedade, impactando ao menos três famílias, além de ser potencial gerador de problemas sociais advindos da criança que ficou sem a mãe. Esse é um dos principais motivos para se preocupar com estudos que abordem a morbidade materna e as suas causas (Lotufo, 2010; Vieira, 2005; Cavalcante, Guanabara, & Nadai, 2012).

De acordo com Vieira et al. (2005, p. 251):

O óbito materno é um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida de uma população e reflete, principalmente, a desarticulação, desorganização e qualidade inadequada da assistência de saúde prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, uma vez que a assistência pronta, oportuna e adequada pode evitar a maioria dessas mortes.

Nesse mesmo sentido, o Brasil por meio do Ministério da Saúde (2010b) aponta que as condições socioeconômicas em locais de baixo poder aquisitivo também contribuem para elevar o risco da não identificação de problemas que podem levar a complicações perinatais, devido às condições de acesso.

O presente trabalho visa evidenciar o perfil do atendimento a gestantes pertencentes à zona leste da cidade de São Paulo e relacioná-lo a possíveis eventos no parto, utilizando como

recurso as variáveis do cartão da gestante e o resumo de alta, mediante o uso do Índice de Kessner modificado por Takeda.

1.1.1 Questão de Pesquisa

Diante do exposto e, considerando que o cartão da gestante é a fonte primária de informação e comunicação entre as equipes de saúde e instituições hospitalares (Carvalho, Folco, Barros, & Merighi, 2004) e já se encontra em vigor há mais de 10 anos, juntamente com os programas de Pré-natal, Luz, Tiago, Silva e Amaral (2008) apontam que a melhoria da assistência materno-infantil depende ainda de vasta análise sobre ações e melhorias que envolvem a assistência, cabendo aqui o questionamento: como a análise das variáveis do cartão da gestante a partir do Índice de Kessner modificado por Takeda relaciona-se com os indicadores de gravidade?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- Identificar as relações da aplicação do Índice de Kessner modificado por Takeda no cartão da gestante com os indicadores de gravidade no parto.

1.2.2 Específicos

- a) Analisar os dados inseridos no cartão da gestante utilizando o Índice de Kessner modificado por Takeda;
- b) Categorizar como adequado, inadequado e intermediário;
- c) Evidenciar o perfil de morbidade e dados sócio demográficos das puérperas da amostra selecionada;
- d) Identificar os indicadores de gravidade nos resumos de alta e correlaciona-los com o resultado da classificação do índice de Kessner modificado por Takeda.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo inteiro, todos os anos, devido a complicações relacionadas à maternidade (WHO, 2009), configurando-se uma crise na saúde materna e infantil expressa na maior exposição de mulheres e de crianças ao risco de adoecer e de morrer.

Esses dados são expressos pela Razão de Mortalidade Materna (RMM) que, segundo Carreno, Bonilla e Costa (2014), é um indicador sensível e relevante da atenção e da qualidade da saúde da mulher. Valores elevados de mortalidade materna trazem um alerta de outros problemas, como morbidade e mortalidade perinatal elevada. Para cada caso de morte materna ocorrem vários casos de morbidades, inclusive com sequelas severas e permanentes.

Considera-se que o monitoramento da Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil é dificultado por dois fatores, quais sejam: a subinformação e o sub-registro das declarações de causas de óbitos (Magalhães, Raymundo, & Bustamante-Teixeira, 2013; Carreno, Bonilla, & Costa, 2012; Carreno et al., 2014). Em alguns Estados, as subnotificações vêm sendo corrigidas desde 1990 pelos comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, que atuam junto às secretarias municipais e de estado da saúde, cujas vigilâncias epidemiológicas investigam as mortes de mulheres em idade fértil, identificando os óbitos maternos como ocorrem em diversos estados do país.

O Brasil esteve entre os 189 países membros da Organização das Nações Unidas que, em 2000, firmaram o compromisso de cumprir oito metas do Milênio para melhoria das condições de vida das populações. Dentre as metas, consta a redução de 75% da mortalidade materna entre 1990 e 2015, que deveria ter sido alcançada através de programas de promoção da saúde para mulheres em idade reprodutiva.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta como meta a redução da morte materna 30/100.000 nascidos vivos, o Brasil ainda está em um patamar de 60/100.000 nascidos vivos.

Apesar da considerável redução no índice de mortalidade no Brasil entre o período de 1990 a 2012, saindo de um patamar de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos para 68 óbitos por 100.000 nascidos vivos (Soares et al., 2012; Ministério da Saúde, 2012a), segundo a Organização das Nações Unidas (2012), houve uma redução no ritmo dessa desaceleração, sendo necessário rever novas estratégias a fim de acelerar esse processo, haja vista que a meta pactuada para 2015 era de 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

O aumento da taxa de mortalidade materna também vem crescendo nos EUA, em 1987, menos de oito mulheres morriam a cada 100 mil partos. Em 2013, o número cresceu para 18,5 mortes a cada 100 mil partos (incluindo mulheres que morreram 42 dias depois de darem à luz). Isso faz dos EUA um país isolado neste aspecto, na comparação com outros países desenvolvidos. Entre 2003 e 2013, os EUA eram um em apenas oito países — incluindo Afeganistão e Sudão do Sul — onde a taxa de mortalidade maternal estava subindo. As mulheres americanas correm mais riscos de morrer por causas ligadas à gravidez do que as mulheres da Inglaterra, República Checa, Alemanha e Japão (Shields et al 2016).

Segundo o autor, uma teoria é que a alta do índice reflete o fato de que mais mulheres estão engravidando mais tarde, o que torna o parto mais arriscado. Mulheres com 35 anos ou mais representavam menos de 15% dos partos entre 2006 e 2010, mas eram mais de 27% das mortes relacionadas à gravidez. Ainda assim, padrões similares podem ser analisados em outras partes do mundo, como a Europa Ocidental, onde a mortalidade continua a cair. Outros apontam para o fato de que quase um terço de todos os partos americanos são por cesariana. Mas a melhor explicação é que mais mulheres americanas estão menos saudáveis quando engravidam e não procuram os cuidados necessários. Condições crônicas de saúde, como obesidade, hipertensão, diabetes e doenças cardíacas são cada vez mais comuns entre gestantes, tornando o parto mais perigoso. De fato, as causas tradicionais de morte relacionadas à gravidez, como hemorragia, tromboembolismo e pressão alta, têm caído nos últimos anos, enquanto as fatalidades por condições cardiovasculares e outros problemas crônicos vêm crescendo.

Desse modo, confirma-se a importância da adequada assistência pré-natal, que consiste em prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis na gestação, no parto e no puerpério. Essa atenção qualificada é fundamental para a redução da morbimortalidade materna e infantil, portanto, a qualidade desses cuidados está diretamente relacionada à saúde integral de mães e de conceitos (Zanchi, Gonçalves, César, & Dumith, 2013). Além disso, os autores evidenciam que a vulnerabilidade social de mulheres e de crianças a algumas situações de risco é comprovadamente um fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais.

Assim, visando melhorar esses indicadores, o Governo Federal do Brasil implementou no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.

Nesse sentido, foi elaborado um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas para nortear o seguimento da gestação, orientando um fluxo de atendimento próprio, isto é, uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira. Porém, alguns estudos têm demonstrado que esse conteúdo mínimo não está sendo executado de maneira satisfatória para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil (Andreucci & Cecatti, 2011).

Em 2014, o Ministério da Saúde reafirmou a relevância da consulta de pré-natal e puerperal como um fator imprescindível para uma gravidez saudável e para o bem-estar da mãe e do conceito, inserindo, nesse contexto o cartão da gestante, a fim de que os profissionais de saúde envolvidos obtivessem informações necessárias – tais como dados de identificação da gestante, histórico médico, consultas anteriores, exames realizados, intercorrências registradas –, que seriam evidenciadas quando a gestante apresentasse o cartão durante as consultas de pré-natal, parturição e puerpério.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2014), o Cartão da Gestante vem sendo utilizado como instrumento de comunicação e informação, sendo agregado ao Sistema Único de Saúde (SUS) como parte do plano de atenção ao pré-natal, com a finalidade de armazenar informações da gestante para serem utilizadas pelos profissionais de saúde em unidades básicas e hospitais, viabilizando uma troca de informações para uma melhor assistência.

O Cartão da Gestante deve apresentar e representar todos os processos clínicos desde exames, consultas, históricos prévios e atuais da gestante. Segundo Pacagnella (2011), qualquer falha no preenchimento do cartão pode diminuir a qualidade da assistência pré-natal, bem como mascarar dados e contribuir para o aumento de intercorrências, com prejuízos muitas vezes irreparáveis. Essas ações recomendadas pelo Ministério da Saúde (2012a) são essenciais para uma assistência pré-natal adequada e não demandam equipamentos e materiais sofisticados.

Considerando os estudos supracitados que apontam as diferenças socioeconômicas, demográficas e as condições de acesso como fatores significantes para o aumento da morbimortalidade, optou-se por realizar este estudo em uma região que atende a esses requisitos como forma de evidenciar dados que possam fornecer subsídios para novas estratégias locais. Assim, com vistas ao fato que de uma das novas metas pactuadas é a melhoria da comunicação entre as equipes de saúde envolvidas no processo materno-infantil, a análise da categorização dos registros no cartão da gestante pelo Índice de Kessner modificado por Takeda associada a um registro das rotinas de exames laboratoriais, e à possível relação com os indicadores de gravidade descritos no resumo de alta das puérperas,

pode evidenciar o perfil de morbidades presentes nas gestantes da região, com intuito de contribuir para a formulação de novas estratégias locais.

Para se avaliar a assistência do pré-natal e do puerpério, é necessário considerar os indicadores presentes no SISPRENATAL/DATASUS, sendo este um sistema informatizado e obrigatório presente em todas as unidades de saúde, que deverá ser atualizado a cada consulta das gestantes (Brasil, 2006a).

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

No capítulo 1 foi apresentada a introdução do trabalho, com uma análise epistemológica sobre o assunto a ser abordado.

No capítulo 2, referente à revisão bibliográfica, serão abordados três polos teóricos, quais sejam:

O primeiro polo teórico versará sobre a evolução da assistência à gestante no contexto nacional e internacional, de modo que serão abordados os aspectos teóricos, epidemiológico, morbidades, evolução de tecnologias e conhecimentos referentes à assistência, os avanços e as políticas públicas direcionadas à assistência à gestante no Brasil, bem como o histórico da implantação do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), em que serão abordados: a legislação referente à implantação, os objetivos, o funcionamento, sua finalidade, bem como uma análise acerca das responsabilidades dos gestores frente ao programa. Neste âmbito, apontar-se-á também alguns estudos realizados, com o objetivo de avaliar as ações consideradas essenciais pelo Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), bem como seus respectivos objetivos e autores, com intuito de viabilizar a visão sintética de sua importância no movimento da assistência pré-natal humanizada.

No segundo polo teórico, contemplar-se-á uma abordagem importante tanto sobre o preenchimento adequado do cartão da gestante como das variáveis definidas como essenciais a serem preenchidas e a repercussão do não preenchimento destas sobre a assistência pré-natal. Abordar-se-á os instrumentos que avaliam esse preenchimento com vistas ao cumprimento da melhoria da comunicação entre os serviços de saúde e os profissionais envolvidos durante o atendimento à gestante no período gravídico-puerperal.

O terceiro polo teórico versará sobre morbidades perinatais, as normativas das práticas de saúde, em que será abordada a assistência pré-natal, enfatizando a necessidade de significância do pré-natal frente à diminuição da morbimortalidade materna/fetal, ressaltando

ainda, de que forma deve ser a atenção à gestante por parte do profissional envolvido no programa. Elencar-se-á as principais morbidades relacionando os eventos desfavoráveis no parto com os indicadores de gravidade derivados da tabela de procedimentos do SUS vinculados aos CIDs (Código Internacional de Doenças) da obstetrícia.

No capítulo 3, serão abordados o método e as técnicas de pesquisa, bem como o local e o período de realização da pesquisa e os critérios de seleção da amostra.

No capítulo 4, serão apresentados os resultados da pesquisa e uma breve discussão com base no conhecimento descrito nos polos teóricos, o que levará a uma análise crítica.

E no capítulo 5, serão tratadas as dificuldades encontradas para a realização da pesquisa, as conclusões, as contribuições e as sugestões para futuros pesquisadores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NO MUNDO E NO BRASIL

Maio, Pires-Alves, Paiva e Magalhães (2010) evidenciaram os dados da razão entre mortalidade materna e nascimento no Brasil como o número de 190 por 100.000 nascidos vivos. Diante desse número, compararam com a razão de mortalidade de outros países, tais como Canadá e Estados Unidos, em que o número de óbitos é de 9 para 100.000 nascidos vivos, enquanto no Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai, os óbitos são de 40 por 100.000 nascidos vivos. Fizeram, então, críticas severas questionando o comprometimento político para com as práticas de assistência à saúde materno-infantil do Brasil.

Estudos observacionais têm demonstrado que o número insuficiente de consultas de pré-natal é fator de risco para mortalidade tanto fetal como neonatal e que a falta de intervenções no momento apropriado da gravidez pode ocasionar o nascimento prematuro. Além disso, a falta de acompanhamento contribui para a não detecção de desordens hipertensivas, principal causa de morte materna na América Latina e nos países desenvolvidos, com 25,7 e 16,1%, respectivamente, dos casos de morte entre os anos de 1997 e 2002 (Soares & Menezes, 2010).

Outras doenças iniciadas na gestação ou que são descobertas e não são controladas no pré-natal, tais como diabetes, infecção do trato urinário, sífilis e HIV/AIDS, podem proporcionar resultados desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o filho. O indicador de sífilis congênita ainda é um problema de saúde pública, já que, para o ano de 2006, foi de 1,7/1.000 nascidos vivos, além do fato de a transmissão vertical do HIV ter ocorrido em 7% dos casos em que a mãe era soropositiva. A infecção do trato urinário não tratada durante a gestação ocasionou o trabalho de parto em 33% das mulheres com tal problema e o parto pré-termo em 18,9% (Szwarcwald, Escalante, Rabello, Borges, & Victora, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (1995), em 1995, recomendou ao Brasil incluir nas declarações de óbito questões específicas sobre gravidez atual ou em relação ao ano que antecedeu a morte (campos 43 e 44), variáveis de preenchimento obrigatório nos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade. Dois anos após sua adoção, os percentuais de informações ignoradas ou em branco referentes a esses campos ainda eram muito altos, superiores a 87,0%.

Em 2008, a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, estratégia importante para qualificar os dados sobre mortalidade materna, tornou-se obrigatória no Brasil. Apesar das controvérsias metodológicas sobre a mensuração realizada no Brasil, a redução da mortalidade foi importante, porém, ainda insuficiente, de modo que será necessário aumentar a velocidade de declínio no tempo remanescente a fim de alcançar a meta estipulada. Em setembro de 2010, o Secretário Geral da ONU lançou a “Estratégia Global de Saúde de Mulheres e Crianças”, buscando mobilizar apoio por parte dos governos, organizações da sociedade civil e outros parceiros em resposta à necessidade de acelerar esforços para salvar a vida e melhorar a saúde das mulheres e de recém-nascidos (Carreno et al., 2014).

Em 2011, na região das Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2011) informa que a taxa de partos atendidos por profissional qualificado é de 95,5%, sendo que, no Brasil, chega-se a 99%. Globalmente, a proporção de mulheres que foram atendidas por pessoal qualificado pelo menos uma vez durante a gravidez aumentou de 64% para 81%, enquanto a proporção de mulheres com idade entre 15–49 anos que utiliza qualquer método de contracepção também aumentou de 52% para 61%.

No país, o número de mulheres que realizam quatro consultas de pré-natal é de 99%, e na região das Américas, 94%. Já a taxa de uso de métodos contraceptivos na região é de 64% e, no Brasil, de 78%² (Serruya, 2012).

Quanto à morbimortalidade materna no Brasil - que considera as variáveis eleitas como causas dos óbitos, a transferência hospitalar e a evitabilidade, sem incluir os determinantes sociais que são relevantes para analisar as causas da mortalidade - é necessário um olhar direcionado para cada um de seus estados-membros, com o intuito de identificar os determinantes sociais. Segundo os estudos de Soares e Menezes (2010) e, também o de Predebon, Mathias, Aidar e Rodrigues (2010), as iniquidades são marcantes e podem explicar parte importante do problema; tais autores recomendam ampliar a análise e proposições de intervenções e recomendações. Em muitos lugares, essa discussão ampliada tem permitido a proposição das intervenções necessárias para diminuir a morte evitável de mulheres.

A mudança na razão de mortalidade materna é difícil de ser avaliada pois cada país apresenta características diferenciadas na notificação, mas, no Brasil, nas últimas décadas, há evidências de diminuição nas razões de óbitos maternos (Cesar et al., 2011) devido à ampliação do acesso aos serviços de saúde, porém, os indicadores de mortalidade materna e neonatal ainda estão distantes do que se consideraria aceitável.

Apesar dos progressos, ainda persistem grandes desafios, incluindo as mortes maternas causadas por abortos inseguros e a alta frequência de cesarianas. A medicalização abusiva no

processo de parto e de nascimento também é uma tendência crescente (Cesar et al., 2011) e tem mostrado seu alcance na cultura e nas práticas cotidianas dos indivíduos.

Em 2011, partilhando dos mesmos objetivos, os Ministros da Saúde dos países da região das Américas e Caribe, presentes no 51º Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) aprovaram, por unanimidade, um plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e da morbidade materna grave no período de 2012–2017, ou seja, novas metas foram estabelecidas.

Esse plano consiste no aperfeiçoamento da resposta do setor da saúde, com ênfase em quatro áreas estratégicas, a saber:

- 1) Prevenção da gravidez indesejada e suas complicações, com solução aos problemas de acesso universal a contraceptivos de qualidade e redução do aborto inseguro;
- 2) Acesso universal a serviços para parto, ou com preços acessíveis, garantindo-se que os países eliminem as barreiras econômicas para o acesso aos serviços;
- 3) Aumento da qualidade e priorização das populações vulneráveis;
- 4) Qualificação de recursos humanos, promovendo o aumento do número e da qualidade destes, melhorando a capacidade de resposta de emergência e tratamento de complicações obstétricas;
- 5) Fortalecimento dos sistemas de informações estratégicas para ação e responsabilidade com ética, com melhoria da vigilância materna e perinatal e do estabelecimento dos comitês de análise de morte materna.

No Brasil, diligências regulatórias e normativas vêm sendo implementadas no campo da saúde materno-infantil. Com intuito de equalizar a assistência, o Ministério da Saúde (2011b) implementou, em 2011, o Programa Rede Cegonha, de modo que a saúde materna foi evidenciada como prioritária pelo Governo Federal, o que levou à criação de um programa com fundos muito superiores aos destinados programaticamente: R\$ 9,397 bilhões. Partiu-se do princípio de que só é possível haver mudanças se as condições objetivas estiverem asseguradas, de modo que a criação de um financiamento se constitui como muito relevante do ponto de vista das políticas a serem estabelecidas.

2.1.1 A assistência pré-natal no Brasil

Composta por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, a assistência pré-natal tem por finalidade promover a saúde da gestante e o do neonato. Considerada a primeira

linha de atenção no ciclo gravídico-puerperal, é um período que permite a identificação dos fatores de riscos que podem vir a gerar morbidades e prováveis complicações durante o processo reprodutivo (Pacagnella, 2011; Figueiredo, 2013).

As portarias do Ministério da Saúde nº 569, de 01 de junho de 2000; nº 570, de 01 de junho de 2000; nº 571, de 01 de junho de 2000; e nº 572, de 01 de junho de 2000 instituíram o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), mediante diferentes componentes de incentivo à assistência pré-natal, bem como a organização e regulação de novos investimentos na assistência obstétrica, estabelecendo uma nova regularização de repasses financeiros para a assistência ao parto.

Esse programa apresenta duas características que podem ser importantes, quais sejam:

- Um olhar para a integralidade da assistência obstétrica e humanização; e
- Retificação dos direitos da mulher incorporados às diretrizes institucionais.

Essa humanização na assistência pode ser realizada por meio de informação, orientação adequada, apoio contínuo, técnicas de massagens e estímulo à presença do familiar, ações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (1996) em 1996, através das boas práticas a serem realizadas por instituições que disponibilizam o atendimento ao parto e nascimento (Macedo et al., 2012).

Com intuito de instrumentalizar a assistência perinatal, o Ministério da Saúde (200b), em 2000, elaborou e publicou um manual técnico a fim de nortear a equipe de profissionais da saúde. Esse manual contém as normas de atenção ao período gravídico-puerperal, tendo como objetivo oferecer referência para a organização da rede assistencial, capacitação dos profissionais e para a normatização das práticas de saúde. Sequencialmente, em 2005, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde publicou também uma revisão ampliada desse manual técnico, desta vez, utilizando-se dos conhecimentos de consultores e de técnicos envolvidos nos diversos setores da assistência obstétrica e pré-natal. A 3ª edição, revisada, de 2006, possui foco nas condutas de acolhimento sem intervenções desnecessárias e nas ações ambulatoriais de atenção primária, desde o atendimento inicial até o encaminhamento para o alto risco, se necessário.

Corroborando tal perspectiva, o Ministério da Saúde (2006c), em 2006, estabeleceu o pacto pela saúde, revendo as formas de transferências dos repasses financeiros e comprometimentos dos gestores frente as propostas de Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. No pacto pela vida está a relevância da preocupação em elaborar estratégias para reduzir a morbimortalidade materno-infantil.

Alguns Estados, considerando as próprias particularidades de acesso e o acolhimento ao pré-natal, também desenvolveram os seus próprios manuais e programas de assistência pré-natal, com intuito de complementar as diretrizes dadas pelo Ministério da Saúde. Como exemplo disso, tem-se o Mãe Paulistana, que entrou em vigor na cidade de São Paulo em 2006, posteriormente, em 2010, a Secretaria de Saúde de São Paulo publicou um manual que integra um conjunto de ações que visam ampliar as possibilidades de efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, com foco no fornecimento ininterrupto: a) de métodos contraceptivos aos municípios, facilitando o acesso de mulheres e homens aos meios seguros e eficazes para evitar uma gravidez não desejada; b) de medidas para melhorar a organização da assistência às mulheres durante os períodos de gravidez, parto e puerpério, que foram adotadas, particularmente, em regiões com piores indicadores maternos e neonatais.

Com vistas à obtenção de melhores resultados, mudanças assistenciais muitas vezes complexas, mas possíveis, dependem de esforços contínuos do Estado, dos municípios e dos profissionais de saúde envolvidos. Assim, de modo a orientar o planejamento dessa reorganização assistencial, o manual propõe a construção da “Linha de Cuidado para as gestantes e as puérperas” em cada uma das regiões de saúde do Estado, conforme suas particularidades. Linha de cuidado aqui entendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas desse período, a ser ofertado de forma articulada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com base em protocolos clínicos e manuais técnicos.

Nesse sentido, Costa, Vila, Rodrigues e Pinho (2013) abordam a cogestão e apontam o entendimento da indissociação entre produção de saúde e produção de subjetividades protagonistas, uma tríplice inclusão que pode dar forma a ações integrais. Segundo os autores, durante a década de sua existência, o Plano Nacional de Humanização (PNH) tem apostado na estratégia metodológica do apoio institucional e respaldo, que tem sido pensado e operado como uma função coletiva, um “fazer com” as equipes apoiadas, perseguindo a criação de grupalidade, criando linhas de negociação e planos de ação, lidando com a fragmentação intra e intequipes via produção de espaços coletivos e projetos comuns, montando redes de coletivos, com intuito de ampliar, capacitar, melhorar a qualidade e o acesso das gestantes à saúde.

A experiência de apoio institucional voltada para a humanização do parto e do nascimento, experimentada no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (Ministério da Saúde, 2012b), serviu de embasamento para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha, que foi lançada em 2011 pelo

Governo Federal, configurando-se como uma rede de cuidados com vistas a assegurar à mulher e à criança o direito a uma assistência humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ou seja, com o funcionamento do Plano de Qualificação de Maternidades (PQM) e, posteriormente, do Rede Cegonha, buscou-se criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, com vistas à qualificação da gestão, à atenção materna e infantil, à humanização do cuidado, à garantia de direitos das(os) usuárias(os) e à redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna (Ministério da Saúde, 2012b).

Sendo assim, fatores distais de macrodimensionamento, como os econômicos, os culturais e sociais, associados a fatores intermediários relativos às condições de vida e de trabalho (estado nutricional da gestante durante a gravidez, pré-natal e parto adequados) interferem nos epílogos que, por sua vez, também são influenciados principalmente, por determinantes proximais associados a comportamentos individuais e complicações perinatais (Martinelli, Santos, Gama, & Oliveira, 2014).

A atenção primária está relacionada ao primeiro nível de contato com o sistema de saúde, e deverá estar arquitetada por cuidados essenciais e tecnologias acessíveis, tornando o serviço de saúde mais próximo da realidade local de cada região (Oloki et al. 2012).

Nessa perspectiva, a atenção pré-natal deveria controlar os fatores de risco que trazem complicações à gestação, permitindo a sua detecção e o tratamento oportuno, contribuindo para que os desfechos perinatais e maternos sejam favoráveis (Martinelli et al., 2014).

Para o acompanhamento da gestante, é essencial que seja estabelecido um vínculo entre a gestante, a Unidade Básica de Saúde e a maternidade de referência, situação que deverá ser estabelecida desde o início do acolhimento para averiguação da gestação (Silva & Monteiro, 2010).

Corroborando tal entendimento, o Ministério da Saúde (2014) recomenda que toda gestante tenha assegurada a assistência digna e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério, acompanhando o seguinte fluxo:

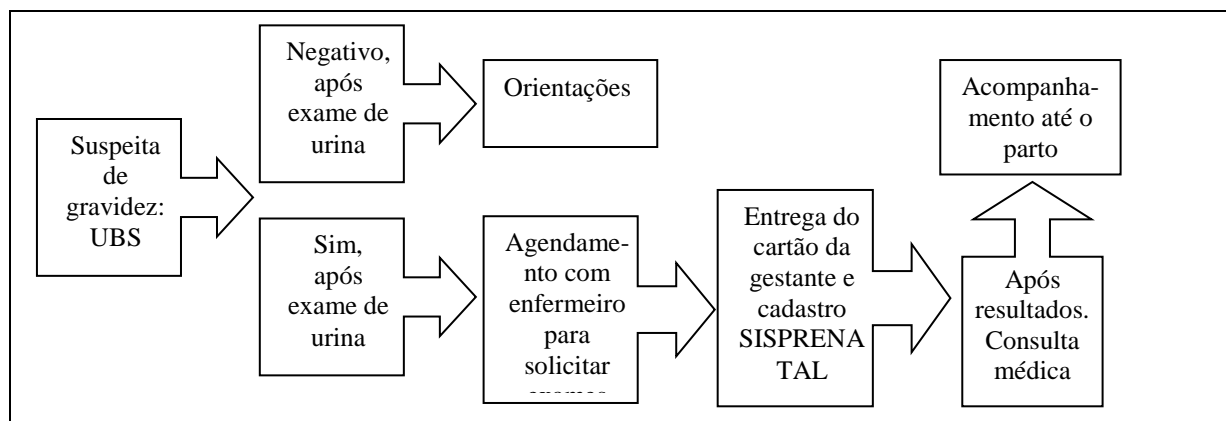


Figura 2. Suspeita de gravidez

Fonte: A autora

Preconiza ainda que o Cartão da Gestante, por ser um documento de registro primário, deve conter dados referentes a todos os procedimentos realizados no acompanhamento da gestação, sendo obrigatório o seu preenchimento, assim como as orientações à gestante de todas as informações que estão sendo registradas nele. Além disso, essa gestante deverá portá-lo sempre, sendo fundamental a sua apresentação, quando necessário, para uma melhor comunicação entre os profissionais envolvidos na referência e contrarreferência.

O Cartão da Gestante é fornecido logo na primeira consulta, momento em que deve ser realizada a coleta de dados sociodemográficos, histórico prévio e atual da gestante, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Sistema Único de Saúde (SUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada.

O programa Rede Cegonha permite a os todos que o acessam o acompanhamento da situação das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério; também permite ser um elo entre a referência e a contrarreferência de dados. Assim, recomenda-se que, após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, deve se iniciar o acompanhamento da gestante, registrando-se os seguintes aspectos: nome, idade, endereço, data da última menstruação, idade gestacional, trimestre em que iniciou o pré-natal e a avaliação nutricional.

Durante o acompanhamento do pré-natal, os dados colhidos nas consultas médicas e de enfermagem alimentarão o SISPRENATAL por meio das Fichas de Cadastramento das Gestantes (FCG) e das Fichas de Registro Diário do Atendimento das Gestantes (FRDAG), bem como pelo Cartão da Gestante, importante instrumento utilizado nas consultas e no momento da internação para a realização do parto (Ministério da Saúde, 2011a).

Santos Neto, Oliveira, Zandonade, Gama e Leal (2012) asseveram que, para uma adequada assistência no período gravídico-puerperal, faz-se necessário estabelecer alguns indicadores no protocolo assistencial que são as variáveis presentes no cartão da gestante e as mesmas do SISPRENATAL, tais como: cálculo da idade gestacional, o peso corporal e o ganho ponderal, a medida da pressão arterial, a medida da altura uterina e a avaliação da vitalidade fetal, além da verificação da presença de edema e sua relação com doenças, sendo que na primeira consulta, devem ser feitas a anamnese, o exame físico e gineco-obstétrico, identificação de fatores de risco e requisição de testes laboratoriais.

Um bom plano de acompanhamento da gestação inclui atenção aos aspectos emocionais, orientações educacionais relativas à saúde e aos hábitos de vida e preparação para a maternidade, além do diagnóstico e do tratamento de doenças da gravidez, sendo o cartão de pré-natal um bom indicador para a elaboração e realização desse plano de acompanhamento. Além das anotações essenciais nesse cartão, ressalta-se a importância de registrar – cuidadosamente em ficha apropriada, arquivada na instituição ou no consultório – os dados de exame clínico e resultados de exames laboratoriais e ou de imagem, possibilitando a avaliação da saúde em sua totalidade, focalizando os aspectos sociais, psicológicos e terapêuticos, de modo a propor um sistema multidisciplinar de atendimento, visto que essas questões interagem entre si (Ministério da Saúde, 2012a).

Segundo o Ministério da Saúde (2012a), as informações inseridas no Cartão da Gestante apoiam o profissional no diálogo com esta e nas ações de educação em saúde. Auxiliam a gestante a esclarecer dúvidas, preparar-se para o parto e para a amamentação, conhecer seus direitos, os sinais de alerta, entre outros.

Zanchi et al. (2013) apontam que o adequado preenchimento do CG é prioritário para qualificar a atenção e o cuidado pré-natal, bem como para garantir que as gestantes tenham acesso a informações adequadas para vivenciarem uma gravidez e um parto saudáveis.

O Ministério da Saúde (2014) recomenda que o intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíofetais, dados estes de registro essencial no cartão da gestante, e que, segundo Zanchi et al. (2013), muitas vezes são negligenciados por quem deveria preencher o cartão.

Sendo assim, considerando que uma das metas do novo acordo para redução da mortalidade materna é o fortalecimento dos sistemas de informações estratégicas para ações e responsabilidades, eles aparecem como importante elemento organizador e estruturante para

efetivar a mudança de modelo obstétrico e neonatal no que se refere ao reconhecimento da problemática envolvida no modelo tecnocrático de cuidados maternos e infantis (Pinto, Sousa, & Florêncio, 2012).

Nessa perspectiva política, o exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde requer uma agenda de decisões, que efetive os acordos entre os atores envolvidos e assegure condições concretas, sem as quais se corre o risco de transformar a cogestão em apenas um exercício discursivo (Ministério da Saúde, 2010b).

2.1.2 O programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN): um modelo na saúde perinatal.

Para que se possa obter um melhor entendimento sobre o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), é de fundamental necessidade entender os princípios norteadores desse estudo. Assim, torna-se imprescindível relembrar um programa que antecedeu o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), isto é, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Criado em 1984 pelo Ministério da Saúde (MS) e considerado o primeiro programa com visão holística, voltado à saúde materna, o programa estabeleceu paradigmas de atendimento universal às necessidades femininas.

Segundo o Ministério da Saúde (2010b), os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) consistiam em:

1. Promover a melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
2. Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade feminina no Brasil, especialmente em decorrência de causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
3. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Já as suas diretrizes consistiam em:

- a) Atenção e integralidade clínico-ginecológica e educativa às mulheres;

- b) Integral atenção à mulher durante o processo gravídico-puerperal;
- c) Atenção integral ao controle de doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- d) Integral assistência para concepção e contracepção;
- e) Assistência integral na prevenção do câncer uterino e do câncer de mama;
- f) Assistência à mulher no climatério.

Segundo Serruya, Lago e Cecatti (2004), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi um paradigma significativo de direitos reprodutivos para as mulheres, mas não foi capaz de operacionalizar os princípios estabelecidos, devido a dificuldades políticas, financeiras e operacionais. Corroborando os autores acima, Sousa, Santos, Baucher, Bertini e Camano (1995) mencionam que o não cumprimento da proposta de cobertura de toda a população feminina, uma vez que os serviços privados suprem as necessidades de contracepção apenas das classes mais favorecidas, culmina em um déficit na avaliação dos órgãos sanitários (Anversa, Bastos, Nunes, & Pizzol, 2012).

Assim, no aspecto pré-natal, do parto e puerpério, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da portaria nº 569, de 1 de junho de 2000, o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN). Esse programa consistia em uma estratégia de ação, com o objetivo de definir um modelo nacional que normatizasse as ações assistenciais relacionadas ao pré-natal, parto e pós-parto, conjugando esforços na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliando o acesso ao pré-natal, estabelecendo critérios para qualificar as consultas e estimulando vínculos entre a assistência prestada e o parto (Serruya et al., 2004).

Cabe ressaltar que a filosofia do PHPN tem o seu pilar de sustentação na humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal, condição primária para o acompanhamento apropriado do parto e do puerpério. Essa humanização se refere a dois parâmetros fundamentais, quais sejam: o primeiro dá ênfase à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e da organização da instituição, de modo a criar um ambiente com acolhimento e a programar rotinas hospitalares que possam transpor o tradicional isolamento imposto à mulher; o segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher tampouco o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (Ministério da Saúde, 2002b).

Além disso, o PHPN articula a integração de três componentes, orientados por normas técnicas, a saber: 1) Incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS); 2) Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal nos níveis de atenção secundário; 3) Implantação de nova sistemática de pagamento da assistência ao parto.

Diante dessa perspectiva, a Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000, integra esses três componentes nos seguintes (Ministério da Saúde, 2000):

O **Componente I**, publicado na portaria nº 570, de 1 de junho de 2000, que prevê o incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a adequação dos princípios estabelecidos pelo programa e com a missão de incentivar e subsidiar estados e municípios na adequação destes, foram instituídos incentivos financeiros no cadastramento das gestantes, na finalização da assistência pré-natal e no parto.

No que se refere ao registro inicial da gestante, destaca-se com maior ênfase que todos os municípios, ao aderirem ao programa, utilizam o Sistema de Informação Pré-natal (SISPRENATAL), *software* desenvolvido pelo DATASUS, no ano de 2001, e que tem a função de informatizar as informações (Ministério da Saúde, 2006b).

Os pagamentos financeiros à assistência pré-natal passam a ser estabelecidos nos seguintes valores repassados do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde: a) R\$ 10,00 por gestante cadastrada no município, mediante o preenchimento do cadastro da gestante; e b) R\$ 40,00 por gestante, ao município que atenda aos preceitos de seis consultas de pré-natal, no mínimo, sendo uma no puerpério, associados aos exames e vacinas pré-determinados; à unidade hospitalar que realizar o parto, caberá o incentivo financeiro de R\$40,00, mas a unidade deverá ter um termo de adesão do município ao programa, o que proporciona o pagamento direto ao hospital que recebeu a parturiente.

É cabível salientar que esses incentivos, estabelecidos pelo PHPN, estão diretamente relacionados aos requisitos básicos de uma assistência mínima, e que o não cumprimento de qualquer um deles impacta na qualidade da assistência à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

O **Componente II**, publicado na Portaria nº 571, de 1 junho de 2000, que trata dos níveis da atenção secundária.

Este componente é constituído pela organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal. Advêm dessa portaria os recursos para a implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento à Gestante pré e inter-hospitalares, implementação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal, e financiamento operacional, técnico e de equipamentos para assistência ao parto e ao recém-nascido, em hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam públicos ou filantrópicos.

E o **Componente III**, publicado na Portaria nº 572, de 1 junho de 2000, que traz uma inovadora situação de custeio na regularização de pagamento de assistência ao parto.

Esse componente programou as condições de custeio da assistência ao parto por meio do registro dos hospitais nos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), adicionando valor e forma dos procedimentos. Valores adicionais foram acrescidos para os hospitais que prestaram assistência à gestante inserida no PHPN e que realizaram todo o pré-natal completo.

Os componentes II e III supracitados trazem uma menção tangencial relacionada ao contexto de todo o processo, ao financiamento do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), à implantação, aos objetivos e à sua finalidade, como parte das ações sugeridas pela área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

Cabe salientar que uma importante abordagem do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) está relacionada à operacionalização do Programa e à responsabilidade de cada esfera de governo, resultando em uma hierarquização e regionalização do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2002a).

Assim, por nível de governo, as responsabilidades se dividem da seguinte forma:

I. A esfera Federal tem como responsabilidade: o acompanhamento do processo de forma a articular com Estados, Municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de avaliação e de controle; a implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento de forma a assessorar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos programas estaduais de humanização no Pré-natal, nascimento e na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal; a alocação de recursos destinados ao cofinanciamento dos componentes de forma a estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa; e a identificação de gestantes com o fornecimento de série numérica por estado e por município.

II. A esfera Estadual tem como responsabilidade: a elaboração e a articulação juntamente com as respectivas secretarias municipais de saúde para a adesão aos planos regionais; a organização dos sistemas estaduais/regionais da assistência hospitalar obstétrica e neonatal; a especificação das unidades de referência para o diagnóstico, assistência ao parto de baixo e alto risco e a atenção ambulatorial à gestação de alto risco; a garantia e a organização do andamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; o monitoramento dos municípios na estruturação das Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e dos processos de

implementação dos municípios, contando com avaliação, controle, e acompanhamento do programa; a destinação completa de recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do programa; o acompanhamento e monitoramento do desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual; a manutenção e atualização dos bancos de dados (SIM, SINASC, SINAN e SIAB); e a análise e homologação dos Termos de Adesão encaminhados pelos municípios.

III. A esfera Municipal tem como responsabilidade: a participação na elaboração dos Planos Regionais em colaboração com a Secretaria Estadual; a implantação e a garantia de funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal e do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar; a avaliação do atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território; a implementação do acompanhamento e do cadastramento de suas gestantes; o favorecimento de condições de acesso à realização dos exames laboratoriais de seguimento do pré-natal, em outro município e em seu próprio território, de acordo com a programação regional; o estabelecimento do acordo com a programação regional por meio da referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município; a alocação completa de recursos financeiros próprios para o progresso do desenvolvimento do programa; o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal, através do monitoramento de desempenho do programa e dos resultados alcançados; a atualização e manutenção dos bancos de dados (SIM, SINASC, SINAN e SIAB); e a homologação e envio do Termo de Adesão ao Programa, pelo Gestor Estadual, à Secretaria de Políticas da Saúde/MS.

De acordo com Pontes, Lima, Feitosa e Trigueiro (2014), as gestantes devem ter seus direitos em todas as esferas de atenção. No que se refere às justificativas do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), as gestantes têm direito a: a) saber a maternidade em que será atendida no momento do parto e, conseqüentemente, o acesso assegurado ao recém-nascido; b) ter um parto com a assistência de forma digna e de qualidade; e c) uma assistência de forma humanizada e segura durante o puerpério e para com o recém-nascido (RN).

2.1.3 Ações essenciais recomendadas pelo Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN) para estimar a cobertura de pré-natal

Segundo Serruya et al. (2004), essas ações essenciais devem ser realizadas de forma conjunta e não fragmentada, sendo que cada mulher deve realizar todas as ações, ou seja, a assistência não foi pensada como uma soma de tais ações: tantas consultas, tantas vacinas, tantos exames etc.

Assim, frente às ações essenciais preconizadas pelo Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), pode-se fazer uma alusão aos vários estudos que avaliaram o seu impacto, tais como os descritos a seguir.

Em 2003, foi realizado por uma equipe de pesquisadores da Universidade de São Paulo, no período de 12 meses, um estudo nacional que avaliou o processo de implantação e implementação do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) nos municípios que o aderiram entre os anos de 2001 e 2002. Esse estudo constatou que a realização dos procedimentos previstos nesse Programa é mais frequentes nos municípios de grande porte, indicando que a existente oferta de serviços é um elemento facilitador no cumprimento do programado.

Além do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), outras ações governamentais foram instituídas com o objetivo de monitorar e melhorar a qualidade de vida das mulheres e crianças, com consequente diminuição da mortalidade neonatal no Brasil. Nessa conjuntura, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna foi instituído em 08 de março de 2004, com o objetivo de mobilizar gestores e sociedade civil na promoção de políticas e ações integradas, com o compromisso de redução das taxas de morte de mulheres e recém-nascidos (Ministério da Saúde, 2004).

Nessa perspectiva, os estudos realizados por Traverzim (2015), Cecatti, Marba, Passini, Calderon e Martinez (2015) e Haddad (2009) fazem menção à média de consultas, início do pré-natal e exames laboratoriais básicos, segundo critérios do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN).

Figueiredo (2013), além de mencionar a média de consultas, início do pré-natal e exames laboratoriais básicos, segundo o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), discutiu também a cobertura de vacinação antitetânica. Foram calculados alguns indicadores de processo para a assistência pré-natal prestada às gestantes em serviços públicos de Salvador (Bahia), nos quais observaram que, dentre as gestantes

inscritas no PHPN, 33,5% receberam a dose imunizante ou a dose de reforço da vacina antitetânica e 17,6% foram submetidas ao teste anti-HIV.

Vale ressaltar que os municípios de pequeno porte apresentam mais dificuldades de operacionalização devido a vários fatores, tais como: déficit de recursos humanos e de capacidades técnicas para desencadear a organização dos dados, além das pactuações e recursos para o planejamento do sistema de saúde local (Ministério da Saúde, 2008).

Outro estudo, realizado por Parada (2008) no município de São Paulo, observou que 75,9% das gestantes haviam realizado seis ou mais consultas de pré-natal.

O estudo de Andreucci e Cecatti (2011) aponta que desde a implantação do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), os dados nacionais refletem ainda uma baixa cobertura do programa, com grandes variações por região do país. Ainda consoante os autores, apesar de a quantidade de consultas ter aumentado gradativamente nos últimos anos, os requisitos mínimos do programa ainda não atingiram 20% de abrangência, considerando-se as diferenças entre as variáveis regionais.

De modo geral, desenvolver competências de acordo com o que é preconizado pelo PHPN é a base de sustentação para obtenção de sucesso nas atividades, sendo uma contribuição para garantir a qualidade na assistência pré-natal. A normatização de procedimentos, o planejamento de cada consulta e o modo como deve ser realizada são pontos essenciais para orientar e apoiar o profissional, qualificando a atenção básica de saúde (Santana, 2011).

Diante do exposto, deu-se a necessidade de criar um meio de comunicação entre o pré-natal e a assistência ao parto, de modo que o Ministério da Saúde instituiu, por meio da publicação do catálogo de Assistência Pré-Natal, em 1988, o Cartão da Gestante (CG).

2.1.4 Organização da rede assistencial para o pré-natal e as normativas das práticas de saúde

O cuidado pré-natal envolve um conjunto de atividades no decurso da gravidez, que requer investimentos tanto da parte da mulher como também dos profissionais e das organizações responsáveis por este cuidado. No Brasil, a assistência pré-natal é uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde; o Ministério da Saúde tem implantado medidas que visam ampliar o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, qualificar as ações por ele desenvolvidas e modificar o modelo de atenção ao parto (Ministério da Saúde, 2006c).

Um dos indicadores amplamente utilizado para avaliar o risco da mortalidade infantil é o número de consultas de pré-natal, pois expressa a situação do acesso aos serviços de atenção à saúde materno-infantil; outro indicador também utilizado é a informação sobre a idade gestacional de início do cuidado. Junto a estes, outros três indicadores sinalizam a má qualidade do atendimento pré-natal, a saber: 1) a alta incidência de sífilis congênita, cujo diagnóstico e tratamento acontece durante a gravidez, sendo este o meio de prevenção; 2) a hipertensão gravídica, primeira causa de óbito materno no país, mas que poderia ser minimizada por meio do adequado controle ao longo da gestação; e 3) 31% das gestantes no Brasil não recebem nenhuma dose de vacina antitetânica (Ministério da Saúde, 2009b).

Para que o pré-natal exerça seu efeito protetor, é preciso ir além do fato de atingir o número mínimo de consultas, deve subsidiar elementos facilitadores das outras ações previstas pelos programas governamentais como: teste anti-HIV, teste para VDRL, vacinação, detecção do diabetes mellitus, identificação de riscos reprodutivos, orientação acerca da gestação, parto e puerpério, monitoramento antropométrico e outros que efetivamente assegurem a qualidade da assistência (Ministério da Saúde, 2010a).

Segundo Laurenti (2009), a falta de cuidados pré-natais às gestantes, juntamente com a pobreza e os baixos níveis de instrução, são aspectos relevantes ao aparecimento de recém-nascidos de baixo peso.

A recomendação internacional é pela realização de quatro consultas de pré-natal combinadas à realização das medidas preconizadas, uma vez que não se acrescenta benefícios com um maior número de consultas (Laurenti, 2009).

No Brasil, a recomendação era de, no mínimo, seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Com a instituição da Rede Cegonha, a recomendação passou a ser 7 consultas, de maneira a compensar a dificuldade de acesso e problemas de qualidade da assistência ainda existentes no país (Ministério da Saúde, 2005).

Para um adequado controle dos fatores de riscos que podem favorecer complicações, a atenção pré-natal, da forma preconizada pelo Ministério da Saúde, pode permitir além da identificação dos eventos de riscos, tratamento oportuno para um melhor desfecho perinatal e materno (Cecatti et al., 2015).

Porém, estudos já sugerem uma redução no número de consultas pré-natais, combinado a um pacote de ações, e comparam os efeitos com os programas já praticados. Os resultados mostram não haver diferença significativa entre os grupos e que essa conduta clínica pode ser introduzida sem risco para a mãe ou para o bebê.

Uma diminuição no número de atendimentos reduz os custos, apesar de causar certo grau de insatisfação nas mães. Ao mesmo tempo, as revisões mostram que são, efetivamente, as populações expostas a situações de risco as maiores beneficiadas com o pré-natal, sugerindo que a redução do número de consultas não seja realizada nos locais em que o padrão de visitas já é baixo, de modo que sempre sejam acompanhados os resultados fetais e neonatais (Cruz, Vieira, Queiroz, Rodrigues, & Santos, 2016; Magalhães et al., 2013).

A atenção à saúde da mulher e da criança é comumente estudada quando se busca avaliar os fatores de risco para a morbimortalidade materna e infantil, por ter grande relevância na redução dos desfechos negativos. A diversidade de estudos demonstra a importância do tema, pois as variáveis reprodutivas maternas e as relacionadas às condições de nascimento da criança permitem a avaliação da qualidade dessa atenção (Silva, Coutinho, Katz, & Souza, 2013)

Assim, o pré-natal tem como objetivo assistência a gestantes com intuito de: a) fortalecer o organismo da gestante; b) tratar e pesquisar, quando possível, o estado mórbido, que futuramente poderá dificultar o desenvolvimento da gestação; c) além de fornecer orientações à gestante e apoiá-la psicossocialmente, preparando-a para o parto, buscando assegurar uma melhor estruturação psíquica do nascimento.

Outros autores, como Souza et al. (2013) evidenciam que, durante o pré-natal, o vínculo entre o profissional de saúde e o acolhimento à gestante proporcionam a adesão ao serviço de assistência. Esse elo pode, inclusive, diminuir os riscos de intercorrências perinatais.

Os programas de assistência pré-natal sugeriram a partir da crença na possibilidade de prevenção de morte materna e também fetal e infantil. A rotina de atendimentos para as mulheres grávidas se desenvolveu como parte dos cuidados pré-natais, no entanto, sem evidências do quanto é necessário para aperfeiçoar o cuidado das mães e bebês (Pacagnella, 2011).

Além dessa, outras condutas qualificam e humanizam a atenção pré-natal, consoante a Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2011b). São elas:

- I. Realização da primeira consulta de pré-natal até 12^a semana de gestação;
- II. Acolhimento às intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- III. Acesso, em tempo oportuno, ao pré-natal de alto risco;
- IV. Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, bem como acesso aos resultados em tempo oportuno;

- V. Vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao local em que será realizado o parto;
- VI. Qualificação do sistema e da gestão da informação;
- VII. Implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- VIII. Prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e hepatites;
- IX. Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

As gestantes portadoras de alguma doença, que sofrem de algum agravo ou que desenvolvem problemas durante a gestação apresentam maiores chances de um desfecho desfavorável tanto para a mulher como para feto (Carvalheira, Tonete, & Parada, 2010; Haddad, 2009). Por isso, as normas de assistência devem permitir identificação precoce e adequada dos problemas, assim como oferecer procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários e a informação de qual nível de assistência eles serão realizados. Dessa forma, o controle pré-natal da gestante que não possui problemas poderá ser diferente daquela que os apresenta, seja no manejo, seja em relação ao número de consultas ou aos profissionais que prestarão assistência (Ministério da Saúde, 2010b).

Segundo o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (Ministério da Saúde, 2010b), a identificação de um ou mais fatores de risco não é, necessariamente, indicativo de utilização de recursos com tecnologia avançada diferente do oferecido na assistência pré-natal de baixo risco. Muitas vezes, a indicação é uma atenção mais aprofundada por parte da equipe de saúde a essas gestantes através de uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo entre elas definido a partir do fator de risco identificado e a condição da gestante.

Mediante o contexto acima explicitado, abordar-se-á no próximo tópico as principais morbidades recorrentes no período gravídico-puerperal.

2.2 CARTÃO DA GESTANTE

O Cartão da Gestante tem sido utilizado como instrumento de assistência pré-natal, visando trazer informações que possam preservar a saúde materna e proteger o conceito. Por meio dele, é possível conhecer o estado de saúde da gestante, bem como identificar e avaliar os fatores de risco do parto (Santana, 2011).

Um estudo realizado logo após algum tempo de implementação do Cartão da Gestante (CG), no Posto de Saúde do Parque das Indústrias, no município de Londrina, que visou analisar o baixo peso ao nascer, avaliou a importância do caráter informativo do Cartão da Gestante (CG), tanto em relação às mães como no que se refere aos Serviços de Saúde. Constatou-se que, apesar de não se apresentarem completamente preenchidos, estes têm sido bastante utilizados pela equipe de saúde (Campos, Akatsu, Prado, Hoyama, & Rodrigues, 1996).

Considerando a perspectiva acima, a literatura evidencia que o Cartão da Gestante (CG) se tornou um meio de comunicação de vasta utilização na atenção básica de pré-natal, possibilitando o acesso a informações sobre o acompanhamento da gestação e o conhecimento de alguns fatores de risco, que podem auxiliar na avaliação e na reavaliação de risco obstétrico e perinatal. Todos os envolvidos no processo leem e valorizam as informações contidas no Cartão da Gestante (CG), de modo que os itens considerados mais importantes foram: evolução de pressão arterial, idade gestacional (IG), tipagem sanguínea, paridade, altura uterina.

Quanto à confiabilidade das informações contidas no cartão, 54% dos profissionais afirmam que estas são confiáveis, mas que, apesar disso, checam novamente alguns dados com a própria gestante (Campos et al., 1996).

Os autores evidenciam ainda, que um adequado preenchimento do Cartão da Gestante se torna fundamental, se considerarmos que a gestante necessita de atendimento em nível hospitalar no dia do parto e, no caso de suceder intercorrências no período gravídico, os profissionais de saúde envolvidos, muitas vezes, não são os mesmos do pré-natal.

O Ministério da Saúde (2004a) recomenda que no Cartão da Gestante deva conter o máximo de informações, evitando-se que, no momento do parto, procedimentos ou exames que protejam o feto e a mãe sejam negligenciados ou repetidos desnecessariamente.

Além do seu papel no referenciamento ao parto, os cartões de gestantes funcionam como fonte de informação para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), bem como são utilizados em estudos que avaliam a qualidade da assistência pré-natal para fundamentar políticas de saúde materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) (Polgliani, Santos, & Zandonade, 2014).

Sua preservação pelas parturientes vem sendo muito valorizada, haja vista que quase a totalidade delas chegam para o parto com seus respectivos cartões. Contudo, segundo Santos Neto et al. (2012), o cartão está sujeito à incompletude de registros por parte dos profissionais

que assistem ao pré-natal, assim como às perdas ou extravios pelas gestantes que, algumas vezes, têm dificuldades quanto ao entendimento dos registros anotados neles.

O Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) intensificou o uso desse instrumento como fonte de dados e de ponte no acompanhamento da gestante na atenção básica, na secundária e terciária (Santos Neto et al., 2012). Os apontamentos literários acima indicam, acerca de um estudo nas maternidades públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e na região de Vitória (Espírito Santo), que foi encontrado um grande número de mulheres na atenção ao parto portando o cartão da gestante na maternidade, o que levou a uma correlação do Cartão da Gestante (CG) como possível garantia de um parto sem intercorrências.

Deve-se destacar que a realização dos exames mínimos preconizados depende de um fluxo que se estabelece a partir do momento em que a gestante realiza o encontro com o enfermeiro e, posteriormente, com o médico. Isso segue um fluxo de solicitação do exame, a procura pelo laboratório, a realização do exame, a emissão do resultado, o retorno ao profissional, e, por fim, a anotação no cartão da gestante.

No município de Cariacica (PIB = R\$ 9.806), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) cobriu, em média, 45% das puérperas, ao passo que aproximadamente 30% das puérperas residentes no município de Guarapari, situado a 51km da capital, também foram cobertas pelo PACS no pré-natal. Supõe-se que, se há falhas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estas devem-se ao fato de as regiões estarem em área de difícil acesso e de pobreza (Instituto Jones dos Santos Neves, <http://www.ijns.es.gov.br>).

Segundo o Ministério da Saúde (2012a), as informações inseridas no CG apoiam o profissional no diálogo com a gestante e nas ações de educação em saúde, bem como ajudam a gestante a esclarecer dúvidas, preparar-se para o parto e para a amamentação, conhecer seus direitos, os sinais de alerta, entre outros. Seu devido preenchimento é essencial a fim de qualificar a atenção e o cuidado pré-natal e garantir que as gestantes tenham acesso a informações adequadas para vivenciarem uma gravidez e um parto saudáveis.

No entanto, a avaliação sobre o preenchimento dos cartões de pré-natal pode desvendar apenas uma parte da “cesta de necessidades” das gestantes e se elas estão sendo atendidas em relação a alguns aspectos preconizados pelo Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), sendo assim, as informações contidas no cartão da gestante são de fundamental importância, pois constituem-se como um elo entre as equipes que atuam na saúde materno-infantil (Rodrigues, Nascimento & Araújo, 2011).

Destarte, é fundamental o adequado preenchimento do cartão da gestante e a atualização dos dados no SISPRENATAL, uma vez que esses dados favorecem a comunicação entre as equipes e fornecem indicadores de saúde para formulação de novas estratégias de saúde materno-fetal (Santos Neto, Alves, & Zorzal, 2008).

2.3 MORBIDADES PERINATAIS

As morbidades perinatais incluem os eventos relacionados e decorrentes da duração da gestação, os problemas de traumatismos no parto e cardiorrespiratório, entre outras causas relacionadas a baixos níveis socioeconômicos das mães e às condições deficientes de assistência à mulher durante a gestação, bem como também aos cuidados que são ofertados ao recém-nascido no pré e pós-parturição (Ministério da Saúde, 2010c).

Rocha et al. (2002) relatam que a qualidade de saúde de grávidas e conceptos está diretamente relacionada ao nível da assistência ofertada no pré-natal, pois este minimiza significativamente índices indesejáveis para a saúde do dois, durante o período de gravidez e de puerpério.

Compartilhando da mesma opinião, Haddad (2009) afirma que a figura central de um pré-natal qualificado, em todo o seu processo, está na atuação do profissional e no cumprimento dos programas infundidos pelo Ministério da Saúde, que tem entre seus objetivos, reduzir a taxa de morbimortalidade perinatal.

A morbimortalidade materna possui uma estrita relação com o histórico gestacional, podendo ser classificada em dois grupos, quais sejam: causas diretas e indiretas. A considerada de causas diretas é derivada de complicações obstétricas na gestação, parto e puerpério, habitualmente ocasionada por uma sequência de eventos e medicalização inadequada; a morte obstétrica de causas indiretas é decorrente de patologias prévias à gestação ou que se desenvolvem e se agravam com o processo fisiológico ocorrido no período gravídico-puerperal (Cecatti, Albuquerque, Hardy & Faúndes, 1998; Mendes & Osiano, 2013).

Considerando o contexto supracitado, Zanchi et al. (2013) asseguram que as pesquisas voltadas para avaliação da qualidade da assistência à saúde têm impacto consideravelmente positivo na identificação das dificuldades vivenciadas pelo serviço, bem como aconselham os gestores e profissionais a obterem conhecimento da situação atual e, a cada caso, auxiliam nos processos de tomada de decisões.

Porém, a qualidade das consultas ainda não vem apresentando bons resultados, pois os índices para a adequação do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) são baixíssimos, principalmente quando se inclui os exames de repetição. Foi obtida uma variação de 0 a 15% entre os anos de 2001 a 2012, em diferentes estudos (Carvalho et al., 2010; Santana, 2011). Um dos estudos assevera que a adequação do programa – que há mais de uma década norteia o atendimento pré-natal – foi de apenas 7,4%, sendo que os exames de repetição apresentaram proporções em torno de 30%. Esses exames são de grande valia, pois detectam o desenvolvimento de diabetes, infecção urinária ou contração de sífilis durante o período gestacional (Ministério da Saúde, 2006a).

Além dos exames de repetição, outros parâmetros de grande importância para a assistência pré-natal que também apresentaram proporções baixas, em torno de 60%, foram a imunização antitetânica e o recebimento de atividades educativas sobre o aleitamento materno. Estudos recentes apresentaram frequências entre 35 e 60% para a imunização antitetânica, mostrando que a erradicação do tétano neonatal constitui-se uma meta difícil de ser alcançada, principalmente nos lugares em que o risco é maior, necessitando permanentemente de avaliação (Teixeira, Pereira, Barbosa, & Vianna, 2012; Figueiredo, 2013).

A vulnerabilidade social de mulheres e de crianças a algumas situações de risco é comprovadamente fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais. Aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo inteiro, todos os anos, devido a complicações relacionadas à maternidade (WHO, 2010), configurando uma crise na saúde materna e infantil expressa na maior exposição de mulheres e de crianças ao risco de adoecer e de morrer.

Todos os eventos desfavoráveis ocasionados durante a gestação, parto e puerpério são muitas vezes negligenciados durante a investigação das causas, fazendo-se necessário identificar indicadores de gravidade descritos no processo da assistência, ou seja, qualquer procedimento não habitual na assistência deve ser investigado e isso só é possível realizando uma investigação minuciosa de todo o processo (Souza, Cecatti, & Parpinelli, 2005).

Com intuito de investir nas melhorias das condições de vida das mulheres, o Ministério da Saúde vem implementando ações por meio de políticas públicas dirigidas à saúde das mulheres, com vistas a incorporar a perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento das ações de saúde, investindo, assim, na melhoria das condições de vida das mulheres (Amaral, Luz, & Souza, 2007).

Tal investimento vem sendo desenvolvido, desde os anos 2000, em uma série de programas de saúde das mulheres (em especial, à saúde das mais vulneráveis), dentre os quais é possível destacar: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN); a Assistência Humanizada ao Abortamento; o Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis; o Programa de Controle do Câncer Cervicouterino e de Mama; a Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual; e a Atenção à Mulher no Climatério e Menopausa. Em 2007, as principais causas de mortes maternas foram: hipertensão (23%), sepses (10%), hemorragia (8%), complicações de aborto (8%), alterações placentárias (5%), outras complicações de trabalho de parto (4%), embolia (4%), contrações uterinas anormais (4%) e alterações relacionadas ao HIV/AIDS (4%). Outras causas diretas responderam por 14% de todas as mortes maternas e, outras causas indiretas, por 17% (Magalhães & Bustamante-Teixeira, 2012).

Ainda segundo os autores anteriormente citados, algumas outras doenças desencadeadas durante o período gravídico ou que são identificadas, mas não controladas no pré-natal, tais como diabetes, infecção do trato urinário, sífilis e HIV/AIDS, podem trazer eventos perinatais desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o filho. A sífilis congênita ainda é um problema de saúde pública, além da transmissão vertical de HIV, que ocorreu em 7% dos casos em que a mãe era soropositiva.

Corroborando o contexto acima, Duarte et al. (2003), em seu estudo, evidenciam que o trabalho de parto prematuro e parto pré-termo tiveram uma incidência de 33% e 18,9%, respectivamente, e possuíam relação com a infecção do trato urinário não tratada durante a gestação. Nessa perspectiva, diante da importância dessa prática de assistência para minimizar riscos relacionados à saúde materna e neonatal, tem-se a necessidade de sua permanente avaliação, em busca dos eventos que possam, portanto, serem melhorados (Oliveira-Neto, 2009).

Estudos apontam para uma associação entre a adequação da assistência pré-natal e os resultados do parto. Quanto mais precoce o início e frequência do acompanhamento, melhor são os indicadores de benefícios materno-fetal (Bloch, Dawley, & Suplee, 2009; VanderWeele, Lantos, Siddique, & Lauderdale, 2009).

Segundo Heaman, Newburn-Cook, Green, Elliott e Helewa (2008), normalmente, são utilizados índices que verificam a qualidade do cuidado pré-natal, a exemplo disso, tem-se os índices de Kessner e de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-Natal (*Adequacy of Prenatal Care Utilization* - APNCU). Além de classificar a assistência pré-natal, esses índices também avaliam a relação entre atenção ao pré-natal e resultados não esperados no parto,

hemorragias, tocotraumatismos, prematuridade, baixo peso ao nascer e outros (Beeckman, Louckx, Masuy-Stroobant, Downe & Putman, 2011).

Traverzim (2015) evidencia que os eventos não esperados no desfecho do parto estão diretamente relacionados à interação dos serviços de saúde e paciente (resultados). Nagahama e Santiago (2006) relatam que esses eventos geram números que contribuem para alimentar os sistemas informatizados SIH (Sistema de Internação Hospitalar), SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), AIH (Autorização de Internação Hospitalar), entre outros, e que a quantificação desses indicadores monitorados por esses sistemas fornece um *feedback* para que os gestores da saúde materno-infantil elaborem estratégias que permitam uma melhoria na assistência, não só com foco na estrutura, mas também em processos e, principalmente, em resultados.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para Barros e Lehfeld (2000, p. 1), “a palavra metodologia vem do grego *meta* que significa ao largo [ao longo de]; *odos* [hodós], caminho [via]; *logos*, discurso, estudo”. Os autores apontam ainda que ela consiste em avaliar os vários métodos disponíveis, identificando suas restrições ou não em relação a seus empregos.

Por metodologia, entende-se o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (Minayo, 1994). Neste sentido, o autor esclarece que a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias. As teorias são constituídas a fim de compreender um conjunto de fenômenos e processos. Todavia, por mais bem elaboradas que elas possam ser, não são suficientes para elucidar todo este conjunto. Portanto, compete ao pesquisador enfatizar e recortar determinados aspectos significativos da realidade, procurando uma interconexão sistemática entre eles. A metodologia descreve os métodos; já o método, tal como expõe Gonçalves (2005, p. 23), é a forma ordenada de proceder ao longo do caminho, sendo

[...] entendido tanto em seu processo operacional (organização da sequência de atividades para chegar ao fim almejado), quanto intelectual (abordagem e análise prévia e sistemática do problema para a identificação das vias de acesso que permitem solucioná-lo).

A autora esclarece também que os métodos científicos são fundamentais na pesquisa, servindo para direcioná-la no sentido de identificação dos caminhos a serem percorridos para a obtenção dos objetivos desejados. Desta forma, um método apropriado tem de ser executável e estar de acordo com o objeto de investigação.

A pesquisa retrospectiva, exploratória de abordagem quantitativa, é definida por Marconi e Lakatos (2005) como investigação de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave.

A análise quantitativa permite um levantamento de dados por meio de questionários pré-elaborados, que admitem alternativas e cujos resultados são apresentados de modo numérico, buscando medir o resultado de questões levantadas pelo pesquisador. A partir da amostra, é

calculado o percentual de cada variável, fornecendo dados objetivos e imparciais (Castro, Kellison, Boyd, & Kopak, 2010, p. 343).

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de caráter quantitativo, baseado em análise das variáveis do cartão da gestante e dos indicadores de gravidade identificados no resumo de alta.

Para análise da relação das categorias classificadas pelo Índice de Kessner modificado por Takeda com os indicadores de gravidade, foi utilizado o programa STATA versão 2014 método de Pearson.

Para analisar a significância individual dos indicadores de gravidade foi utilizado o método H de Kruskal Wallis no SPSS versão 2015.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

3.2.1 Local da Pesquisa

A pesquisa de campo foi feita na zona leste da cidade de São Paulo, nos bairros Sapopemba, Aricanduva, São Mateus e Cidade Tiradentes.

Fazem parte do conjunto da zona leste, 11 subprefeituras e 33 distritos administrativos, onde residem aproximadamente 3 milhões e 812 mil pessoas. Desse contingente, mais de 1 milhão e 158 mil pessoas vivem em setores censitários considerados de alta vulnerabilidade (grupos 5, 7 e 8), o que corresponde a 30,4% de toda a população residente nessa zona. A situação de vulnerabilidade social é reforçada por condições inadequadas de habitação. Em muitos dos setores considerados de alta vulnerabilidade, há também uma presença expressiva de favelas ou mesmo de condições precárias de infraestrutura urbana. Essas duas características, entretanto, nem sempre aparecem juntas: os maiores percentuais de domicílios sem provisão de esgoto ocorrem em áreas de alta vulnerabilidade, porém, são muito mais frequentes em áreas de proteção ambiental do que em áreas de alta concentração de favelas. Dois dos mais importantes fenômenos envolvendo a juventude no contexto urbano são a violência e a gravidez precoce. Das 172.374 crianças que nasceram no ano de 2009, no município de São Paulo, 27.977 eram filhas de mães com menos de 20 anos de idade (16,2 %). A gravidez precoce, especialmente quando associada a outros elementos (pobreza, baixo nível de instrução e de acesso a serviços), reforça enormemente mecanismos de reprodução de desigualdades. O impacto do nascimento de crianças nesse contexto pode limitar as

oportunidades da mãe (que, geralmente, tende a mudar uma série de rotinas em sua vida, o que pode prejudicar inclusive seus estudos e suas oportunidades de trabalho) e afetar previamente toda a estrutura de oportunidades dos filhos (há várias consequências decorrentes da juventude das mães em relação ao desempenho dos filhos, inclusive sobre seu desenvolvimento físico). Conhecer em que áreas da cidade esse fenômeno é mais expressivo pode ajudar a implementar políticas de atenção voltadas para essas mulheres, desde políticas baseadas na difusão de informações sobre gravidez e sobre redução de riscos (como a importância do pré-natal, da amamentação etc.), até políticas baseadas na implantação de equipamentos públicos de atendimento aos filhos (como creches e outros espaços infantis), (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2015).

3.2.2 População e amostra

As puérperas foram identificadas durante a pesquisa de campo nos bairros Sapopemba, Aricanduva, São Mateus e Cidade Tiradentes, onde foi explicado o teor da pesquisa e o contato telefônico.

De posse dos contatos, realizou-se uma abordagem inicial, via telefone, com as puérperas, cônjuges ou familiares visando a realização de um encontro pré-agendado na residência destes, a fim de explicar a pesquisa e solicitar a anuência da participação e fotocópia do cartão da gestante e do resumo de alta. Foi esclarecido também que a recusa ou desistência da participação, em qualquer momento, não acarretará nenhuma consequência para a puérpera/ familiar/ cônjuge. Ficou elucidado também que o custo da fotocópia será a cargo da pesquisadora.

Essas regiões, conforme a base de dados DATASUS, apresenta 1100 partos ao mês, e por esse número foi aplicado o cálculo amostral, em que se assume a amostra aleatória simples contemplando variáveis categorizadas, considerando o nível de confiança de 95%, conforme demonstrado a seguir:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Assim foi concebido:

n = número da amostra;

N = 1.100 (população);

$Z = 95\%$ (2850) (variável normal associada ao nível de confiança);

$P = 3000$ (verdadeira probabilidade);

$e = 5\%$ (150) erro amostral.

Considerando, então, estes números, e a média de 1100 partos ao mês que ocorrem nesta região, observou-se a necessidade equivalente de investigação de 285 puérperas, consequentemente, de 285 cartões de gestantes e de 285 resumos de alta, os quais foram fotocopiados no momento da abordagem. Posteriormente, foram realizadas a extração e digitação dos dados em uma plataforma *online*, visando à categorização e relação – pelo Índice de Kessner – dos registros dos cartões das gestantes com os seus resumos de alta. O estudo será feito sobre a amostra total; considerando-se a possibilidade de algumas não os possuírem mais, ou algum outro elemento a ser estudado, estabeleceu-se uma margem de segurança e elevou-se o número da amostra para 360 análises.

3.2.3 Critérios de inclusão

Realizar os critérios de inclusão é fundamental no âmbito de uma pesquisa científica, pois, assim, é possível estabelecer limites claros nas variáveis escolhidas e, consequentemente, garantir a confiabilidade das variáveis investigadas (Hernandez, Collado & Baptista, 2010). Desta forma, para realização do presente estudo, quanto à população investigada, foram considerados como critérios de inclusão:

- Ser puérpera, acima de 35 semanas (para não comprometer o critério de avaliação de consultas/índice de Kessner modificado por Takeda);
- Em caso de óbito materno, ser familiar em 1º grau ou cônjuge;
- Ter realizado o pré-natal na rede pública de saúde;
- Ser moradora da zona leste da cidade de São Paulo;
- Possuir Cartão da Gestante e o resumo de alta;
- Concordar em participar da pesquisa.

3.2.4 Critérios de exclusão

De acordo com Hernandez et al. (2010), os critérios de exclusão eliminam as lacunas dos prováveis fatores que pudessem comprometer a qualidade das amostras e,

consequentemente, dos resultados finais do estudo. Desta forma, os critérios de exclusão foram:

- Não concordar em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.2.5 Instrumentos da pesquisa

- a) *Checklist* das variáveis do cartão a serem categorizadas (Apêndice A);
- b) *Checklist* dos indicadores de gravidade/eventos adversos/*near miss*/ morbidade materna grave presentes no resumo de alta (Apêndice B);
- c) Fotocópias do Cartão da Gestante e do do resumo de alta.

O instrumento *checklist* I (Apêndice A), utilizado para a coleta de dados, foi elaborado pela pesquisadora e é composto pelas variáveis do Cartão da Gestante. Foram obtidas informações referentes a: identificação da gestante, condições socioeconômicas, dados demográficos, antecedentes pessoais, familiares obstétricos, maternidade informada como referência, realização de procedimentos clínicos e obstétricos no pré-natal (preventivo), exames laboratoriais, início do pré-natal e número de consultas realizadas. 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 era inferior a 35 semanas. Essa definição, como critério de exclusão nas variáveis obtidas a partir do cartão de pré-natal, objetivou evitar vieses. Essa seleção da amostra possibilita maior probabilidade de os cartões de pré-natal informar, de maneira mais confiável, a assistência realizada, e também aumenta a possibilidade de captação e aderência ao pré-natal no decorrer da gestação (Coutinho et al., 2003). Para cálculo da IG, foi considerado o registro no cartão e as informações constantes no resumo de alta. Posteriormente, foi realizada a digitação dos dados em banco eletrônico, com dupla entrada, para verificar concordância e possíveis erros de digitação.

O instrumento *checklist* II (Apêndice B) foi elaborado a partir da descrição dos resumos de alta de todas as participantes, sob olhar técnico para identificar indicadores de gravidade, considerando inclusive os CIDs (Código Internacional de Doenças).

As variáveis investigadas neste estudo vão ao encontro do programa estratégico do Ministério da Saúde, Rede Cegonha, que visa implementar uma rede de cuidados globais que possam assegurar às mulheres e aos nascituros o direito à vida com dignidade (Ministério da Saúde, 2014).

As variáveis deste estudo serão retiradas das informações decorrentes do Cartão da Gestante e, posteriormente, relacionadas aos dados do resumo de alta das puérperas, a fim de avaliar as intercorrências durante o parto.

As variáveis decorrentes do período de gravidez são demonstradas pelo cartão único utilizado por todas as gestantes, conforme demonstrados a seguir:

O formulário do Cartão da Gestante é dividido em duas partes principais. A parte superior contém campos para identificação pessoal e dados de contato, enquanto a parte inferior apresenta opções de seleção para estado civil, instrução e idade.

Campos de identificação:

- Número do cartão SUS
- Número Sisprenatal
- Nome: _____
- Como gosta de ser chamada: _____
- Nome do(a) companheiro(a) /opcional: _____
- Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____
- Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
- Trabalha fora de casa: () Sim () Não
- Ocupação: _____
- Endereço: _____
- Ponto de referência: _____
- Cidade: _____
- Estado: _____ CEP: _____
- Tel. fixo: _____ Tel. celular: _____

Campos de seleção:

- Nome:** _____
- Como gosta de ser chamada:** _____
- Instrução:** Nenhuma ☐ Prim. ☐ Secund. ☐ Univ. ☐
- Idade:** <15 anos ☐ 15 a 35 anos ☐ >35 anos ☐
- Estado civil/união:** Casada ☐ Solteira ☐ Estável ☐ Outro ☐

Figura 3. Variáveis de identificação do Cartão da Gestante

Fonte: adaptado do Cartão da Gestante preconizado pelo Ministério da Saúde, 2014.

As variáveis acima identificam a gestante quanto à referência e dados sociodemográficos. Devem constar o número do cartão SUS e o número do cadastro no SISPRENATAL, que a identifica como gestante usuária do SUS.

Suplementação

Sulfato ferroso SIM NÃO 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Ácido fólico SIM NÃO 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Figura 4. Suplementação e Ultrassonografia

Fonte: Adaptado do Cartão da Gestante preconizado pelo Ministério da Saúde, 2014.

A suplementação de ferro e ácido fólico é realizada desde a primeira consulta médica e fornecida gratuitamente nas farmácias da rede pública de saúde.

A ultrassonografia deve ser solicitada do seguinte modo: uma no primeiro trimestre, uma no segundo e outra no terceiro, conforme determina o Ministério da Saúde.

Gestação atual

NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Fumo (nº de cigarros)		Anemia		Hipertensão arterial	
Álcool		Inc. istmocervical		Pré-eclâmpsia/eclâmp.	
Outras drogas		Ameaça de parto premat.		Cardiopatia	
Violência doméstica		Isoimunização Rh		Diabetes gestacional	
HIV/Aids		Oligo/polidrâmio		Uso de insulina	
Sífilis		Ruf. prem. membrana		Hemorragia 1º trim.	
Toxoplasmose		CIUR		Hemorragia 2º trim.	
Infeção urinária		Pós-datismo		Hemorragia 3º trim.	

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização ☐

Imunizada há **menos** de 5 anos ☐

Imunizada há **mais** de 5 anos ☐

Informe

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Reforço / /

Hepatite B

Imunizada ☐

Informe

1ª dose / / 2ª dose (1 mês após a 1ª dose) / /

3ª dose (6 meses após a 1ª dose) / /

Influenza

Informe

data / /

Peso anterior

Altura cm

Antecedentes familiares

NÃO SIM

Diabetes ☐

Hipertensão arterial ☐

Gemelar ☐

Outros ☐

Figura 5. Acompanhamento – Diagnósticos e Imunização

Fonte: Adaptado do Cartão da Gestante preconizado pelo Ministério da Saúde, 2014.

A identificação precoce dos diagnósticos está relacionada à solicitação dos exames em tempo hábil para que haja encaminhamento e tratamento prévio adequado.

A imunização também deverá ser observada para que seja realizada, atualizada ou complementada.

Exames	Data	Resultado		Data	Resultado
ABO-RH					
Glicemia de jejum					
Tolerância à glicose (teste oral)					
Sífilis (teste rápido)					
VDRL					
HIV/Anti-HIV (teste rápido)					
Hepatite B e C (teste rápido)					
HBsAg (1º e 3º trimestre)					
Toxoplasmose					
Hemoglobina Hematócrito					
Urina-EAS					
Urina-cultura					
Coombs indireto					
Outros:					
Outros:					

Figura 6. Acompanhamento – Exames Laboratoriais

Fonte: Adaptado do Cartão da Gestante preconizado pelo Ministério da Saúde, 2014.

Conforme determina o Ministério da Saúde, os exames laboratoriais devem ser solicitados na primeira consulta previamente agendada após a identificação da gestação. Uma rotina no primeiro trimestre e outra, no início do terceiro trimestre.

	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
Data									
Queixa									
IG-semanas									
Peso (kg)/IMC	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Edema									
Pressão arterial (mmHg)									
Altura uterina (cm)									
Apresentação fetal									
BCF/Nov. fetal	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Toque, se indicado									

Figura 7. Acompanhamento da evolução da gestação

Fonte: Adaptado do Cartão da Gestante preconizado pelo Ministério da Saúde, 2014.

As variáveis de acompanhamento da gestação devem ser preenchidas a cada consulta, seja pelo médico, seja pelo enfermeiro que prestou a assistência. E, na identificação da necessidade de acompanhamento do alto risco, deve se realizar o encaminhamento, conforme determina o Ministério da Saúde.

Considerando a preconização do Ministério da Saúde quanto ao preenchimento das variáveis do cartão da gestante, o presente estudo fará uma relação entre o Índice de Kessner modificado por Takeda e as variáveis pertinentes para essa categorização. Sendo assim, faz-se necessário um entendimento melhor acerca do método de Kessner:

Quanto às informações relevantes do Cartão da Gestante, Koffman e Bonadio (2005) explicam que uma das mais importantes classificações é a de Kessner adaptada por Takeda. Este índice é definido pelo número de consultas com a idade gestacional de início, classificando o pré-natal como:

Adequado: seis ou mais consultas em idade gestacional inferior a 20 semanas, mais uma rotina de exames;

Intermediário: alternância entre o preenchimento correto e incorreto no mesmo cartão;

Inadequado: início após 28 semanas ou menos de 3 consultas;

Carrilho (2014, p. 28) explica acerca do Índice de Kessner adaptado por Takeda:

O Índice de Kessner associado a um registro de cada exame foi classificado como: adequado - o pré-natal com seis ou mais consultas; início antes de 20 semanas de gestação e, pelo menos, um registro de todos os exames laboratoriais de rotina; inadequado - o pré-natal com menos de três consultas ou com início após 28 semanas de gestação, ou nenhum registro de exame; intermediário - todas as demais situações. Para o Índice de Kessner associado a dois registros de exames, classificou-se como adequado o pré-natal com seis ou mais consultas, início antes de 20 semanas e, pelo menos, um registro aos

exames de Hb/Ht e ABO/Rh e dois registros de VDRL, Urina I e glicemia de jejum; inadequado e intermediário, os mesmos critérios estabelecidos para as classificações anteriores. Para análise dos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, foram acrescentados ao Índice de Kessner modificado o número de vezes que os procedimentos mensuração da altura uterina (AU), definição da apresentação fetal (Apres), ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), avaliação de edema, idade gestacional (IG), pressão arterial (PA) e peso foram registrados. Assim, o pré-natal que apresentou seis ou mais registros dos procedimentos acima foi considerado adequado; e para três ou menos registros dos procedimentos, inadequado. Para as demais situações, intermediários.

A fim de realizar a análise dos dados do Cartão da Gestante utilizando o Índice de Kessner modificado por Takeda, foi realizado um *checklist I* (Apêndice A) para se quantificar, considerando as seguintes variáveis abaixo em conformidade com o que preconiza o Ministério da Saúde, de modo que possuam adesão necessária para a categorização pelo instrumento acima citado.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram:

- a) Área de abrangência – sim ou não;
- b) Idade – menos que 20 anos, entre 20 e 24 anos, entre 25 a 39 anos, 30 a 34 anos e maior que 35 anos;
- c) Estado Civil – casada, solteira, relação estável, indeterminado;
- d) Cor declarada – branca, parda, negra, amarela/indígena;
- e) Renda Salarial – até um salário-mínimo, menos de 1 salário-mínimo, mais de um salário-mínimo;
- f) Uso de drogas – *crack*, cocaína, lança-perfume, *ecstasy*;
- g) Fumante – sim ou não;
- h) Alterações emocionais – sim ou não (caracterizada por qualquer tratamento psicológico ou psiquiátrico a que a gestante foi submetida);
- i) Violência doméstica – sim ou não.

As variáveis de antecedentes obstétricos analisadas:

- a) Número de partos – nenhum, 1 a 3, 4 ou mais;
- b) Número de abortos – nenhum, 1 a 3, 4 ou mais;
- c) Número de natimortos – nenhum, 1 a 3, 4 ou mais;
- d) Morte neonatal anterior – nenhum, 1 a 3, 4 ou mais;
- e) Quantidade de partos – nenhum, 1 a 3, 4 ou mais;
- f) Tipo de parto – cesárea, normal, cesárea e normal, fórceps;

- g) Número de filhos – nenhum, 1 a 3, 4 ou mais;
- h) Imunização – sim ou não;
- i) Cirurgias pélvicas anteriores – sim ou não;
- j) Patologias prévias (hipertensão arterial, diabetes) – sim ou não;
- k) Contracepção (se fazia uso de algum tipo de contraceptivo) – sim ou não.

As variáveis de acompanhamento a serem avaliadas:

- a) Início do pré-natal – até 20 semanas, até 28 semanas, acima de 28 semanas;
- b) Idade gestacional – até 21 semanas, 22 a 36, 37 ou mais;
- c) Peso Materno – em g;
- d) Pressão arterial (PA) – sim, não, parcial, sem registro;
- e) Altura uterina (AU) – sim, não, parcial, sem registro;
- f) Ausculta fetal/mobilidade fetal (BCF) – sim, não, parcial, sem registro;
- g) Apresentação fetal – sim, não, parcial, sem registro;
- h) Presença de edema – sim, não, parcial, sem registro;
- i) Rotinas de exames laboratoriais do 1º trimestre – sim, não, parcial, sem registro;
- j) Colpocitologia oncótica – sim, não, parcial, sem registro;
- k) Curva de IMC – sim, não, parcial, sem registro;
- l) Rotina de exames laboratoriais do 3º trimestre – sim, não, parcial, sem registro;
- m) Identificação das patologias decorrentes ou agravadas pelo processo fisiológico da gestação (infecção do trato urinário, pré-eclampsia, eclampsia grave, diabetes gestacional, pielonefrite) – sim ou não;
- n) Encaminhamento para o alto risco/hospitalização/nenhum encaminhamento;
- o) Quantidade de consultas realizadas até 35 semanas;
- p) Retorno à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta puerperal – sim ou não.

A categorização pelo Índice de Kessner modificado por Takeda considerou a idade gestacional para o início do pré-natal, a quantidade de consultas e pelo menos uma rotina dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde, estabelecendo dessa forma os critérios a seguir:

Classificação dos dados do Cartão da Gestante	Critério Estabelecido
Inadequado	Início do Pré-natal após 28 semanas, com número de consultas menor ou igual a três ou nenhum registro de cada exame.
Intermediário	Demais situações.
Adequado	Início do Pré-natal antes ou até 20 semanas, número de consultas maior ou igual a seis e um registro de cada exame.

Figura 8. Índice de Kessner modificado x Critério estabelecido

Fonte: A autora

A fim de analisar o conteúdo dos resumos de alta, houve necessidade de estabelecer os indicadores de gravidade das possíveis intercorrências da obstetrícia, sendo assim, estes foram retirados da tabela de procedimentos do SUS, após a identificação dos CID-10, e categorizados em planilha de Excel da seguinte forma:

a) Encaminhamento para:

UTI Neo – sim ou não;

UTI Materna - sim ou não.

b) Uso de:

Transfusão – sim ou não;

Cateter Central – sim ou não.

c) Tempo de permanência maior que sete dias – sim ou não.

d) Ocorrências:

Óbito Materno – sim ou não;

Óbito Fetal – sim ou não;

Natimorto – sim ou não;

Infecção Neonatal – sim ou não;

Infecção Materna – sim ou não.

Os resumos de alta fornecidos para as pacientes continham os seguintes itens que possibilitaram a identificação dos indicadores supracitados:

Identificação da paciente; diagnóstico de admissão; diagnóstico definitivo; outros diagnósticos; quadro clínico e evolução; tratamento clínico/cirúrgico realizado e/ou outros procedimentos; exames subsidiários relevantes e resultados; condições de alta; alta a pedido; formulário específico com explicações e locais para assinaturas com testemunhas; orientações e terapia medicamentosa prescrita; em caso de retorno, indicação do tempo determinado;

identificação do médico (nome, nº do conselho e assinatura); e receituário médico, também elaborado com cópia carbonada para ser entregue uma via ao paciente e a outra via (canário) permanecer no prontuário.

No caso de receitas de medicamentos controlados ou antibióticos, as 2 vias serão entregues ao paciente, sendo anotados os medicamentos prescritos nas orientações de alta.

A análise do resumo de alta feita por profissionais da área de obstetrícia (médicos e enfermeiros) que identificaram os diversos CID-10 do grupo XV, estabelecendo uma correlação com as morbidades e consequências.

Morbidades maternas	Indicadores de gravidade
Complicações Hemorrágicas Descolamento prematuro de placenta Placenta prévia / acreta/incrета/ percreta Prenhez ectópica Rotura uterina Hemorragia grave por aborto Hemorragia pós-parto Atonia Ret. placentária Lacerações de trajeto Coagulopatia	<ul style="list-style-type: none"> • Transfusão; UTI Materna; Uti Neo; Infecção Materna; Infecção Neonatal; Óbito Materno; Óbito Neonatal; Cateter Central; Tempo de permanência maior que 7 dias.
Complicações Hipertensivas Pré-eclampsia Eclampsia grave Hipertensão grave HELLP síndrome	<ul style="list-style-type: none"> • Transfusão; UTI Materna; Uti Neo; Infecção Materna; Infecção Neonatal; Óbito Materno; Óbito Neonatal; Cateter Central; Tempo de permanência maior que 7 dias.
Outras Complicações Edema pulmonar; convulsões Sepsis grave Endometrite pós-parto Endometrite pós-aborto Foco urinário Foco pulmonar Trombocitopenia < 100 mil Crise tireotóxica Choque Insuficiência respiratória aguda Acidose Cardiopatia AVC Distúrbios de coagulação Tromboembolismo Cetoacidose diabética Icterícia / disfunção hepática Meningite Insuficiência Renal Aguda Alterações mentais	<ul style="list-style-type: none"> • Transfusão; UTI Materna; Uti Neo; Infecção Materna; Infecção Neonatal; Óbito Materno; Óbito Neonatal; Cateter Central; Tempo de permanência maior que 7 dias.

Figura 9. Relação das morbidades e os indicadores de gravidade
 Fonte: Autora

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de outubro e novembro de 2016, com a realização de visita no domicílio da puérpera ou familiar, conforme acordo prévio por telefone. Durante a visita, foi explicado todo o conteúdo da pesquisa e solicitada a participação, bem como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram fotocopiados o resumo do Cartão da Gestante e o resumo de alta dela.

Os cartões das gestantes foram analisados um a um, relacionando as variáveis conforme *checklist I*. Feito isso, estas foram caracterizadas conforme o Índice de Kessner modificado por Takeda e os critérios do PHPN (Brasil, 2006), categorizando-as como: adequado, intermediário e inadequado. Ou seja, adequado para aqueles que possuam 6 ou mais consultas e início do pré-natal menor ou igual a 20 semanas; inadequado para aquelas com início após 28 semanas, com menos de 3 consultas ou nenhuma; intermediário para qualquer outra situação. Quanto aos critérios do PHPN, foram considerados pelo menos uma rotina de exames tanto para o intermediário quanto para o adequado, desde que estes tivessem legíveis; para o inadequado, a ausência ou o não registro dos resultados.

Posteriormente, foram analisados os resumos de alta por médicos e enfermeiros obstetras, com vistas à identificação dos indicadores de gravidade, conforme tabela de procedimentos SUS e o CID-10.

Após análise dos cartões da gestante e dos resumos de altas, os dados do preenchimento das variáveis foram tabulados no programa Excel para elaboração de tabelas dos resultados.

Na análise da tabela 13, observou-se a necessidade de utilizar um método estatístico para configurar a relevância dos resultados da categorização do Índice de Kessner e a presença dos indicadores de gravidade; foram utilizados os programas estatísticos Stata e SPSS.

3.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

- a) A utilização de um único método para analisar a qualidade da assistência do pré-natal;
- b) A ausência de outros documentos para aprofundar a análise;

- c) Ausência de coleta de dados qualitativos por meio de entrevistas que permitam avaliar os aspectos subjetivos da assistência na perspectiva das pacientes e familiares, assim como dos profissionais.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho - Uninove, conforme processo nº 1.839.620 CAAE 61427016.9.0000.5511.

A coleta de dados foi realizada, pelos profissionais de saúde envolvidos, após as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO

Os dados de todas as tabelas levaram em consideração somente a população da área de abrangência da zona leste da cidade de São Paulo.

A tabela 1 foi elaborada com a finalidade de retratar as características sociodemográficas, psicossociais, histórico de saúde e doença e situação reprodutiva da população do estudo.

Os dados da Tabela 1 mostram o perfil da população estudada, segundo idade, estado civil, renda mínima e nível de instrução.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas

Variáveis	Total	
	N= 360	
	N	%
Idade (anos)		
< 20	103	28,6
20 a 24	94	26,1
25 a 29	76	21,1
30 a 34	50	13,9
>=35	37	10,3
Mínimo - Máximo	15 - 45	
Cor declarada		
Amarela/Indígena	17	4,7
Branca	110	30,6
Negra	53	14,7
Parda	180	50,0
Estado Civil		
Casada/Estável	93	25,8
Indeterminado	76	21,1
Solteira/Outros	180	50,0
Sem Registro	11	3,1
Renda < 1 Salário-Mínimo		
Sim	215	59,7

Não	114	31,7
Sem Registro	31	8,6

Nível de Instrução

Analfabeta	7	1,9
Fundamental	103	28,6
Médio	241	66,9
Superior	1	0,3
Sem Registro	8	2,2

Fonte: a autora

Por meio da Tabela 1, percebe-se a predominância de mulheres jovens, sendo 54,7% com menos de 24 anos de idade; com uma variação de 15 a 45 anos. Nesse estrato, observa-se proporções maiores (28,6%) de puérperas menores de 20 anos em relação às de idade superior a de 45 anos.

Esses resultados são semelhantes aos obtidos por Pereira, Lovisi, Lima e Legay (2010) e Corrêa (2010), que reiteram o rejuvenescimento do perfil reprodutivo das brasileiras, relatado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, apontando a média nacional de 24,6 anos (Bloch et al., 2009).

Na variável etnia, os resultados mostram uma maioria de mulheres com cor de pele não branca (69,4%), quando considerado o total das gestantes. Chama a atenção a quantidade de gestantes que se declararam de cor branca (30,6%) em relação às de cor negra (14,7%), se comparado aos resultados encontrados no censo da Prefeitura de São Paulo (2015), que era de 6,6% de etnia negra na zona leste de São Paulo. Na PNDS de 2006, a proporção nacional de gestantes que se declararam brancas foi de 60,6%, e de 6,5% das que se declararam de cor negra (pardas e pretas).

Na situação conjugal, houve uma prevalência de solteiras (50%) em relação às casadas (25,8%). Os dados mostram também que, dentre as que têm o pré-natal classificado como adequado, a proporção de casadas é maior. No estudo de Corrêa (2010), a mulher que tem companheiro fixo mostrou significância quanto ao início precoce do pré-natal e ao número de consultas igual ou superior a seis.

Quanto à renda, 59,1% possuíam ganho menor que um salário-mínimo. Vale evidenciar que o gasto com o transporte para se locomover até o serviço de saúde compromete a renda familiar. Os dados da Ceinfo (2015) evidenciam que 71,8% ganhavam menos de um salário-mínimo. Análises cuidadosas das informações de rendimento e consumo da população são valiosas para investigação dos fatores associados à saúde das mulheres e crianças e podem ser utilizadas em conjunto com o critério de classificação econômica. O aumento da pobreza e

da concentração de renda acirra as desigualdades. As características demográficas e socioeconômicas dos domicílios e das famílias vêm sendo utilizadas por gestores e planejadores para promover ações direcionadas à população de maior vulnerabilidade social (Arantes, Alvares, Corrêa & Marcon, 2014).

Quanto à escolaridade, nas variáveis do Cartão da Gestante constavam apenas o nível de instrução, sem discriminar o tempo em anos de estudo, o que dificultou a comparação com outros trabalhos. O Ensino Médio parece ser uma prevalência na zona leste de São Paulo, com um percentual de 66,9%, seguido de 28,6% do Ensino Fundamental, e com um índice baixo para o analfabetismo, apenas 1,9%. A PNDS (2006) apresentou resultado nacional de 27,1% de gestantes com 8 a 10 anos de estudo; já a Ceinfo (2015) evidenciou um perfil de 5 a 8 anos de estudo da população da zona leste da cidade de São Paulo.

Tabela 2. Perfil psicossocial e dependência

Variáveis	Total	
	N	%
Violência Doméstica		
Sim	35	9,7
Não	73	20,3
Sem Registro	252	70,0
Alterações Emocionais		
Sim	25	6,9
Não	94	26,1
Sem Registro	241	66,9
Dependência		
Álcool	3	0,8
Drogas	19	5,3
Sem Registro	338	93,9
Fumo		
Sim	69	19,2
Não	238	66,1
Sem Registro	53	14,7

Gravidez

Planejada	40	11,1
Aceita	293	81,4
Indesejada	23	6,5
Sem Registro	4	1,1

Fonte: A autora

Segundo Moraes et al. (2010a), em investigações sobre a assistência pré-natal, os aspectos psicossociais da gestante não são evidenciados. Os autores relatam que mulheres vítimas de violência familiar e com alterações emocionais decorrentes frequentam bem menos os serviços de saúde. No presente estudo, o que chama a atenção é a falta de registro, com 70% e 66,9%, respectivamente.

O Ministério da Saúde do Brasil (2010a) recomenda que o profissional pergunte diretamente a todas as usuárias do serviço de saúde se enfrentam ou foram expostas a algum tipo de violência, e também que sejam esclarecidas as medidas de proteção que podem ser empregadas para interromper esse ciclo.

Em relação à dependência química, a ausência de registro também se configura, com 93,9%. O uso de cocaína ou *crack* durante a gestação foi associado ao descolamento de placenta, trabalho de parto prematuro, abortamentos e RCIU (Restrição de Crescimento Intrauterino), além das diversas alterações cognitivas que a criança pode vir a apresentar (Cavalcante et al., 2012).

A proporção de gestantes que fumam, considerando-se o total da amostra, foi de 19,2%. Os profissionais envolvidos na estratégia de assistência à gestante devem inserir e apoiar campanhas para redução do tabagismo, estimulando a participação das usuárias (Ministério da Saúde, 2010f).

Quanto ao planejamento da gestação, os dados sugerem que apenas 11,1% se prepararam, em relação aos 81,4% que não planejaram, mas aceitaram. Moraes et al. (2010b) evidenciam em seu estudo a relação existente entre a aceitação e a gravidez planejada com um maior número de consultas durante o período gravídico-puerperal.

A Tabela 3, a seguir, vem ao encontro do que mostra o Manual do Ministério da Saúde (2006a), que evidencia que a atenção pré-natal tem como objetivos avaliar as condições de saúde da mulher, seu histórico obstétrico e neonatal, de modo a prever, por meio o acompanhamento e avaliação clínica, as possíveis morbidades que venham a surgir ou que se agravem com o processo fisiológico da gestação. As variáveis do Cartão da Gestante permitem que esse acompanhamento seja registrado, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das gestantes, conforme antecedentes pessoais, São Paulo, 2016.

Antecedentes Pessoais	Total N= 360	
	N	%
Infecção Urinária		
Sim	134	37,2
Não	84	23,3
Sem Registro	142	39,4
Diabetes		
Sim	48	13,3
Não	173	48,1
Sem Registro	139	38,6
Hipertensão Arterial Crônica		
Sim	34	9,4
Não	310	86,1
Indeterminado	1	0,3
Sem Registro	15	4,2
Cirurgia Pélvica Uterina		
Sim	3	0,8
Não	289	80,3
Sem Registro	68	18,9
Outras*		
Sim	185	51,4
Não	138	38,3
Sem Registro	37	10,3

*Cirurgias que não comprometem a gestação

Fonte: A autora

Pela análise dos resultados, vê-se que 37,2% apresentaram infecção urinária, porém, chama a atenção a ausência de registro de 39,4% das gestantes, o que dificultou uma análise mais específica da amostra.

Segundo o Ministério da Saúde (2010e), há uma relação entre infecção do trato urinário (ITU) e o trabalho de parto prematuro (TPP), a anemia e a restrição de crescimento intrauterino (RCIU) quando esta evolui para uma pielonefrite. Então, o MS recomenda o rastreamento e o tratamento das ITUs.

Quanto à diabetes, 13,3% se caracterizaram como portadoras de diabetes prévia ou gestacional. Porém, chama a atenção a ausência de registro dessa variável, cujo percentual é

de 39,4%. Segundo o Ministério da Saúde (2010g), a diabetes é responsável por índices elevados de morbidade e mortalidade perinatal, principalmente em relação às macrossomias e malformações congênitas. O reconhecimento precoce desta patologia permite tanto a orientação, quanto as intervenções preventivas e o encaminhamento, quando estes se fizerem necessários.

O fato de a proporção da falta de registro ser alta sugere uma negligência em relação ao apontamento desta variável, cabendo aqui um alerta quanto à identificação, tratamento e encaminhamento dessas gestantes portadoras de diabetes.

Do total de gestantes, 9,4% apresentaram hipertensão arterial crônica, e a variável falta de registro, neste caso, não foi relevante. O que sugere uma preocupação com essa patologia, já que na gravidez, as complicações hipertensivas fazem parte do rol das maiores causas de morbidade e mortalidade materno-fetal no Brasil. A hipertensão associada à gravidez pode ser rastreada, prevenida e tratada durante o pré-natal, evitando-se seus efeitos negativos sobre a saúde da mulher e da criança (Ministério da Saúde, 2014).

Quanto à cirurgia pélvica, a proporção de gestantes foi baixa, 0,8%, mesmo considerando-se a ausência de registros, que foi de 18,9%. Porém, chama a atenção a quantidade de outros procedimentos a que as gestantes foram submetidas (51,4%), mesmo que esta variável não tenha relação direta com o processo reprodutivo e, por ser dicotômica, ficou inviável avaliar com mais especificidade tais procedimentos.

Tabela 4. Distribuição de gestantes mediante antecedentes obstétricos, São Paulo, 2016.

Antecedentes Obstétricos	Total	
	N	%
Número de Gestações		
Nenhuma	93	25,8
1 a 3	251	69,7
4 ou mais	16	4,4
Número de Partos		
Nenhuma	137	38,1
1 a 3	213	59,2
4 ou mais	10	2,8
Número de Abortos		
Nenhuma	256	76,6
1 a 3	78	23,4

Tipo de Parto Anterior

Normal	247	68,6
Cesárea	6	1,7
Fórceps	3	0,8
Sem Registro	104	28,9

*Excluídas 93 nulíparas.

Fonte: a autora

No que se refere às características reprodutivas das gestantes, houve um maior percentual daquelas com uma a três gestações, bem como o de um a três partos anteriores. Resultado superior foi verificado por Gonzaga et al. (2016), com 80,5% das mulheres tendo de uma a três gestações.

Em relação ao número de abortos, 23,3% do total de gestantes apresentaram de um a três abortos. Não há registro acerca do fato de o aborto ter sido intencional ou espontâneo, nem tampouco a ordenação na sequência das gestações.

Para Moraes et al. (2010b), o abortamento é comum, pois uma em cada gestação clinicamente diagnosticada será abortada, geralmente, nas primeiras 14 semanas de gestação. Relatam ainda que a idade materna acima de 35 anos, gravidez múltipla, ovários policísticos, distúrbios autoimunes, diabetes mal controlado e dois ou mais abortos prévios têm relação direta com um maior risco de abortamento.

Na população deste estudo, o tipo de parto anterior predominante foi o normal, com 68,6%. Número que vem ao encontro do registrado no DATASUS acerca dos tipos de partos na zona leste de São Paulo, ou seja, 78% de partos normais.

Tabela 5. Distribuição das gestantes conforme antecedentes neonatais, peso, São Paulo, 2016.

Peso do Recém-Nascido (em gramas)	Total	
	N	%
< 2.500	29	8,1
> 2500 < 4000	319	88,6
>= 4000	12	3,3
Total	360	100
Mínimo - Máximo	1950 - 4400	

Fonte: A autora

Em relação ao peso do recém-nascido, a maior proporção refere-se aos que nasceram entre 2.500g e 4.000g. Não foi relevante a porcentagem inferior ou superior a isso.

Estudos apontam uma relação entre vícios e piores condições nutricionais maternas no que concerne a neonatos com peso inferior a 2.500g; e uma relação entre neonatos com mais de 4.000g e a patologia diabetes (Ministério da Saúde, 2014).

O processo gravídico-puerperal, embora seja fisiológico, impõe ao organismo inúmeras adaptações que podem colocá-lo no limite do patológico. Quando a gestante não recebe o acompanhamento qualificado no pré-natal, isso compromete o resultado gestacional. Os serviços de saúde devem captar gestantes não inscritas, reduzir o número de faltosas, especialmente as de alto risco, bem como acompanhar a evolução da gestação, incluindo também trabalhos educativos com a gestante e todo seu grupo familiar (Cabral et al., 2010).

Para gestações de baixo risco, o Ministério da Saúde (2011) recomenda o mínimo de 6 consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre.

Os dados da Tabela 6 apresentam uma análise da assistência pré-natal e do puerpério oferecidos na zona leste da cidade de São Paulo.

Tabela 6. Avaliação do processo da assistência pré-natal conforme determina o MS, São Paulo, 2016.

Assistência Pré-Natal e Puerperal	Total	
	N= 360	
	N	%
Número mínimo de 3 ou mais consultas e 1 rotina de exames	205	56,9
Menos de 3 consultas	100	27,8
Mínimo de 6 consultas pré-natais e todos os exames básicos	55	15,3
Total	360	100,0

Fonte: A autora

Em relação às consultas, 56,9% das gestantes tiveram um mínimo de três consultas e uma rotina básica de exames; 15,3% realizaram um mínimo de 6 consultas e os exames básicos. Chama a atenção os dados de 27,8% que tiveram menos de três consultas e nenhum exame básico.

Carreno et al. (2014), em seus estudos, evidenciam eventos desfavoráveis e piores indicadores de gravidade no parto e pós-parto, ocorrências associadas ao número de consultas menor do que cinco.

Parada (2008) apresentou um estudo em que a baixa cobertura estava associada à perda de registros, falhas, ilegibilidades e captação precoce das gestantes na assistência pré-natal.

Chama a atenção neste estudo o fato de que a maioria das gestantes (56,9%) apresentou um mínimo de 3 consultas e uma rotina de exames, destoando do preconizado pelo PHPN de um mínimo de 6 consultas e uma rotina de exames; ou seja, percentual caracterizado pelo Índice de Kessner como intermediário.

Tabela 7. Categorização pelo Índice de Kessner modificado por Takeda

Índice de Kessner modificado por Takeda	Total	
	N	%
Adequado	55	15,3
Intermediário	205	56,9
Inadequado	100	27,8
Total	360	100,0

Fonte: A autora

Os dados da Tabela 7 mostram os resultados da adequação do pré-natal, conforme o Índice de Kessner modificado por Takeda.

O acompanhamento do pré-natal foi considerado intermediário em 56,9%, seguido do inadequado, com 27,8% e, do adequado, com 15,3%.

Esta comparação é relevante para reafirmar a importância de estratégias que busquem realizar a procura ativa das gestantes, visto que apenas 15,3% apresentaram um percentual adequado, de acordo com o Índice de Kessner modificado por Takeda (1993).

Em comparação com outras regiões da cidade de São Paulo, dois estudos realizados no Hospital Amparo Maternal e que usaram o mesmo critério, constataram melhora no índice de adequação, que passou de 38,4% para 68,8% (Koiffman, Bonadio, 2002 & Corrêa, 2010).

Os autores acima concordam entre si quando se referem ao fato de que o registro dos resultados das variáveis do Cartão da Gestante não sofre influências de fatores externos ao serviço, depende exclusivamente de materiais mínimos e, principalmente, do comprometimento dos profissionais envolvidos.

Narchi (2010) corrobora esses autores quando, na análise da atuação dos enfermeiros da zona leste da cidade de São Paulo, assevera que estes não exercem plenamente suas competências essenciais porque enfrentam barreiras institucionais e pessoais. Conclui

evidenciando a necessidade de que as políticas públicas sejam revisadas no que se refere à melhoria da atenção à saúde materno-infantil e à destinação de recursos humanos suficientes para esse segmento.

Tabela 8. Variáveis de acompanhamento

Acompanhamento Gestação	Total	
	N	%
Gráfico da curva de IMC		
Parcial	1	0,3
Sem Registro	359	99,7
Pressão Arterial		
Parcial	98	27,2
Realizado	233	64,7
Sem Registro	29	8,1
Pesquisa do Edema		
Parcial/Insuficiente	199	55,3
Realizado	17	4,7
Sem Registro	144	40,0
Altura Uterina		
Parcial/Insuficiente	214	59,4
Realizado	35	9,7
Sem registro	111	24,0
Ausculat/Movimento Fetal		
Parcial/Insuficiente	191	53,1
Realizado	24	6,7
Sem Registro	145	40,3
Idade Gestacional		
Parcial/Insuficiente	95	26,4
Realizado	188	52,2
Sem Registro	77	21,4
Apresentação Fetal		
Parcial/Insuficiente	16	4,4
Realizado	20	5,6
Sem Registro	324	90,0

Fonte: A autora

Os dados da Tabela 8 mostram as variáveis de acompanhamento durante a gestação. Chama a atenção o fato de a variável curva de IMC (Índice de Massa Corporal) da gestante ter sido praticamente negligenciada, configurando 99,7% de ausência de registro; há ainda a variável de apresentação fetal, com 90% de ausência de registro; 40% da não ausculta do batimento cardíaco fetal; e 40% do sem registro da variável de edema materno.

Diante dos resultados, alguns questionamentos podem ser realizados: a avaliação do IMC não foi feita por falta de recursos (balança no local)? O avaliador não tem esclarecimento quanto ao estado nutricional? Ou o profissional não considera importante essa avaliação?

Segundo Seabra, Padilha, Queroz e Salinders (2011), o sobrepeso/obesidade é considerado fator de risco para a morbimortalidade perinatal, devido às complicações a que está associado: pré-eclampsia, diabetes gestacional, abortos, macrosomia, tromboembolismos, dentre outras.

O registro da apresentação fetal, do batimento cardiofetal e de edema materno é de fundamental importância, uma vez que norteia o bem-estar fetal e influencia o desfecho do parto, respectivamente (Alencar et al., 2012).

As outras variáveis, tais como altura uterina, aferição da pressão arterial e idade gestacional foram as mais aferidas.

Carreno, Bonilla e Costa (2012) ressaltam a importância do registro de todas as variáveis de acompanhamento uma vez que a junção destas permite aos profissionais envolvidos uma melhor avaliação e melhor tomada de decisão em relação à gestação, ao parto e ao puerpério.

Os resultados deste estudo indicam que os profissionais envolvidos na saúde materno-infantil devem se empenhar em melhorar o registro de procedimentos técnicos, pois estas informações são importantes para a evolução da gestação, parto e puerpério.

Considerando as preconizações do PHPN do MS, há outros adjuvantes que auxiliam nos diagnósticos: os exames laboratoriais, que, segundo o PHPN, fornecem indícios para precocemente planejar a assistência pré-natal.

A Tabela 9, a seguir, mostra os resultados dos exames da região da zona leste da cidade de São Paulo.

Tabela 9. Exames laboratoriais

Exames de laboratório e complementar	Total	
	N	%
Sistema ABO/Rh		
Sim	108	30,0
Não	252	81,8
Hb/Ht		
Sim	150	41,7
parcial	166	46,1
Não	44	12,2
Hb/Ht 30° Semana		
Sim	160	44,4
parcial	153	42,5
Não	47	13,1
Glicemia de Jejum		
Sim	162	45,0
Parcial	174	48,3
Não	24	6,7
Glicemia Jejum 30° Semana		
Sim	171	47,5
Parcial	143	39,7
Não	46	12,8
VDRL		
Sim	229	63,6
Parcial	75	20,8
Não	56	15,6
VDRL 30° Semana		
Sim	8	2,2
parcial	66	18,3
Não	286	79,4
Anti-HIV		
Sim	194	53,9
parcial	124	34,4
Não	42	11,7
Anti-HIV 30° Semana		
Sim	141	39,2

parcial	162	45,0
Não	57	15,8

Hepatite B

Sim	169	46,9
parcial	140	38,9
Não	51	14,2

Hepatite B 30° Semana

Sim	140	38,9
Parcial	139	38,6
Não	81	22,5

Toxoplasmose

Sim	117	32,5
Parcial	158	43,9
Não	85	23,6

Toxoplasmose 30° Semana

Sim	71	19,7
Parcial	163	45,3
Não	126	35,0

Urina Tipo I

Sim	249	69,2
Parcial	99	27,5
Não	12	3,3

Urina Tipo I 30° Semana

Sim	140	38,9
Parcial	153	42,5
Não	67	18,6

Colpocitologia Oncótica

Sim	136	37,8
Parcial	164	45,6
Não	60	16,7

Fonte: A autora

Em relação à tipagem sanguínea (ABO – Rh), chama a atenção o fato de que em apenas 30% dos casos o registro foi realizado adequadamente, enquanto em 81,8% não houve registro.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), quando há incompatibilidade sanguínea devido ao fator Rh, há sensibilização na genitora, pois o sangue dela reconhece o bebê como um

“intruso” e começa a criar anticorpos contra ele. Como os anticorpos produzidos na primeira gravidez são moléculas grandes, elas não são capazes de atravessar a barreira da placenta. Por isso, na primeira gravidez, se o sangue da mãe entrar em contato com o sangue do bebê, que é incompatível, nada acontece. Mas, se engravidar novamente e a genitora não tiver feito o tratamento adequado na gestação anterior, os anticorpos que são produzidos nesta outra gravidez são moléculas menores, que conseguem atravessar a placenta e destruir as hemácias do bebê. A destruição das hemácias provoca uma grave anemia e pode causar edema fetal generalizado, aumento do líquido amniótico e até a morte do bebê. Os bebês que sobrevivem apresentam grave anemia ou icterícia rara. A fim de se prevenir de problemas decorrentes do tipo sanguíneo, a genitora deve iniciar o pré-natal assim que ficar sabendo que está esperando o seu bebê. O obstetra deve fazer uma pesquisa detalhada sobre o histórico clínico da mamãe para buscar situações que possam ter sensibilizada. Mesmo com esse cuidado, a prevenção deve ser feita com um medicamento que evita a sensibilização, chamado anti-D, nas primeiras 72 horas pós-parto. Em casos de gestantes que já foram afetadas, na segunda gestação devem ser acompanhadas no Alto Risco, a fim de que nada aconteça ao feto.

Em relação ao Hb/Ht, há uma proporção similar na solicitação e registro, tanto no início quanto no final, evidenciando uma preocupação no rastreamento de anemias ou patologias relacionadas ao sistema hematológico.

Semelhante a isso, encontra-se a solicitação e preenchimento da variável glicemia de jejum para rastreamento da Diabetes Gestacional (DMG).

A sorologia para Hepatite B tem recomendação para ser feita no início e também próxima a 30ª semana de gestação. Observou-se que 22,5% das gestantes não realizaram o exame ou, se o fizeram, tal apontamento não foi registrado no cartão.

Em relação à sorologia para identificação da sífilis, chama a atenção a ausência do registro no terceiro trimestre, evidenciando que os profissionais envolvidos devem melhorar neste quesito e atentar quanto à importância desta solicitação e seu consequente registro.

Segundo o boletim epidemiológico da Prefeitura Municipal de São Paulo (2010), houve um aumento no crescimento acentuado dos casos de sífilis em gestantes e recém-nascidos desde 2008. A previsão é de mais 22 mil novos casos para o final de 2016, por todo o país.

Todos os outros registros apresentaram semelhanças na solicitação e nos registros no Cartão da Gestante.

A reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no 3º trimestre da gestação, ou mesmo uma única solicitação, seja ela no final ou no começo da gestação, já

havia sido evidenciada como uma das fragilidades do PHPN (Serruya et al., 2004; Teixeira et al., 2012).

Em relação à colpocitologia oncótica, cabe aqui um esclarecimento quanto à sua solicitação: o registro de não solicitação atinge 16,6%. O MS preconiza que a coleta deverá ser realizada se a gestante não a tiver feito nos últimos três anos, ou se houver indicação (Ministério da Saúde, 2012a). Não há como avaliar com profundidade este aspecto em virtude da falta de mais informações sobre o fato. Mas vale ressaltar que, para algumas mulheres, a única oportunidade de realização do exame colpocitológico é durante o pré-natal, por isso é importante que os profissionais estejam atentos ao seu oferecimento e realização, sobretudo, porque quando detectado em fase inicial, o câncer de colo de útero tem 100% de chances de cura.

A seguir, a Tabela 10 mostra a proporção de gestantes encaminhadas para o serviço especializado em virtude da identificação de riscos e da necessidade de avaliações mais contínuas.

Tabela 10. Complicações e encaminhamentos

Referências em Situações de Complicações	Total	
	N	%
Encaminhamento	42	11,7
Hospitalização	1	0,3
Nenhuma	317	88,1
Total	360	100,0

Fonte: A autora

Considerando-se o total de gestantes, observa-se que 11,7% delas apresentaram alguma intercorrência que levou ao encaminhamento ao alto risco. Não foi possível realizar uma análise mais profunda, uma vez que se estava restrito aos registros do Cartão da Gestante e do resumo de alta, nos quais havia ausência de justificativas embasadas em resultados de exames ou clínica.

O principal objetivo do PHPN é garantir uma adequada assistência de pré-natal/puerperal, bem como acolher a gestante desde o início da gestação, assegurando o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal.

Neste sentido, os dados da Tabela 11 apresentam variáveis do desfecho da gestação.

Tabela 11. Variáveis do desfecho da gestação

Desfecho da Gestação	Total	
	N	%
Idade Gestacional no Desfecho		
Até 35 semanas	1	0,3
> 35 a 36 semanas	5	1,4
>= 37 semanas	354	98,3
Total	360	100,0
Média ± dp	39 ± 1,41	
Tipo de Parto		
Normal	354	98,3
Cesárea	6	1,7
Total	360	100,0

Fonte: A autora

A Tabela 11 mostra que, para a maioria das mulheres (98,3%), o desfecho ocorreu no termo da gestação, com média de 39 semanas de idade gestacional. E que a maioria dos partos realizados foram normal/vaginal (98,3%). A proporção de cesárea, de 1,7%, é considerada aceitável no serviço público se comparado ao que Patah e Malik (2011) evidenciam em seu estudo de 2011, em que relatam uma taxa de 80% de cesariana no serviço privado. Estes autores relacionam os desfechos desfavoráveis no parto ao alto índice de medicalização e intervenções desnecessárias.

Para se avaliar a assistência pré-natal, é necessário estabelecer critérios de avaliação e monitorar de tempos em tempos de que forma vem sendo feita a assistência materno-infantil.

A Tabela 12 evidencia a relação entre a categorização do Índice de Kessner modificado por Takeda com os indicadores de gravidade que se caracterizam como eventos não esperados no desfecho da gestação.

Tabela 12. Relação entre as categorias qualitativas e indicadores de gravidade

	Índice de Kessner					
	Adequado	%	Intermediário	%	Inadequado	%
Desfecho						
UTI Neo						
Sim	3	5,5	6	2,9	20	20,0
Não	52	94,5	199	97,1	80	80,0
UTI Materna						
Sim	0	0,0	3	1,5	5	5,0
Não	55	100,0	202	98,5	95	95,0
Sulfato						
Sim	1	1,8	5	2,4	2	2,0
Não	54	98,2	200	97,6	98	98,0
Transfusão						
Sim	1	1,8	2	1,0	3	3,0
Não	54	98,2	203	99,0	97	97,0
Cateter Central						
Sim	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Não	55	100,0	205	100,0	98	98,0
T.P. > 7 dias						
Sim	1	1,8	4	2,0	20	20,0
Não	54	98,2	201	98,0	80	80,0
Óbito Materno						
Sim	0	0,0	1	0,5	2	2,0
Não	55	100,0	204	99,5	98	98,0
Óbito Fetal						
Sim	1	1,8	2	1,0	4	4,0
Não	54	98,2	203	99,0	96	96,0
Natimorto						
Sim	0	0,0	0	0,0	4	4,0
Não	55	100,0	205	100,0	96	96,0
Infec. Neo						
Sim	2	3,6	2	1,0	5	5,0
Não	53	96,4	203	99,0	95	95,0
Infec. Materno						
Sim	1	1,8	2	1,0	8	8,0
Não	54	98,2	203	99,0	92	92,0
Total de incidência de ind., por índice	10		27		75	

Fonte: A autora

Em uma análise inicial, as variáveis indicadoras de gravidade relacionadas à categorização adequado, intermediário e inadequado (Índice de Kessner modificado por

Takeda) mostram uma incidência gradativa de risco, quanto mais adequada a assistência pré-natal menor a incidência dos riscos (indicadores de gravidade).

Houve necessidade de uma avaliação de método estatístico, a fim de avaliar a relevância dos indicadores *versus* variáveis de categorização pelo Índice de Kessner modificado por Takeda. Os programas utilizados foram o Stata, versão 2014, e o SPSS.

Tabela 13 – Incidência de risco conforme categorização do Índice de Kessner modificado por Takeda.

Kessner	Presença de Risco de Gravidade		Total
	Não	Sim	
Intermediário	189	16	205
	52.50	4.44	56.94
Inadequado	68	32	100
	18.69	8.89	27.78
Adequado	49	6	55
	13.61	1.67	15.28
Total	306	54	360
	85.00	15.00	100.00

Fonte: A autora

A análise através do método Pearson utilizado na tabela 13 evidencia que quanto mais adequado ou intermediário a assistência, menor a probabilidade de risco ou presença de indicadores de gravidade. Em relação ao inadequado há uma incidência significativa de presença de riscos na assistência.

Os indicadores que apresentaram significância em relação à categorização dos Índices de Kessner modificado por Takeda foram: UTI Neo (0,00), Tempo de permanência maior que 7 dias (0,00), Infecção Materna (0,03), Natimorto (0,05).

4.2 CONCLUSÃO

Em face aos resultados, podemos concluir que:

A relação das categorias identificadas pelo Índice de Kessner modificado por Takeda com os indicadores de gravidade, evidenciam que a ausência do preenchimento das variáveis do cartão da gestante categorizadas como inadequados 27,8% apresentaram maior risco para

presença de indicadores de gravidade, ou seja, quanto maior a inadequação no pré-natal, maiores as chances de desfechos desfavoráveis.

Traverzim (2015) corrobora em seu estudo quando evidencia um percentual de 38,9% de eventos adversos na obstetrícia, ou seja, eventos indesejáveis ou não esperados na fisiologia gravídico-puerperal; observa ainda que a maioria desses eventos podem ser considerados de causas evitáveis.

Ao utilizar o Índice de Kessner modificado por Takeda para avaliar o acompanhamento do pré-natal na zona leste da cidade de São Paulo, o presente estudo evidenciou que 56,9% classificaram-se como intermediário, seguido do inadequado 27,8% e do adequado em apenas 15,6%. É necessário salientar que o adequado atende aos requisitos propostos pelo Ministério da Saúde, então chama a atenção nesse estudo que mais de dois quartos das pacientes se encaixam nessa categoria de inadequado e que 84,7% apresentam alguma inadequação se considerarmos o que preconiza o Índice de Kessner modificado por Takeda, associado ao que preconiza o Ministério da saúde. Os melhores resultados ficaram evidenciados em apenas 15,6%, categorizados como adequados.

Quanto aos dados sócio demográficos da população do estudo evidencia uma predominância de mulheres jovens, 54,7 % abaixo de 24 anos; 69,4% não se declaram brancas; 50% são solteiras; 59,1% ganham menos de um salário e 66,9% possuem o ensino médio.

Quanto ao perfil de morbidade a análise dos resultados mostram que 37,2% apresentaram infecção urinária; 13,3% se caracterizaram como diabetes prévia ou gestacional; 9,4% das gestantes apresentaram hipertensão arterial crônica com evidente piora no processo fisiológico gestacional, observado através dos indicadores de gravidade presentes nos resumos de alta (UTI Neo; UTI Materna; Sulfato; Óbito Fetal; Óbito Materno; Infecção Neo; Infecção Materna; Transfusão; Tempo de permanência maior que 7 dias; Natimorto e Cateter Central).

Chama a atenção nesse estudo o histórico de outros procedimentos cirúrgicos que as gestantes foram submetidas, 51,4% possuíam algum tipo de cirurgia não relacionadas ao processo reprodutivo. Com as limitações do preenchimento dos dados desta variável no cartão da gestante, não foi possível avaliar com mais especificidade essa situação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Esse estudo evidenciou que o pré-natal na zona leste de São Paulo pode ser classificado como intermediário, mediante realização de investigação estatística apresentada. Percebe-se esforços visando à melhoria da assistência materno-infantil, porém, ainda chama a atenção a quantidade de inadequações evidenciadas pelos indicadores de gravidade presentes no resumo de alta, o que aumenta a probabilidade de riscos evitáveis neste segmento.

É importante salientar que, de forma geral, a falta de registro no Cartão da Gestante, bem como as falhas no preenchimento do resumo de alta são fatores que dificultam a análise dos dados e comprometem a qualidade da assistência pré-natal, colocando em risco a segurança das gestantes e dos conceptos.

Donabedian (2003), Vasconcelos e Moraes (2011) concordam entre si quando afirmam que os dados dos documentos considerados essenciais na assistência pré-natal, uma vez negligenciados por incompletudes e ilegibilidades, dificultam uma análise da assistência materno-infantil. Os autores evidenciam que há aspectos merecedores de maior atenção e discussão, tanto entre os profissionais envolvidos como junto aos gestores da saúde pública. São eles: a quantidade de consultas preconizadas pelo PHPN, a busca ativa das gestantes, o retorno ao puerpério e a formação do vínculo entre profissionais, gestantes e instituições de saúde.

A Organização das Nações Unidas (2012) registra a necessidade de que sejam feitas mais pesquisas sobre a qualidade da atenção ao pré-natal, uma vez que o índice de mortalidade materna ainda é alarmante e vem se mantendo no Brasil e crescendo em outros países também.

Esse estudo fornece informações que podem ser usadas pelos gestores da saúde materno-infantil a fim de nortear ações locais acerca do que é possível ser melhorado. Visa também sensibilizar os profissionais envolvidos para que estes atentem ao preenchimento das variáveis do Cartão da Gestante, bem como alertar os médicos sobre as falhas encontradas no preenchimento do cartão da gestante e resumos de alta.

Os dados coletados evidenciam aos gestores locais de políticas de saúde do segmento materno-infantil a necessidade do estabelecimento de um critério de avaliação contínua, que seja sensível à identificação dos desfechos desfavoráveis no período gravídico-puerperal.

5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS

Faz-se necessário uma sensibilização dos gestores locais quanto à necessidade de pesquisas no âmbito hospitalar, uma vez que esse tipo de análise no local da assistência pode trazer mais informações sobre o perfil de morbidade da população atendida e fornecer dados que poderão ser usados para a formação de novas estratégias locais, com intuito de mitigar eventos de morbimortalidade direta.

Mais estudos devem ser realizados para a análise do pré-natal, envolvendo não apenas análise quantitativa de dados de documentos primários, mas também de secundários, associados à pesquisa qualitativa junto à protagonista principal: a gestante.

1 REFERÊNCIAS

- Alencar, C. A. A., Alencar, E. C., Brilhante D. P., Teixeira, M. D., & Feitosa, F. E. L. (2012). Influência do internamento materno prolongado nos resultados maternos e perinatais de duas séries de pacientes com placenta prévia. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 34(1), 34-39.
- Alves, M. M. R., Alves, S. V., Antunes, M. B. C., & Santos, D. L. P (2013). Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. *Rev Saúde Pública*, 47(2), 283-291.
- Amaral, E., Luz, A. G., & Souza, J. P. D. (2007) A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 29(9), 484-489
- Andreucci, C. B., & Cecatti, J. G. (2011). Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*, 27(6), 1053-1064.
- Andreucci, C. B., Cecatti, J. G., Macchetti, C. E., & Sousa, M. H. (2011). Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Revista de Saúde Pública*, 45(5), 854-863.
- Anversa, E. T. R., Bastos G. A. N., Nunes, L. N., & Pizzol, T. S. D. (2012). Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(4), 789-800.
- Arantes, R. B., Alvares, A. S., Corrêa, A. C. P., & Marcon, S. R. (2014). Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação da estrutura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(2), 245-254.
- Beeckman, K., Louckx, F., Masuy-Stroobant, G., Downe, S., & Putman, K. (2011). The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. *BMC health services research*, 11(1), 1.
- Bittencourt, I. S., & Oliveira, Z. M. (2009). Complicações do parto natural: assistência de enfermeiros (as) obstetras. *Rev.Saúde.Com*, 5(1), 38-49.
- Bloch, J. R., Dawley, K., & Suplee, P. D. (2009). Application of the Kessner and Kotelchuck prenatal care adequacy indices in a preterm birth population. *Public Health Nursing*, 26(5), 449-459.
- Cabral, R. W. L., Medeiros, A. L., Pinto, L. N. M. R., Prado, C., & Durier, I. S. (2010). Atuação do enfermeiro nas intercorrências e complicações obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento. *VII Congresso de Enfermagem Obstétrica e Nacional*.
- Campos, J. J. B., Akatsu, A. S., Prado, E. S., Hoyama, E., & Rodrigues, J. A. M. (1996). Pregnant Lady's Card. *Ci. Biológicas/Saúde*, 17(2), 149-157.
- Carreno, I., Bonilla, A. L. L., & Costa, J. S. D. (2012). Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Revista Brasileira de Epidemiol*, 15(2), 396-406.

Carreno, I., Bonilla, A. L. L., & Costa, J. S. D. (2014). Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. *Rev Saúde Pública*, 48(4), 662-670.

Carrilho, J. M. (2014). *Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e o registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. Brasil.

Carvalho, A. P. P., Tonete, V. L. P.; & Parada, C. M. G. L. (2010). Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(6). Recuperado em 19 Setembro 2016, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_20.pdf.

Carvalho, G. M., Folco, G., Barros, L. M. N., & Merighi, M. A. B. (2004). Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. *REME – Rev. Min. Enf.*, 8(4), 449-454.

Cavalcante, M. S., Guanabara, E. M., & Nadai C. P. (2012). Complicações maternas associadas à via de parto em gestantes cardiopatas em um hospital terciário de Fortaleza, CE. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 34(3), 113-117.

Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S. J., & Kopak, A. (2010). A Methodology for conducting integrative mixed methods research and data analyses. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(4), 342–360.

Cecatti, J. G., Albuquerque, R. M. D., Hardy, E., & Faúndes, A. (1998). Maternal mortality in Recife: causes of maternal deaths. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 20(1), 711.

Cecatti, J. G., Marba, S. T. M., Passini, R., Jr., Calderon I. M. P., & Martinez, F. E. (2015). *Explorando os efeitos da morbidade grave da morte materna sobre a saúde perinatal e infantil*. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Cesar, J. A., Mano, P. S., Carlotto, K., Gonzales-Chica, D. A., & Mendoza-Sassi, R. A. (2011) Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, 11(3), 257-263. doi: 10.1590/S151938292011000300006.

Costa, C. S. C., Vila, V. da S. C., Rodrigues, C. A. M., & Pinho, L. M. O. (2013). Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 516–522. Recuperado em 19 de setembro, 2016, de https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf

Cruz, A. F. N., Vieira, B. D. G., Queiroz, A. B. A., Rodrigues, R. P., & Santos, K. M., (2016). Morbidade materna pela doença hipertensiva específica da gestação: estudo descritivo com abordagem quantitativa. *Fundam. care. Online*, 8(2). Recuperado em 19 de setembro, 2016, de http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4356/pdf_1874

Dias, M. A. B., Domingues, R. M. S. M., Schilithz, A. O. C., Nakamura-Pereira, M., Diniz, C.

S. G., Brum, I. R., Martins, A. L., Theme, M. M., Filha, Gama, S. G. N. da, & Leal, M. C. (2014). Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa nascer no Brasil. *Cad Saude Pública*, 39(supl1), 169–181.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Duarte, G., Cunha, S. P., Mauad, F., Filho, Nogueira, A. A., Berezowski, A. T., & Rodrigues R. (Eds.). (2003). *Protocolos de condutas em gestação de alto risco* (3a ed). Ribeirão Preto: Editora Funpec.

Figueiredo, R. P. (2013). *O estudo da morbidade materna e do conceito em uma maternidade pública de João Pessoa, Paraíba*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Gonzaga, I. C., Albuquerque, S., Sheila, L. D., Silva, A. R., Vilarouca & Campelo, V. (2016). Prenatal care and risk factors associated with premature birth and low birth weight in the a capital in the Brazilian Northeast. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1965-1974. Recuperado em 11 de Outubro de 2016, de: <https://dx.doi.org/10.1590/141381232015216.06162015>

Haddad, S. E. M. T. (2009). *Do planejamento à prática: construindo a Rede Nacional de Vigilância de Morbidade Materna Grave*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Heaman, M. I., Newburn-Cook, C. V., Green, C. G., Elliott, L. J., & Helewa, M. E. (2008). Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1), 1.

Hernandez, S. R., Collado C., & Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 3. ed. México Edit. McGraw Hill.

Jonsdottir, G., Bjarnadottir, R. I., Geirsson, R.T., & Smarason, A. (2006). No correlation between rates of caesarean section and perinatal mortality in Iceland. *Laeknabladid*, 92(6), 191-195.

Koffman, M. D., & Bonadio, I. C. (2005). Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 5(Supl 1), 23-32.

Laurenti, R. (2009). Morbidade materna em adolescentes (gravidez de adolescentes). *Relatório apresentado a Organização Panamericana de Saúde Carta -Acordo BR/LOA/0800042.001*. Recuperado em 20 Setembro, 2016, de http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Morbidade_Materna_em_Adolescentes.pdf

Leite, R. M. B., Araújo, T. V. B., Albuquerque, R. M., Andrade, A. R. S. de, & Duarte Neto, P. J. (2011). Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(10), 1977-1985.

Lofrano-Prado, M. C., Prado, W. L., Barros, M. V. G., Tenório, T. R. S., & Souza, S. L. (2015). Complicações obstétricas e idade materna no parto são preditores de sintomas de transtornos alimentares em estudantes universitários da área da Saúde. *Einstein*, 13(4), 525-529.

Lotufo, F. A. H. (2010). *Caracterização do near miss materno em unidade de terapia intensiva*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Luz, A. G., Tiago, D. B., Silva, J. C. G., & Amaral, E. (2008). Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 30(6), 281-286.

Macedo, C. P. C., Barca, D. A. A. V., Valcácio, F. C., Dantas, J. A., Freitas, M. L. F., & Costa, I. C. C. (2012). Analysis of data from the Mortality Information System (SIM) and Committee on Maternal Mortality (CMM) in Rio Grande do Norte. *Rev Bras Promoç Saúde*, 25(4), 413-419.

Magalhães, D. M. S. (2011). *Fatores sócio-demográficos e antecedentes obstétricos relacionados à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes do Distrito Federal*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

Magalhães, M. C., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2012). Morbidade materna extremamente grave: uso do Sistema de Informação Hospitalar. *Rev Saúde Pública*, 46(3), 472-478.

Magalhães, M. C., Raymundo, C. E., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2013). Morbidade materna extremamente grave a partir dos registros de internação hospitalar do Sistema Único de Saúde: algoritmo para identificação dos casos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 13(1), 1722.

Maio, M. C., Pires-Alves, F. A., Paiva, C. H. A., & Magalhães, R. C. S. (2010). Cooperação internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Cadernos de Saúde Pública*, 26(7), 1273-1291. Doi: 10.1590/S0102311X2010000700002.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2005). *Fundamentos da metodologia científica*. (6a ed.). São Paulo: Atlas.

Martinelli, K. G., Santos, E. T. dos, Neto, Gama, S. G. N. da, & Oliveira, A. E. (2014). Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(2), 56-64.

- Melo, E. C., Oliveira, R. R., & Mathias, T. A. F. (2015). Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 49(4), 540-549.
- Mendes, J. D. V. & Osiano, V. L. R. L., (2013). A Mortalidade Materna no Estado de São Paulo, Brasil. *Boletim Epidemiológico Paulista*, 10(114), 17-29.
- Minayo, M. C. S. (1994). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. de SouzaMinayo MC, compilador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*, 23, 9-29.
- Ministério da Saúde. (2000). *Assistência Pré-Natal: Manual Técnico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2002a). *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2002b). *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004). *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Guia de Vigilância epidemiológica*. (6a ed.) Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006a). *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna*. Brasília, DF: Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde. (2006b). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006c). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. [Manual]. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008). Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 383.
- Ministério da Saúde. (2009a) *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006): dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009b). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010a). *Boletim Epidemiológico Aids-DST 2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010b). *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2010c). *Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2011b). Manual prático para a implementação da rede cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 Setembro, 2016, de www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062.

Ministério da Saúde. (2012a). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012b). *Relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste – Rede Cegonha*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2014). *Humanização do parto e do nascimento– Caderno Humaniza SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2015). *Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 maio, 2016, de: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>.

Monteschio, L. V. C., Sgobero, J. K. G. S., Marcon, S. S., & Mathias, T. A. F. (2014). Acesso de parturientes para a assistência ao parto em hospitais universitários: caracterização e fatores associados. *Rev Gaúcha Enferm.*, 35(1), 22-30.

Moraes, C. L., Arana, F. D. N., & Reichenheim, M. E. (2010a). Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública*, 44(4), 667-676.

Moraes, M. L., Almeida, L. B., Santo, R. E., Barbosa, R. F., & Carmo, M. G. T. (2010b). Elementos traço e complicações obstétricas na gestação na adolescência. *Rev. Nutr., Campinas*, 23(4), 621-628.

Moraes, I. G. S., Pinheiro, R.T., Silva, R. A., Horta, B.L., Sousa, P.L.R., Luis, R. & Faria, A. D. (2010c). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70. Recuperado em 22 de outubro, 2016, de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>.

Moraes, A. P. P., Barreto, S. M., Passos, V. M. A., Golino, P. S., Costa, J. A., & Vasconcelos, M. X. (2011). Incidence and main causes of severe maternal morbidity in São Luís, Maranhão, Brazil: a longitudinal study. *Sao Paulo Med J.*, 129(3), 146-152.

Mota, A. K., Miranda A. L., Saraceni, V., & Koifman, S. (2012). Mortalidade materna e incidência de dengue na Região Sudeste do Brasil: estudo ecológico no período 2001-2005. *Cad. Saúde Pública*, 28(6), 1057-1066.

Narchi, N. Z. (2010). Atenção pré-natal por enfermeiros na zona leste da cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferma USP*, 44(2), 266-273.

Narchi, N. Z., Cruz, E. F., & Gonçalves, R. (2013). O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência and Saúde Coletiva*, 18(4), 1059-1068.

Nagahama, E. E. I. & Santiago, S. M. (2006). O cuidado pré-natal em um hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad. Saúde Pública*. 22(1), 173-9.

Santos Neto, E. T., Alves, K. & Zorzal, M. R. (2008). Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Rev. Saúde e Sociedade*, 28(2), 107-119.

Oliveira, L. C., & Costa, A. A. R. (2013). Óbitos fetais e neonatais entre casos de near miss materno. *Rev Assoc Med Bras.*, 59(5), 487–494.

Oliveira-Neto, A. F. (2009). *Avaliação dos fatores de risco e critérios de prognóstico na morbidade materna grave em UTI obstétrica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Oloki, U., Abdullahi, M. J., Pate, M. A., Abubakar, I. S., Aniebue, N., & West, C. (2012). Prenatal care and emergency obstetric care services provided at primary healthcare facilities in rural Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 117(1), 61-65.

Organização das Nações Unidas (ONU). (2012). *O Futuro que Queremos*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 19 Setembro de 2016, de www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/OFuturoqueQueremos_rascunho_zero.pdf.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995). *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. Genebra, Suíça. Recuperado em 19 de Setembro de 2016, de http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996). *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Recuperado em 19 Setembro de 2016, de http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2011). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 19 Setembro de 2016, de <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2056>.

Pacagnella, R. C. (2011). *Morbidade Materna Grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Parada, C. M. G. L. (2008). Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Brasil Saúde Materno Infantil*, 8(1), 113-124.

Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Lima, L. A., & Legay, L. F. (2010). Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev Psiq Clín.*, 37(5), 216-222.

Pinto, H. A., Sousa, A., & Florêncio, A. (2012). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Informação, Comunicação & Inovação em Saúde*, 6(2). doi: 10.3395
Recuperado em 19 Setembro, 2016, de <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>

Pochmann, M. (2009). *Pobreza e crise econômica: o que há de novo no Brasil metropolitano* (Nota técnica). Rio de Janeiro, RJ, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Polgliani, R. B. S., Santos, E. T., & Zandonade, E. (2014). Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 36(6), 269-75.

Pontes, M. G. de A., Lima, G. M. B. de, Feitosa, I. P., & Trigueiro, J. V. S. (2014). Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*, 12(1), 69-78.

Portaria nº 569, de 1 de Junho de 2000. (2000). Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado em 20 Setembro, 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.

Portaria nº 570, de 1º de Junho de 2000. (2000). Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado em 19 Setembro, 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html
bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.htm.

Portaria nº 571, de 1 de Junho de 2000. (2000). Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado em 20 Setembro, 2016, de <http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-571-de-1-de-junho-de2000/>.

Portaria nº 572, de 1º de junho de 2000. (2000). Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado em 20 Setembro, 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0572_01_06_2000_rep.html.

Predebon, K. M., Mathias, T. A. de F., Aidar, T., & Rodrigues, A. L. (2010). Desigualdade sócio-espacial expressa por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Cad Saúde Pública*, 26(8), 1583-1594.

Prefeitura Municipal de São Paulo. (2010). *Saúde em dados: Boletim Ceinfo*, 14. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Recuperado em 02 junho, 2016, de http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2010.pdf.

Prefeitura Municipal de São Paulo. (2015). *Saúde em dados: Boletim Ceinfo*, 14. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Recuperado em 03 junho, 2016, de http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CeInfo_Dados_2015.pdf.

Queiroz, A. S. de, & Costa, C. F. F. (2006). Amadurecimento precoce de placenta avaliada pela ultra-sonografia e prognóstico perinatal. *Rev Bras. Ginecol. Obstet.*, 28(3), 70-165.

Reis, L. G. C., Pepe, V. L. E., & Caetano, R. (2011). Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 1139-1159.

Ribeiro, C. M., Costa, A. J. L., Cascão, A. M., Cavalcante, M. L. T., & Kale, P. L. (2012). Estratégia para seleção e investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. *Rev Bras Epidemiol*, 15(4), 725-736.

Rios, C. T. F., & Vieira, N. F. C. (2007). Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 477-486.

Rocha, J. E. S., Tomaz, A. C. P., Rocha, D. B., Lopes, A. L., Breda, M. O., & Souza, S. D. A., (2002). Morbidade Materna e Morbimortalidade Perinatal Associada, Infecção Ascendente na Rotura Prematura das Membranas. *RBGO* 24(1), 15-20.

Rodrigues, E. M., Nascimento, R. G. do, & Araújo, A. (2011). Protocolo na assistência PréNatal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(5), 1041-1047.

Rudge, M. V. C., Piculo, F., Marini, G., Damasceno, I. M. P. C., & Barbosa, A. P. (2013). Pesquisa translacional em diabetes melito gestacional e hiperglicemia gestacional leve: conhecimento atual e nossa experiência. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, 57(7), 497-508.

Santana, D. S. N. (2011). *Morbidade materna grave por aborto no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Santos Neto, E. T. dos, Oliveira, A. E., Zandonade, E., Gama, S. G. N. da, & Leal, M. do C. (2012). 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*, 28(9), 1650-1662.

Santos, A. L., Radovanovic, C. A. T., & Marcon, S. S. (2010). Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Rev. RENE*, 11, 61-71.

Seabra, G., Padilha, P. C., Queros J. A. & Salindres C. (2011). Sobre peso e obesidade prégestacional: prevalência e desfechos associados à gestação. *Ciências em Saúde*, 349-352.

Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. (2010). *Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: Manual Técnico do Pré-natal e puerpério* [Manual]. São Paulo, SP: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Serruya, S. J. (2012). A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(12), 531-535.

Serruya, S. J., Lago, T. G., Cecatti, J. G. (2004). O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, 4(3), 269-279.

Silva, A. A. A., Coutinho, I. C., Katz, L., & Souza, A. S. R. (2013). Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa – PB: caracterização de serviços e usuárias. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, 13(1), 29-37.

Silva, M. B., & Monteiro, P. S. (2010). Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas – TO. *Com. Ciências Saúde*, 29(1), 21-30. Recuperado em 10 junho, 2016, de <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>.

Soares, E. S., & Menezes, G. M. S. (2010). Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: uma análise de situação no nível local. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 19(1), 51-60. doi: 10.5123/S1679-49742010000100007

Soares, V. M. N., Souza, K. V., Azevedo, E. M. M., Possebon, C. R., & Marques, F. F. (2012). Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(12), 536-543.

Sousa, A. S., Andrade, A. N., Sousa, H. G. L., Quental, O. B., Sobreira, M. V. S., & Soares, K. A. (2013). Complicações obstétricas em adolescentes de uma maternidade. *Rev enferm UFPE on line*, 7(4), 1167-1173.

Sousa E., Santos, J. F. K., Baucher, M., Bertini, A. M., & Camano, L. (1995). Considerações sobre prematuridade eletiva na UNIFESP/EPM. *Rev Bras Ginecol Obst.*, 17, 583-589.

Sousa, M. H., Cecatti, J. G., Hardy, H., & Serruya, S. J. (2008). Relacionamento probabilístico de registros: uma aplicação na área de morbidade materna grave (near miss) e mortalidade materna. *Cad. Saúde Pública*, 24(3), 653-662.

Souza, J. P. D. (2015). A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(12), 549-551.

Souza, J. P. D., Cecatti, J. G., & Parpinelli, M. A. (2005). Fatores associados à gravidade da morbidade materna na caracterização do near miss. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 27(4), 187-203.

Souza, J. P. D., Sousa, M. H., Parpinelli, M. A., Amaral, E., & Cecatti, J. G. (2008). Selfreported maternal morbidity and associated factors among brazilian women. *Rev Assoc Med Brasil*, 54(3), 249-255.

Souza, M. H., Cecatti, J. G., Hardy, E. E., Sousa, J. P. D., & Serruya, S. (2006). Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 6(2), 161-168.

- Souza, M. L., Laurenti, R., Knobel, R., Monticelli, M., Bruggemann, O. M., & Drake, E. (2013). Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(3). Recuperado em 19 Setembro 2016, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169rlae-21-03-0711.pdf
- Szwarcwald, C. L., Escalante, J. J. C., Rabello, D. de L, Neto, Borges, P. R. de S, Junior, & Victora, C. G. (2014). Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*, 30, 71-83. doi: 10.1590/0102311X00125313.
- Takeda, S. (1993). Avaliação de unidade de atenção primária: a modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. Dissertação apresentada na Universidade Federal de Pelotas, Rio de Janeiro, RJ.
- Teixeira, N. Z. F., Pereira, W. R., Barbosa, D. A., & Vianna, L. A. C. (2012) Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 12(1), 27-35.
- Traverzim, M. A. S. (2015). *Aplicação de check list ampliado para detecção de incidentes de segurança de pacientes em medicina perinatal*. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho.
- Uberti, E. M. H., Viçosa Junior, H. M., Conter, S. L., Schutt, D. S. G., Rodrigues, L. M., & Costa, P. L. (1994). Morbidade e mortalidade materna e perinatal nos distúrbios hipertensivos da gestação. *Rev. bras. ginecol. Obstet*, 16(2), 81-86.
- VanderWeele, T. J., Lantos, J. D., Siddique, J., Lauderdale, D. S. (2009). A comparison of four prenatal care indices in birth outcome models: comparable results for predicting smallfor-gestationalage. *J Clin Epidemiol*, 62(4), 438-45.
- Vieira, F. N., Sousa, E. S., Bastos, M. C., Vieira, F. N., Fonseca, N. S. C., & Vasconcelos, M. C. C. (2005). Complicações de Pacientes obstétricas e Puerperais Admitidas em Unidade de terapia intensiva. *RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 17(4), 251-255.
- Vieira, L. (2005). *Reconstruindo a trajetória de mães de crianças que morreram por tétano neonatal em Minas Gerais*. Tese de doutorado apresentado à Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Systems thinking for Health Systems Strengthening*. France: World Health Organization Press.
- World Health Organization (WHO). (2010). *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization Press.
- Zanchi, M., Gonçalves, C. V., Cesar, J. A., & Dumith, S. C. (2013). Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 1019-1028.

“As citações contidas no texto e na listagem de referências foram automatizadas por meio do software Zotero”.

2 APÊNDICES

APÊNDICE A – CHECKLIST I

Nome:	DN: __/__/__ idade:
Nº SISPRENATAL:	Nº SUS:
Unidade Básica:	Hospital Referência:
Nome do médico:	Nome do Enfermeiro:
Antecedentes Obstétricos: Gesta: _____ Paridade: _____ Aborto: _____ Ectópicas: _____ Anembrionadas: _____	Tipo de Parto e quantidade: Parto Normal: _____ Parto Cesárea: _____ Parto Fórceps: _____ Idade Gestacional que iniciou o Pré- Natal: _____
DUM:	DPP:
ABO: RH: Coombs indireto:	Sensibilizada: () sim () não Recebeu imunoglobulina: () sim () não
Complicações em gestação anterior:	() sim () não – Qual:
Complicações em gestação atual:	() sim () não – Qual:
Em uso de vitaminas:	() sim () não – Qual:
Em uso de medicamentos:	() sim () não – Qual:
Ultrassonografias: 1º trimestre: () sim () não 2º trimestre: () sim () não 3º trimestre: () sim () não	Consultas: 0 a 5 () sim () não 0 a 6 () sim () não 0 a 7 () sim () não 0 a 8 () sim () não 0 a 9 () sim () não 0 a 10 () sim () não mais de 10 () sim () não
As consultas foram intercaladas entre médico e enfermeiro: () sim () não	Houve algum cancelamento da consulta: () sim () não
Houve algum intervalo maior que 60 dias entre as consultas: () sim () não	Exames: HIV 1º trimestre () sim () não HIV 30 semanas () sim () não
Exames: VDRL 1º trimestre () sim () não VDRL 30 semanas () sim () não	Exames: Hepatite – HbsAg () sim () não
Exames: Toxoplasmose 1º trimestre () sim () não Toxoplasmose 30 semanas () sim () não	Exames: Hb/Ht 1ª Coleta: () sim () não Hb/Ht 30 semanas: () sim () não
Exames: Urina 1ª Coleta: () sim () não Urina 1 - 30 semanas: () sim () não	Exames: Urocultura: () sim () não
Exames:	Exames:

Glicemia 1ª Coleta: () sim () não Glicemia - 30 semanas: () sim () não	Curva de tolerância a glicose TOTG 75g: () sim () não Tratamento: () sim () não
Peso Inicial:	Peso no momento: Altura:
Cor: Branca () Parda () Amarela () Preta () Indígena ()	Ocupação: _____ Trabalha fora: () sim () não

APÊNDICE B – CHECKLIST II

O Sumário de Alta deverá conter:

Identificação do Paciente (_____)

Diagnóstico de admissão (_____)

Diagnóstico definitivo (_____)

Outros diagnósticos (_____)

Quadro clínico e evolução (_____)

Tratamento clínico/cirúrgico realizado e/ou outros procedimentos

(_____

_____)

Exames subsidiários relevantes e resultados (_____)

Condições de alta (_____)

Orientações e terapia medicamentosa prescrita (_____)

Em caso de retorno assinalar o tempo determinado (_____)

Identificação do médico (nome, n ° do conselho e assinatura)

(_____)