



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Raphael Ribeiro Goulart**

**(In)completude dos registros e (in)adequação da assistência ao  
pré-natal de risco habitual na atenção primária à saúde  
de Cabo Frio**

Rio de Janeiro

2020

Raphael Ribeiro Goulart

**(In)completude dos registros e (in)adequação da assistência ao pré-natal  
de risco habitual na atenção primária à saúde  
de Cabo Frio**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

G695	<p>Goulart, Raphael Ribeiro. (In)completude dos registros e (in)adequação da assistência ao pré-natal de risco habitual na atenção primária à saúde de Cabo Frio / Raphael Ribeiro Goulart. - 2020. 90 f.</p> <p>Orientador: Ricardo de Mattos Russo Rafael. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Cuidado pré-natal. 2. Qualidade da assistência à saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem. I. Rafael, Ricardo de Mattos Russo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	--

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Raphael Ribeiro Goulart

**(In)completude dos registros e (in)adequação da assistência ao pré-natal  
de risco habitual na atenção primária à saúde  
de Cabo Frio**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael (Orientador)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciane de Souza Velasque  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

## DEDICATÓRIA

Ao meu filho, Paulinho.

À minha namorada, Nara.

À minha família e àqueles que guiaram meus passos e me incentivaram.

Sem vocês, nenhuma conquista seria possível.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força que me sustenta em toda prova de conhecimento que me faz crescer. Pelas possibilidades vivenciadas até o presente dia e por permitir a troca de vida com pessoas tão especiais que me fazem crescer espiritual e profissionalmente.

Meu filho, Paulo, você me engrandece em forças para seguir em novos caminhos. Minha maior fonte de energia se esconde em seu sorriso. Embora ainda seja pequeno para entender, reergueu-me em diversos momentos de exaustão com seu abraço. Que eu possa ser um bom “espelho” para você.

Aos meus pais, Paulo Fernando (em memória) e Roseni, assim como à minha irmã, Paola, sempre ao meu lado, torcendo por cada vitória buscada em esforços que vêm desde os meus primeiros passos.

À minha amada Nara, que cuida de mim desde que nos conhecemos, ficamos amigos, cúmplices, namorados. Nunca desacreditou de mim, minha maior incentivadora para retornar à academia e jamais desistir de buscar a minha felicidade diariamente. Junto à linda Geovana, entendeu minha correria e meus momentos de ausência. Sem vocês, não seria capaz.

Ao meu orientador, Ricardo, a quem aprendi a admirar como profissional, ampliando meu olhar sobre o aprendizado acadêmico e a vida. Obrigado pela confiança em mim e por todo seu incansável esforço. À professora Dra. Mercedes, por toda a amizade e apoio com suas contribuições. Às professoras Dra. Adriana Lenho, Dra. Luciane Velasque e Dra. Ana Beatriz Queiroz, pelas contribuições na trajetória deste trabalho.

Aos familiares, amigos e mestres envolvidos em minha trajetória, sempre me propiciando aprendizados sobre os conceitos da vida em todos os sentidos. Em especial, ao meu amigo Fábio Damião (pai da minha afilhada Joana), que é meu espelho de busca por conhecimento profissional e dos desafios da vida.

Em cada passo, uma pessoa. Com cada uma, uma história. Em cada história, um aprendizado. Obrigado a todos!

Sou apaixonado pelo mistério, porque sempre tenho a esperança de desvendá-lo.

*Charles Baudelaire*

## RESUMO

GOULART, Raphael Ribeiro. **(In)completude dos registros e (in)adequação da assistência ao pré-natal de risco habitual na atenção primária à saúde de Cabo Frio**. 2020. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Este estudo, ancorado na pesquisa intitulada “Qualidade da informação: um estudo sobre o pré-natal de risco habitual realizado na Atenção Primária à Saúde de Cabo Frio”, tem como objetivo geral: Analisar a (in)completude dos registros da caderneta da gestante e suas relações com a adequação da assistência pré-natal de risco habitual na APS do município de Cabo Frio, Rio de Janeiro. Metodologia: trata-se de estudo transversal com um conjunto de cadernetas da gestante de mulheres em período de pós-parto imediato e internadas no Hospital Municipal da Mulher de Cabo Frio. A estratégia amostral foi por conveniência, abrindo-se um recorte temporal de seis meses, recrutando todas as mulheres neste período (n=131). O grau de adequação do pré-natal foi calculado pelo Índice de Kotelchuck, e o grau de completude utilizou os critérios de Romero e Cunha, ajustado pela idade gestacional. Ambos foram tratados como variáveis desfecho, sendo as covariáveis de interesse divididas em sociodemográficas e características da atenção pré-natal. A análise estatística compreendeu o cálculo de prevalências, razões de prevalência e intervalos de confiança a 95%, bem como a construção de modelos, usando regressão de Poisson com ajuste por variância robusta. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o parecer nº 3.223.284. Resultados: os principais resultados demonstram que o grau de completude das cadernetas pode ser classificado como predominantemente ruim e muito ruim, com resultados de 74,05% e 20,61%, respectivamente. Por outro lado, a maior parte dos pré-natais foi considerada adequada e muito adequada, com prevalências de 18,32% (IC95%: 12,53-26,00) e 42,4975% (IC95%: 34,46-51,46). A participação do enfermeiro na assistência pré-natal demonstrou ser importante covariável associada à melhoria do grau de completude das cadernetas (RPa=0,89; p=0,009), assim como a realização de seis consultas ou mais (RPa=0,94; p=0,012). Contudo, observou-se que a variável (in)completude do registro pré-natal esteve associada aos piores níveis de adequação (RPa 0,78; p<0,001), independentemente das características sociodemográficas e de atenção pré-natal. Conclusão: demonstrou-se a necessidade de aprimoramento das políticas públicas sobre o pré-natal, sobretudo, no que concerne à melhoria da qualidade da informação, e, mesmo sendo observada uma prevalência relativamente elevada para a adequação do pré-natal, acredita-se que as metas a serem perseguidas neste acompanhamento devem contemplar a totalidade de gestantes. Ainda, a presença do profissional enfermeiro durante as consultas foi fator associado a desfechos positivos nesta análise. Considerando que a introdução das variáveis sobre a característica da atenção prestada é pioneira nesta dissertação, recomenda-se que novas investigações utilizem modelos similares, na tentativa de avaliar a consistência destes resultados.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidado pré-natal. Qualidade da assistência à saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

GOULART, Raphael Ribeiro. **(In)completeness of records and (in)adequacy of habitual risk prenatal care in primary health care of Cabo Frio**. 2020. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This study, anchored in the research entitled “Quality of Information: a study about the habitual risk prenatal performed in Primary Health Care of Cabo Frio”, has as its general objective: to analyse the (in)completeness of records of the pregnant woman's book and its relations with the habitual risk prenatal care adequacy in the APS (Primary Health Care) of Cabo Frio, Rio de Janeiro. Methodology: this is a cross-sectional study with a set of pregnant women pregnant women in the immediate postpartum period and admitted to the Cabo Frio Women's Municipal Hospital. The sampling strategy was for convenience, opening a timeframe of six months, recruiting all women in this period (n=131). The prenatal adequacy degree was calculated by the Kotelchuck Index, and the completeness degree used the Romero and Cunha criteria adjusted for gestational age. Both degrees were treated as outcome variables, with covariates of interest divided into sociodemographic and prenatal care characteristics. The statistical analysis included the prevalence calculation, prevalence ratio and confidence intervals at 95%, as well as the model's construction by using the Poisson regression with robust variance adjustment. The project was approved by the Ethics and Research Committee of the State University of Rio de Janeiro, under the peer review number 3,223,284. Results: the main results of this study show that the completeness' degree of the books can be classified as predominantly poor and very poor, with results of 74,05% and 20,61%, respectively. On the other hand, most prenatal care was considered adequate and very adequate, with prevalence of 18,32% (IC95%: 12,53-26,00) and 42,4975% (IC95%: 34,46-51,46). The participation of nurses in prenatal care proved to be an important covariate associated with the improvement of the completeness of the books (RPa=0,89; p=0,009), as well as six or more visits (RPa=0,94; p=0,012). However, it was observed that the variable (in)completeness of the prenatal registration was associated with the worst levels of adequacy (RPa 0,78; p<0,001), regardless of sociodemographic characteristics and prenatal care. Conclusion: the study showed the need for improvement of public policies on prenatal care, especially with regard to improving the quality of information and, even if a relatively high prevalence for prenatal adequacy is observed, it is believed that the goals to be pursued in this follow-up must include all pregnant women. In addition, the presence of the nurse during consultations was a factor associated with positive outcomes in this analysis. Considering that the introduction of the variables on the characteristic of the given care is a pioneer in this master's thesis, it is recommended that further investigations use similar models in an attempt to evaluate the consistency of these results.

Keywords: Nursing. Prenatal care. Quality of Health Care. Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Quadro comparativo entre o Índice de Kotelchuck original e o índice modificado .....	31
Quadro 2 – Normativas mínimas para a realização de consultas pré-natais no Brasil .....	32
Figura 1 – Modelo teórico-conceitual do estudo “Application of the Kessner and Kotelchuck Prenatal Care Adequacy Indices in a Preterm Birth Population” .....	35
Figura 2 – Mapa do município de Cabo Frio com distribuição distrital.....	43
Quadro 3 – Quadro de tempos utilizados para o cálculo do denominador do grau de completude do registro da caderneta de pré-natal .....	48
Quadro 4 – Critérios de classificação do Índice de Kotelchuck modificado ...	49
Quadro 5 – Categorias de respostas das características sociodemográficas.	50
Quadro 6 – Categorias de respostas das características da atenção pré-natal.....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra. Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131) .....	54
Tabela 2 – Antecedentes obstétricos, familiares e clínicos. Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131) .....	55
Tabela 3 – Hábitos de vida e gestação atual. Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131) .....	56
Tabela 4 – Análise univariada da completude dos cartões de pré-natal. Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131) .....	57
Tabela 5 – Análise bivariada e análise múltipla entre as características sociodemográficas da amostra, as características da atenção pré-natal e os graus “ruim” e “muito ruim” de completude da caderneta de pré-natal em uma amostra de mulheres acompanhadas no pré-natal de baixo risco de Cabo Frio (RJ). Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131) .....	58
Tabela 6 – Análise univariada da adequação do acompanhamento pré-natal em uma amostra de mulheres acompanhadas na Atenção Primária de Cabo Frio (RJ). Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131) .....	59
Tabela 7 – Análise bivariada e análise múltipla entre as características sociodemográficas da amostra, as características da atenção pré-natal e a adequação do pré-natal (inadequado versus adequado/muito adequado) em uma amostra de mulheres acompanhadas no pré-natal de baixo risco de Cabo Frio (RJ). Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131) .....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APNCU	Adequacy of Prenatal Care Utilization
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro de Estudos em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSOC	Centro Municipal de Saúde Osvaldo Cruz
DPP	Data provável do parto
DUM	Data da última menstruação
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HF	Histórico familiar
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
HMOCS	Hospital Municipal Otme Cardoso dos Santos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOM Index	Institute of Medicine Index
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SISCAN	Sistema de Informação do câncer
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama

SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
1.1	<b>Objetivo geral</b> .....	18
1.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	18
2	<b>MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA</b> .....	19
3	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
3.1	<b>A organização dos cuidados pré-natais a partir de uma Atenção Primária ordenadora da rede</b> .....	21
3.2	<b>Os cuidados pré-natais de risco habitual e os indicadores de qualidade da assistência</b> .....	28
3.3	<b>O grau de (in)completude dos cartões como <i>proxy</i> da qualidade da atenção e a (im)potência frente à programação de políticas públicas</b> .....	36
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	42
4.1	<b>Desenho do estudo</b> .....	42
4.2	<b>Cenário do estudo</b> .....	42
4.3	<b>População do estudo</b> .....	44
4.4	<b>Procedimentos de coleta</b> .....	45
4.5	<b>Instrumento de coleta de dados e variáveis do estudo</b> .....	46
4.5.1	<u>Variáveis desfecho</u> .....	46
4.5.1.1	Desfecho primário .....	46
4.5.1.2	Desfecho secundário .....	48
4.5.2	<u>Covariáveis</u> .....	49
4.6	<b>Análise de dados</b> .....	51
4.7	<b>Aspectos éticos</b> .....	52
5	<b>RESULTADOS</b> .....	53
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	61
6.1	<b>Limitações do estudo</b> .....	66
6.2	<b>Aplicações para a Saúde Pública e para a Enfermagem</b> .....	67
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	69

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	71
<b>APÊNDICE</b> – Instrumento de coleta de dados .....	80
<b>ANEXO A</b> – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	87
<b>ANEXO B</b> – Carta de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	90

## INTRODUÇÃO

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento. A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoces das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, entre outros fatores, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, tendo potencial de redução para as principais causas de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012; SILVA et al., 2016).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1983 e implantado em 1984 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de melhorar e ampliar a assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2004b). Ainda vigente nos dias de hoje, o PAISM possui diretrizes gerais voltadas para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda inacabadas na atenção à saúde das mulheres, visto que não contempla políticas para atenção às mulheres em situação de rua, homossexuais, transexuais, privadas de liberdade, indígenas, rurais, portadoras de necessidades especiais, entre outros grupos (SOUTO, 2008).

A compreensão da mulher no período gravídico puerperal deve ir além do aspecto biomédico, o qual utiliza o processo saúde-doença como foco majoritário da assistência. O olhar holístico sobre a gestante deve abranger necessidades de contexto social, atendendo às individualidades relacionadas à sua sexualidade, trabalho, situação de moradia, possibilidades de violências e vulnerabilidades.

Ademais, a capacitação dos serviços de saúde devia ser realizada de modo permanente para o atendimento das necessidades específicas das mulheres, com enfoque multiprofissional do cuidado e a integralidade da atenção – contextos social, familiar, emocional e de saúde sexual, reprodutiva e preventiva – como meta a ser perseguida (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). Entretanto, embora o Programa visasse à promoção da saúde por práticas de cuidado integrais, suas ações ainda permaneceram restritas a uma cesta reduzida de serviços até recentemente. Em parte, pela dificuldade de operacionalizar um sistema de saúde universal até o período atual e, em outra medida, pela própria visão ainda restrita do cuidado em saúde (BRASIL, 2016; REZENDE, 2011).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e de diversos instrumentos legais que o operacionalizaram e viabilizaram a ampliação da cobertura de serviços, as atividades de atenção à mulher tiveram garantidas as ações básicas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo uterino no âmbito municipal e a garantia ao acesso às ações de maior complexidade, por meio da organização de territórios estaduais, garantindo melhor acessibilidade aos problemas de saúde que afetam à população feminina em sua vulnerabilidade, dentro dos princípios da universalidade, equidade, descentralização e integralidade das ações (BRASIL, 2013).

No processo de construção da assistência pré-natal, são valorizados aspectos que englobam as mudanças físicas e emocionais que cada gestante passa de forma distinta, tais como medos, dúvidas, angústias, entre outros, sendo a consulta pré-natal o momento mais oportuno para se dedicar à escuta das demandas das gestantes.

O direito ao acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da assistência perinatal deve garantir a prestação de um conjunto de cuidados que visem à humanização do pré-natal, parto e nascimento. Dentre eles, estão o número mínimo de consultas de pré-natal a serem realizadas, a captação precoce da gestante para a realização da primeira consulta, a realização de exames laboratoriais e ultrassonográficos a serem solicitados nos três semestres da gestação, assim como imunização, realização de atividades educativas, entre outros segmentos (BARBOSA et al., 2014; CAVALCANTI et al., 2015).

Um grande estudo epidemiológico permitiu entrevistar 23.894 gestantes brasileiras no território nacional, no período de 2011 a 2012, objetivando conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas desnecessárias, ainda, permitindo descrever a motivação das mulheres para a opção pelo tipo de parto, entre outros fatores. O estudo permitiu apontamentos de 30% das gestações atuais indesejadas, com 2,3% delas tentando interromper a gestação. Foram registrados 60% dos casos com início do pré-natal após a 12<sup>a</sup> semana gestacional, e cerca de 25% sem receber o mínimo de seis consultas de pré-natal (LEAL; GAMA, 2014).

Estima-se que cerca de 80% dos pré-natais são de risco habitual, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o cenário preferencial para o seu desenvolvimento. Logo, faz pensar que aproximadamente o mesmo percentual deveria ser de partos

normais, com baixa taxa de cesariana. Entende-se este eixo como um conjunto de estratégias e práticas assistenciais caracterizado pelo acompanhamento do período gestacional fisiológico, dentro dos parâmetros de normalidade, podendo ou não ter afecções comuns da gravidez. Este pré-natal pode ser realizado tanto por enfermeiros, quanto por médicos, nas unidades de APS. Ele se destina à resolutividade da maioria dos problemas de uma população, englobando um conjunto de práticas integrais, direcionadas a responder às necessidades individuais e coletivas dos sujeitos (GIOVANELLA, 2012; LIMA, 2013).

Entende-se que a realização adequada da assistência pré-natal contribui para a redução das taxas de óbitos materno e neonatal, além da redução dos custos com puérperas e recém-nascidos associados às complicações evitáveis, seja com insumos, medicamentos, realização de procedimentos de média e alta complexidade e demais decorrentes das internações hospitalares (SILVA; MONTEIRO, 2010).

O aumento da cobertura da assistência pré-natal e do número de consultas por gestantes no Brasil desde a criação do PHPN refletiu na redução das mortes evitáveis em menores de um ano no mesmo período, exceto daquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal, sugerindo baixa qualidade desta assistência (DOMINGUES et al., 2012).

Outro aspecto fundamental é o registro da assistência pré-natal com o correto preenchimento do Caderneta da Gestante. Este instrumento foi criado em 1988, permitindo a indexação de dados relativos ao acompanhamento individual e a comunicação entre os profissionais de saúde entre os diferentes níveis de assistência, preservando a saúde materna e do conceito, ainda, evitando que procedimentos ou exames que os envolvam sejam realizados desnecessariamente ou mesmo negligenciados (NETO et al. 2012).

Nesta caderneta, são registrados dados pessoais, a data da última menstruação (DUM), a data provável do parto (DPP), peso, altura, número de gestações anteriores, número de partos normais e de cesarianas prévias, número de abortos, número de filhos vivos, exames laboratoriais e de imagem, assim como outras informações relevantes para o cuidado, como assistência odontológica. Estes registros possibilitam, além de outras coisas, o processo para referência e contrarreferência das gestantes, facilitando a assistência entre as unidades básicas e hospitalares. Ademais, garantem o acesso às informações que podem ser utilizadas em atividades de educação em saúde e outras estratégias durante o pré-

natal, contribuindo para a qualidade da assistência perinatal (SOUZA et al., 2016).

A falta ou falha de preenchimento de dados na caderneta pode diminuir a qualidade da assistência materno-infantil e contribuir para o aumento de intercorrências em todos os níveis assistenciais e gerenciais, com prejuízos, muitas vezes, irreparáveis. Além disso, podem prejudicar estratégias de planejamento, controle e avaliação dos programas de saúde (SOUZA et al., 2016). As informações em saúde têm, historicamente, como características a fragmentação, as múltiplas fontes, a baixa qualidade dos dados e disponibilização em formato que dificulta sua apropriação pelos gestores e pelo controle social (MORAES, 2010).

A partir destas considerações, as questões norteadoras do estudo são: 1) quais são os fatores associados à (in)completude dos registros da caderneta da gestante e à (in)adequação do pré-natal?; 2) e como estes dois fenômenos se relacionam? Neste sentido, o objeto deste estudo trata dos fatores associados e das relações entre o grau de (in)completude dos registros e (in)adequação da assistência ao pré-natal de risco habitual na Atenção Primária.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo geral**

Analisar a (in)completude dos registros da caderneta da gestante e suas relações com a adequação da assistência pré-natal de risco habitual na APS do município de Cabo Frio, Rio de Janeiro.

### **1.2 Objetivos específicos**

Os objetivos específicos deste estudo são:

- a) Analisar o grau de (in)completude dos registros da caderneta da gestante em função das características sociodemográficas e da atenção pré-natal.
- b) Analisar o nível de adequação da assistência pré-natal em relação às características sociodemográficas das gestantes, da atenção pré-natal e do grau de (in)completude dos registros.

## 2 MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Acredita-se que a relevância das questões levantadas neste estudo esteja alicerçada em, ao menos, dois aspectos centrais. O primeiro se configura pela própria motivação do autor. A mobilização de recursos para a produção intelectual decorre, indiscutivelmente, da relevância do tema, mas inegavelmente das relações – inclusive, políticas – estabelecidas entre o pesquisador e o objeto pesquisado. Neste sentido, parece importante revelar que o autor desta dissertação é enfermeiro em uma unidade de Atenção Primária à Saúde, participando diretamente da gerência da equipe. Como parte das responsabilidades, tem-se o registro sistemático dos dados desde o cadastro da gestante, durante as consultas de acompanhamento pré-natal até o envio destas informações ao setor de processamento de dados da Secretaria Municipal de Saúde.

Andreucci (2011) e Paim (2003) discorreram sobre a necessidade de asseguramento da integridade da documentação e das informações produzidas, mas também apontaram a escassez de estudos que se debrucem na análise da adequação e a completude dos dados durante o período pré-natal no Brasil. Deste modo, o sub-registro, aliado à baixa produção intelectual sobre o tema, parece ser uma fragilidade que afeta diretamente a qualidade da assistência prestada ao binômio mãe-filho, sendo o segundo aspecto que despertou interesse na produção desta dissertação.

Inserido no conjunto de produções da linha de Pesquisa “Saberes, políticas e práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem” e do Grupo “Saberes e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem - SAPESC, esta dissertação tem como contribuições esperadas o preenchimento de lacunas encontradas na literatura, aspectos que serão melhor tratados e localizados no capítulo que revisará/ revisitará a literatura sobre o tema.

A primeira contribuição do estudo é a proposição de um modelo de investigação que vá além de uma análise univariada sobre o desfecho (in)completude dos registros sobre o pré-natal. Ainda que não seja temática nova, parte expressiva dos estudos vem se debruçando sobre a descrição do fenômeno, o que é relevante até certo ponto, mas que pouco enfrenta a problemática. Espera-se que, uma vez identificados os fatores associados, será possível propor

estratégias que melhorem a qualidade das informações produzidas no cotidiano do trabalho.

A seleção de variáveis que mapeiem as características da atenção pré-natal também é aspecto inovador nesta dissertação. Alguns autores já realizaram análises com a tipologia da unidade que realizou o pré-natal, mas pouco avançou na investigação sobre o efeito produzido pelo profissional pré-natalista, quer seja o enfermeiro ou o médico. A terceira contribuição prevista, e que também preenche lacuna exposta pela literatura, é a metodologia a ser utilizada no cálculo de completude, uma vez que se compreende que o fator tempo (expresso pela idade gestacional) deve servir como ponderação para a análise da presença ou ausência de informação sobre o pré-natal.

Além de contribuir com o preenchimento de lacunas do conhecimento identificadas, este estudo também tem como meta servir de suporte para futuras investigações na área, sobretudo, por compreender que todo conhecimento produzido é um modelo que deve ser posto à prova, e não seria diferente com este material.

Deste modo, espera-se que este estudo subsidie a produção de dados nos campos da Enfermagem e da Saúde Coletiva, auxiliando a gestão pública municipal de saúde no que se refere ao conhecimento das possíveis falhas no processo de assistência ao pré-natal de risco habitual e na tomada de decisões qualificadas que impactem positivamente na qualidade da assistência prestada ao ciclo gravídico-puerperal. Além disso, espera-se servir de suporte para futuras produções que se debruçam no objeto da qualidade do pré-natal na APS.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A organização dos cuidados pré-natais a partir de uma Atenção Primária ordenadora da rede

A Constituição Brasileira de 1988 define que “saúde é direito de todos e dever do Estado”, abrangendo um conjunto de ações e de serviços de saúde sob administração públicas nas três esferas (federal, estadual e municipal) (SOUZA et al., 2009). Veio também para legitimar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelas leis 8080/90 e 8142/90, as quais buscam dar alicerce ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde, incluindo aquelas voltadas para a assistência à saúde da mulher, como o direito à uma assistência perinatal segura (CAVALCANTI et al., 2015).

A Atenção Primária à Saúde pode ser entendida como o acesso primário do usuário ao serviço de saúde, destinado à resolutividade da maioria dos problemas de saúde de uma população, englobando um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas dos sujeitos. Possui como características a indissolubilidade da saúde como um processo do reflexo do desenvolvimento econômico e social e o contexto da dinâmica familiar como determinante para o estado de saúde dos indivíduos (GIOVANELLA, 2012; STARFIELD, 2002).

Como principal estratégia para a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, foi criado, em 1995, o Programa de Saúde da Família (PSF), ampliando o quantitativo de unidades básicas de saúde, objetivando atender integralmente à população, assumindo a responsabilidade sanitária do grupo determinado em sua área de abrangência (CRUZ; SILVA, 2011).

O PSF, posteriormente reestruturado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), é definido como estratégia para reorganização da Atenção Básica, com objetivo de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, visando à atenção ao cuidado das pessoas e à coletividade com menor custo-benefício, sendo composta em recursos humanos por

no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2017).

Aliado ao PSF, a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica, em 1998, foi um marco na captação de dados informativos e de saúde dos usuários da rede de atenção básica pelos profissionais de saúde das equipes de ESF, a fim de gerar informações capazes de auxiliar os gestores e profissionais de saúde nas tomadas de decisões, visando às necessidades da população (MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Em 2000, houve a criação do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), trazendo dados sobre cada gestação e parto ocorridos em território nacional. O Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) foi criado em 2001, assim como o Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

O Ministério da Saúde entende que os cuidados na assistência ao pré-natal, parto e puerpério são importantes para o bem-estar da mãe e do feto. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, criado no ano 2000 pela Portaria GM/MS nº 569, de 01 de junho de 2000, prevê a ampliação do acesso aos serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde para as gestantes e recém-nascidos, tendo como características primordiais o olhar para a integralidade da assistência perinatal e a retificação dos direitos da mulher incorporados com as diretrizes institucionais, visto que estas passam a ter direitos sobre escolhas e melhores acessibilidades, como visita à gestante à maternidade e presença de acompanhante na instituição na qual irá realizar o parto. Busca, ainda, a melhoria na qualidade da assistência obstétrica e a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal.

Por meio de ações articuladas entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme Portaria 11.108, de 07 de abril de 2005, fica estabelecido que toda a gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, de forma inédita, nos diferentes níveis de complexidade, assim como que o acompanhamento pré-natal seja realizado com a prestação de requisitos mínimos, os quais foram

aprimorados com a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. (BRASIL, 2005)

A organização do PSF, assim como do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi normatizada primeiramente pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006), sob Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. A mesma estabelece a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS, definindo como uma de suas áreas estratégicas para a operacionalização a saúde da mulher de forma integral.

A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) e:

[...] consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis [...]

Em 5 de outubro de 2011, também foi emitida a Portaria nº 650 do Ministério da Saúde, trazendo em seus anexos as ações do componente pré-natal de risco habitual, a logística das consultas e os Indicadores Estratégicos nos âmbitos municipal e regional, entre outros. Estabelece o parâmetro do mínimo de consultas a serem realizadas no pré-natal de risco, tanto no risco habitual quanto no alto risco, de acordo com os trimestres gestacionais. Ainda, preconiza os exames a serem realizados, assim como o mínimo de quatro ações de reuniões educativas.

No ano de 2012, é desenvolvido o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (Sisprenatal web). No ano seguinte, existem os lançamentos dos sistemas e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) e do Sistema de Informação do câncer (SISCAN) (PANITZ, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica regulamentada pela Portaria nº2.436/MS de 21 de setembro de 2017, conceitua Atenção Básica como

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A mesma política ainda normatiza a Atenção Básica como ordenadora da Rede de Assistência à Saúde e principal porta de entrada dos usuários do Sistema

Único de Saúde, coordenando o cuidado e garantindo a acessibilidade aos serviços da rede, por meio dos sistemas de referência e contra referência, de forma gratuita, integral e equânime.

A PNAB 2017 descreve como competência das Secretarias Municipais de Saúde, assim como do Distrito Federal:

Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação. (BRASIL, 2017).

Cabe ressaltar o papel definido como atribuições comuns a todos profissionais, conforme preconizado na PNAB 2011 e ratificada pela PNAB 2017, a qual cita:

Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL, 2017).

A PNAB 2017 também traz como responsabilidade de todas as esferas de governo a garantia da implantação e do desenvolvimento dos Sistemas de Informação da Atenção Básica, conforme preconizada anteriormente pela PNAB 2012, assegurando a qualidade da utilização destas ferramentas nas Unidades Básicas de Saúde, de acordo com as respectivas esferas governamentais (BRASIL, 2012).

Os serviços de saúde que prestam serviços de Atenção Básica são denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerados espaços com potencial para desenvolvimento de estratégias e ações para educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entretanto, diz que deve ser estimulada a conversão em Estratégias de Saúde da Família para expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica.

Tal medida foi criticada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), pelo Centro de Estudos em Saúde (CEBES) e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em nota conjunta, devido à possibilidade da redução do financiamento de recursos para unidades básicas de saúde tradicionais, ferindo a

proposta da promoção da integralidade da rede. Contra a Reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (ABRASCO, 2017; MOROSINI et al., 2018).

A equipe de Estratégia de Saúde da Família é capaz de utilizar conhecimentos técnico-científicos e, entre outras ações, reconhecer o quantitativo de gestantes em seu território, garantir a captação precoce para a primeira consulta de pré-natal, assim como o acompanhamento desta em todo ciclo perinatal (FEBRASGO, 2005).

Compete, ainda, às ESF programar e avaliar ações de saúde, ofertando também atendimentos individualizados e em grupos, solicitações e avaliações de exames que garantam o bom acompanhamento da gestação de risco habitual, dentro das mínimas normativas do Ministério da Saúde. Também devem ser encaminhadas, quando necessário, para o acompanhamento pré-natal de alto risco, porém sem perder o vínculo com a ESF de seu território (BRASIL, 2004a).

Todavia, observa-se, nos países em desenvolvimento, que a Atenção Primária à Saúde trata de uma cesta reduzida de serviços e atua de forma seletiva, correlacionando sua área de atuação majoritariamente à população economicamente inferior e dispondo de recursos tecnológicos restritos, dificultando a acessibilidade aos outros níveis de assistência e contrapondo a Estratégia de Saúde para Todos em 2000, preconizada na Conferência de Alma Ata, em 1978, a qual defendia equidade em saúde com emprego de ações legislativas e o compromisso financeiro, com utilização de tecnologias apropriadas e custo-efetivas, além da participação da comunidade, como foco na promoção e proteção da saúde (GIOVANELLA, 2012).

No intuito de garantir os atributos essenciais dos serviços da Atenção Primária à Saúde à população, citam-se a acessibilidade sem barreiras, o acesso de entrada ao sistema de saúde pelo profissional da atenção primária, garantindo o acesso aos outros níveis de atenção por meio de um sistema de referência, o estabelecimento de uma boa e duradoura relação entre usuários e profissionais, a integralidade empregada de modo a permitir o reconhecimento das necessidades de todos, com adequada coordenação de ações e serviços, necessitando do emprego de “tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, registro adequado de informações e seu uso pelos profissionais dos diversos serviços.” (STARFIELD,

2002).

Giovanella (2012) ainda cita que a continuidade do cuidado necessita da eficaz transferência de informações acerca da saúde do sujeito entre os sistemas de referência e contra referência, a fim de permitir uma ininterrupta sequência de ações entre os diferentes níveis de complexidade.

Nestas políticas públicas de saúde, as informações em saúde estão inseridas como estratégia para auxílio ao diagnóstico da situação de saúde, planejamento e avaliação das ações, para o estudo dos problemas de saúde e do processo saúde-doença, assim como ferramenta para orientar a organização do trabalho e a prestação de uma assistência de saúde mais segura (LIMA; CORRÊA, 2012).

A 1ª Reunião Nacional de Sistemas de Informação em Saúde foi realizada em 1975, quando foram iniciados estudos para o desenvolvimento do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O processo de informatização dos sistemas de informatização em saúde ocorre a partir de 1976, sendo o Ministério da Saúde pioneiro num sistema informatizado na área epidemiológica, e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o primeiro a desenvolver um sistema informatizado na área assistencial. Apesar de as primeiras informações sobre os estabelecimentos de saúde brasileiros datarem de 1976, mediante pesquisa desenvolvida pelo IBGE, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi criado somente em 2005. Em 2008, o Ministério da Saúde disponibiliza o Sistema de Informação do câncer de mama (SISMAMA) (PANITZ, 2014).

Inúmeros estudos, ao longo das últimas décadas, passaram a recomendar que a rede de atenção à saúde deveria ser ordenada pela APS, sem excluir a necessidade de integração com os demais pontos da rede de atenção (ALELUIA et al., 2017; BRASIL, 2017; CHAVES et al., 2018; GIOVANELLA, 2012; STARFIELD, 2002). Parte destas recomendações se alicerçam na possibilidade de racionalização do custo, e outra parte pelos inquestionáveis resultados nos indicadores de saúde e qualidade de vida da população (ARAUJO, 2017; DOURADO, MEDINA, AQUINO, 2016; MACINKO, 2018; PINTO JUNIOR et al., 2018; STARFIELD, 2002).

Neste sentido, as principais condições de saúde de agregados humanos passaram a ser acompanhadas neste nível de atenção, dentre elas o pré-natal de risco habitual (BRASIL, 2011). Ou seja, o lugar antes ocupado por profissionais especializados passa a ser compartilhado por profissionais generalistas com

formação para resolver os principais problemas de saúde dos diversos grupos populacionais, bem como acompanhar, em tese, com qualidade as fases consideradas fisiológicas do desenvolvimento humano (BRASIL, 2017) – no caso desta dissertação, o ciclo gravídico-puerperal. Não por coincidência, ao longo dos últimos anos, avolumaram-se as investigações que tratam justamente da avaliação da qualidade da atenção pré-natal no Brasil e no mundo.

Embora parte dos autores, assim como a caderneta da gestante, utilizem as classificações de risco habitual e alto risco, algumas fontes literárias e técnicas apontaram para a necessidade da revisão dos critérios, no intuito de garantir maior segurança à assistência à gestante e ao concepto, sendo propostos os estratos: médio risco e muito alto risco. Estima-se que a prevalência seja de 85% gestantes de risco habitual e de médio risco; com 11,2% classificadas em alto risco; e 3,8% de muito alto risco (NOTA TÉCNICA CONJUNTA, SES/MG, 2013). Entretanto, a caderneta da gestante está em consonância com a classificação de risco gestacional proposta pelo caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, propondo a estratificação entre o risco habitual e o alto risco, quando há fatores de risco que possam aumentar a probabilidade de uma gestação com evolução desfavorável (BRASIL, 2012, p. 56).

Andersen (1995) entende que os registros das consultas revelam o acesso à assistência, desde a entrada dos usuários nos serviços de saúde, por meio dos registros feitos nas cadernetas das gestantes até a continuidade do cuidado ofertado, permitindo que a comunicação entre as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e as unidades hospitalares sejam estabelecidas e interligadas.

O olhar sobre o pré-natal de risco habitual permite novos estudos sobre os impactos da atuação do enfermeiro sobre a assistência prestada, objetivando este estudo desvendar como se comporta a presença do enfermeiro nas consultas com relação ao grau de adequação do pré-natal e no tocante à participação deste para o grau de completude dos dados da caderneta da gestante.

A participação do enfermeiro no ciclo gravídico-puerperal, podendo ser, inclusive, acompanhado exclusivamente por enfermeiros no risco habitual, em consonância com o Decreto nº 94.406/87, da Lei do Exercício Profissional, respaldando as diretrizes do Programa Nacional de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e do Programa Rede Cegonha, demonstrara resultados

positivos, principalmente em áreas do interior do Brasil (VIELLAS et al., 2014). O profissional de Enfermagem na ESF tem papel contributivo na educação da comunidade a ele vinculada, assim como de outros profissionais, repercutindo na qualidade de vida dos usuários (BORGES, 2005). Ademais, por sua formação trazer disciplinas que tratam de registro de Enfermagem e gestão em saúde, tem grande papel na garantia dos registros nos documentos próprios das gestantes, como apontaram alguns estudos (OLIVEIRA et al., 2016; SANTOS et al., 2017).

Um estudo quantitativo realizado no município de Rio Branco-AC, abrangendo 61 gestantes de 16 unidades de saúde, identificou os enfermeiros como os responsáveis pelo acompanhamento integral no pré-natal de risco habitual, havendo participação de enfermeiros obstetras e enfermeiros que realizaram capacitação para a assistência pré-natal de risco habitual. Revelou, ainda, que a participação dos enfermeiros tem importância fundamental para o fortalecimento da assistência pré-natal (CUNHA, 2009).

Outro estudo realizado em um município no Sul de Minas Gerais, com acompanhamento de 134 gestantes, verificou as ações desenvolvidas por profissionais de enfermagem na assistência pré-natal em unidades de Atenção Primária à Saúde, observou o alto grau de incompletude de ações nas consultas de pré-natal, trazendo a educação permanente como sugestão para melhorar as competências assistenciais que reflitam na qualidade e na assistência integral ao pré-natal (GARCIA et al, 2018).

### **3.2 Os cuidados pré-natais de risco habitual e os indicadores de qualidade da assistência**

Devido à polissemia do termo “qualidade” e à compreensão diversa dos parâmetros a serem perseguidos durante o período de atenção à saúde na fase pré-natal, muitos autores se debruçaram na conceituação do termo “qualidade da atenção pré-natal”. Para alguns autores, uma atenção pré-natal forte e qualificada se desenvolve a partir de ações acolhedoras e resolutivas das principais queixas vinculadas à gestação e ao parto, reduzindo os riscos maternos e conceptuais, como pode se depreender após leitura da clássica obra de Montenegro e Rezende Filho

(2018).

Por outro lado, autores como Seibert, Gomes e Vargens (2017), Vargens, Silva e Progianti (2017) e Ayres et al. (2019) apontam que a adoção de uma cultura medicalizante ao longo da história do nascimento tem contribuído para a perda do protagonismo da mulher nas experiências do parto e nascimento. Para esta corrente, o protagonismo da mulher e a não intervenção desnecessária como pontos de partida para o pré-natal e parto se revelam como elementos de qualidade ao longo da atenção neste período. Seibert, Gomes e Vargens (2017) ainda complementam que o processo de instrumentalização da gestante durante o período de acompanhamento pré-natal tende a resgatar o poder de decisão da própria mulher durante todas as fases do processo, sendo essa uma tese mais ampliada de qualidade da atenção pré-natal.

Ao que parece, a adoção de determinados conceitos e valores durante o pré-natal, parto e nascimento tem a capacidade de reduzir este período de atenção ao acompanhamento de atributos meramente biológicos em detrimento da individualidade das gestantes. Por outro lado, apesar das diferenças semânticas, um consenso parece ser possível acerca da qualidade da atenção. Em todos os casos examinados, acredita-se que uma atenção qualificada é aquela capaz de reduzir a morbimortalidade materna e infantil (BARBEIRO et al., 2015; LANSKY et al., 2014; OYERINDE, 2013) devido à identificação precoce do risco gestacional e as devidas intervenções – incluindo aquelas intervenções desmedicalizantes – de modo, igualmente, precoce (BRASIL, 2012; HILL, KIRKWOOD, EDMOND, 2004).

Nesta disputa conceitual sobre o pré-natal de qualidade, ainda é possível verificar que a atenção pré-natal parece estar pautada por três grandes linhas de atuação: 1) o rastreamento e a classificação do risco gestacional; 2) as ações de prevenção e proteção específica para a gestante e o conceito; e 3) nas atividades de educação em saúde (LEAL et al., 2004) ou, como bem classificou Seibert, Gomes e Vargens (2017), as ações capazes de instrumentalizar as gestantes para o processo decisório durante todo o período.

Frente à necessidade de monitoramento da qualidade da atenção prestada, que, a partir daqui, será expressa pelo termo “adequação do pré-natal”, uma série de índices foi proposta na tentativa de apreender este constructo. O primeiro índice foi proposto pelo Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências da América do Norte em 1973, sendo denominado Índice de Kessner ou *IOM Index (Institute of*

*Medicine Index*). Este indicador sintético foi composto por duas variáveis: o mês de início do pré-natal e o número de consultas realizadas no período até o parto. Este indicador foi originalmente proposto com três classificações de resultados: adequado, intermediário, inadequado (KESSNER et al., 1973).

Como forma de aprimorar o Índice de Kessner, Alexander e Cornely (1984) propuseram o GINDEX, baseando-se na mesma metodologia de cálculo e: 1) adicionando as categorias “sem assistência” ou “sem cuidados”; “sem informação” ou “dados ausentes”; além da categoria “intensiva”. Sobre esta última, que parece mais relevante ser relatada, seriam consideradas aquelas gestantes que apresentaram um número inesperado (elevado) de consultas pré-natais, sugerindo comorbidades associadas ao período. Transportando este índice para a realidade brasileira, seriam os casos de gestações fora de risco habitual, como no caso de gestantes com diagnóstico de hipertensão ou diabetes.

Além destes índices, outros indicadores foram criados a partir das recomendações do número de consultas pré-natais da *American College of Obstetricians and Gynecologists*, incluindo um indicador que estabelecia a adequação conforme a paridade da mulher. Ou seja, mulheres que já tivessem um filho necessitariam de menos consultas que as nulíparas. Todavia, ainda que estes indicadores tenham sido estudados por outros autores, pouco foram difundidos nas investigações acadêmicas sobre a adequação do pré-natal (GREG; KOTELCHUCK, 1996).

Em 1994, após inúmeras outras experiências de adaptação do trabalho de Kessner, Milton Kotelchuck desenvolveu um índice denominado *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU), popularmente conhecido como Índice de Kotelchuck (*Kotelchuck Index*). Também balizado pelos parâmetros estabelecidos pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*, Kotelchuck ponderou o índice de Kessner a partir do número de consultas de pré-natal que a gestante deveria receber de acordo com a sua idade gestacional (KOTELCHUCK, 1994). Ademais, o autor também propôs uma classificação para esta variável resultante, classificando a adequação em quatro categorias: inadequado, intermediário, adequado e mais que adequado; além da categoria “sem cuidado pré-natal/ sem informação”.

Entretanto, como dito anteriormente, essa métrica foi construída com base nas recomendações do *American College of Obstetricians and Gynecologists*, que

previa recomendações distintas do protocolo brasileiro. Com vistas a uma adaptação nacional, Leal et al. (2004) propuseram o Índice de Kotelchuck Modificado, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Quadro comparativo entre o Índice de Kotelchuck original e o índice modificado

<b>Índice de Kotelchuck original</b>	<b>Índice de Kotelchuck Modificado</b>
Não tem.	Não fez pré-natal
Gestantes que iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação e fizeram menos de 50% das consultas esperadas.	Idem mais as mulheres que haviam iniciado o pré-natal após o quarto mês e que fizeram um número de consultas maior do que 50% do esperado, bem como mulheres que tiveram um número de consultas abaixo de 50% do esperado, embora tenham iniciado o pré-natal até o 4o mês de gestação.
Gestantes que iniciaram os cuidados pré-natais antes ou durante o 4o mês e fizeram 50 a 79% das consultas	Idem
Gestantes que iniciaram o pré-natal antes ou durante o 4o mês e fizeram 80 a 109% de consultas (adequado).	Idem
Gestantes que tiveram o início do pré-natal antes ou durante o 4o mês e tiveram 110% de consultas ou mais em relação ao esperado para a idade gestacional (mais que adequado).	Idem

Fonte: Extraído de Leal et al, 2004, p. S66-S67.

Por fim, mesmo dialogando diretamente com as recomendações sobre pré-natal em âmbito mundial, uma medida que merece relato é um conjunto de indicadores genuinamente nacionais, que foram propostos pelo Ministério da Saúde brasileiro. A medida diz respeito às normativas mínimas para o pré-natal de risco habitual previstas no “Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco” (BRASIL, 2012) e pelo manual “Pré-natal e Puerpério – Atenção

Qualificada e Humanizada” (BRASIL, 2006).

Este guia normativo foi construído em quatro grandes blocos de condutas mínimas a serem realizadas durante o pré-natal, sendo: 1) início das consultas de pré-natal e número de consultas; 2) Imunização antitetânica; 3) Procedimentos clínicos e obstétricos; e 4) Exames laboratoriais e anti-HIV. O Quadro 2 demonstra sumariamente estas normativas.

Quadro 2 – Normativas mínimas para a realização de consultas pré-natais no Brasil

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

Fonte: Extraído de BRASIL, 2006; 2012.

Alicerçados nas preconizações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), foram instituídos como procedimentos mínimos para uma adequada assistência pré-natal: a realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação (120 dias); a garantia de, no mínimo, seis consulta de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre; e a realização de exames laboratoriais mínimos preconizados a serem solicitados, preferencialmente, na primeira consulta (tipagem sanguínea e fator Rh, dosagem de hematócrito e hemoglobina, glicemia, VDRL, Anti-HIV, Toxoplasmose IgM e exame de urina - EAS) e alguns repetidos na trigésima semana de gestação (VDRL, glicemia, HBsAg e EAS).

Também devem ser registrados: a aplicação de vacina antitetânica; a

realização de atividades educativas; a classificação de risco gestacional e a garantia de atendimento em unidade de referência para atendimento de alto risco; o direito de saber e do acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; a assistência ao parto e ao puerpério de forma organizada e segura; o direito do recém-nascido à assistência neonatal, além da realização de uma consulta puerperal até 42 dias após o nascimento. (BARBOSA et al., 2014; CAVALCANTI et al., 2015).

Conforme recomendação do Caderno Humaniza SUS referente à “Humanização do parto e do nascimento” (BRASIL, 2014), também devem ser obrigatoriamente registrados na caderneta da gestante, a fim de que haja um acompanhamento pré-natal adequado, as aferições de pressão arterial, idade gestacional, peso materno, altura uterina, batimentos cardíacos fetais e apresentação fetal, além dos exames laboratoriais classificados pelo PHPN já supracitados.

Os registros de pressão arterial, peso materno, idade gestacional e altura uterina devem ser realizados em todas as consultas de pré-natal. As auscultas de batimentos cardíacos fetais devem ser registradas a partir de 20 semanas, e a apresentação fetal a partir de 28 semanas (BRASIL, 2014).

Útil para avaliação e monitoramento do pré-natal, bem como para a programação assistencial no âmbito dos municípios brasileiros, este guia tem sido amplamente utilizado na gestão e na organização do sistema de saúde. Por outro lado, tendo em vista a ausência de escores que classifiquem a adequação, ou não, do pré-natal, sua implementação em estudos de larga escala pode ficar comprometida. Talvez pela possibilidade de comparabilidade multinacional e multimunicipal, os índices de Kessner e Kotelchuck modificados têm sido mais utilizados nos inquéritos nacionais.

O primeiro grande inquérito que merece relato deu origem à versão brasileira do Índice de Kotelchuck Modificado. Com o objetivo de avaliar a adequação da assistência pré-natal, foi realizado um estudo transversal em uma amostra de 9920 puérperas de parto único no município do Rio de Janeiro. A prevalência de pré-natal não adequado foi de 61,5%, associando-se às variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele, nível de instrução, local de residência e viver com o pai da criança) e variáveis obstétricas (paridade, antecedentes de aborto, diabetes e satisfação com a gravidez). O apoio familiar e o risco obstétrico também estiveram associados à

menor utilização dos serviços pré-natais (LEAL et al, 2004).

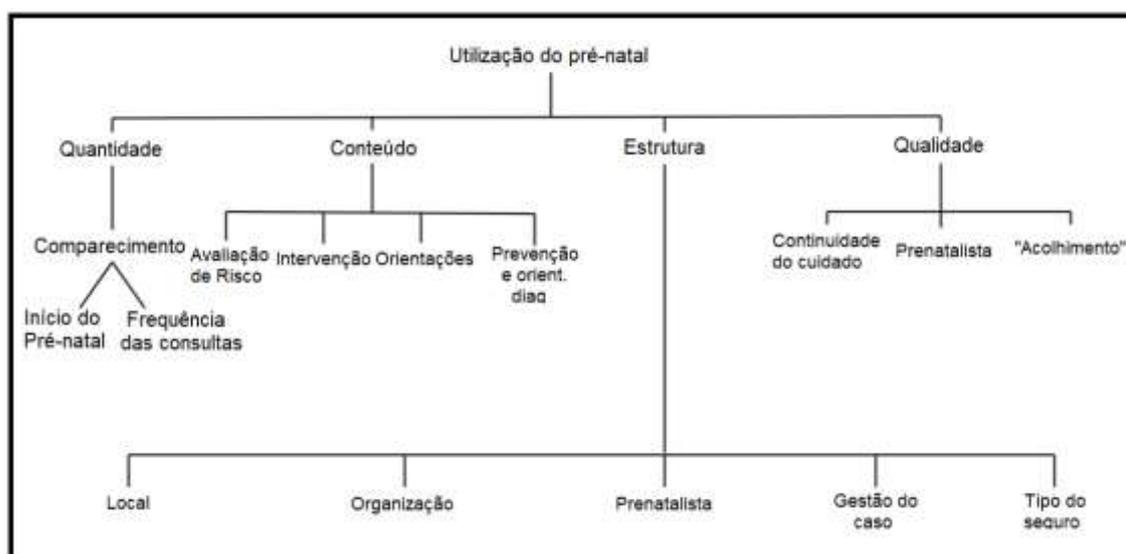
Ademais, revisão realizada nos últimos cinco anos na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), revelou a publicação de dois artigos sobre a (in)adequação do pré-natal, sendo um de base populacional e, outro, uma revisão de literatura sobre o tema. O primeiro, realizado com 2395 mulheres em pós-parto imediato no Rio Grande do Sul, teve como objetivo medir a prevalência e os fatores associados à inadequação do pré-natal, além de comparar índices para aferição deste constructo. Os três índices comparados neste estudo, variantes do índice de Kotelchuck, apresentaram resultados para inadequação do pré-natal bastante díspares (SAAVEDRA; CESAR, 2015). As adaptações propostas por Takeda (1993), Silveira et al. (2001) e Coimbra et al. (2003) produziram, respectivamente, as seguintes medidas de prevalência: 28%, 58% e 27%. Segundo a avaliação de Saavedra & Cesar (2015), o índice de Silveira et al (2001) apresentou melhor comportamento devido à sua robustez, que incorpora a presença de hemograma completo, exame de urina e teste sorológico para sífilis à medida original. Ademais, as características sociodemográficas (idade, cor, situação conjugal, ocupação e status socioeconômico), antecedentes obstétricos (gravidez planejada e intercorrências durante a gestação) e local de realização do pré-natal (setor público *versus* privado) foram identificados como fatores associados à (in)adequação do pré-natal.

Já a revisão de literatura, realizada com base no protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), demonstrou que entre 2005 e 2015 foram recuperados 12 artigos das bases SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* sobre o tema no Brasil. Além da clara variação entre as medidas, foi possível observar a predominante utilização do índices de Kotelchuck nas investigações. A prevalência de inadequação do pré-natal variou de 16,9% (Ribeirão Preto) a 56,6% no Estado do Maranhão, passando por 33,9%, em Aracajú (Sergipe), e 41,0%, em Santa Maria, no Rio Grande do Sul. A revisão também sugeriu em um dos estudos analisados que o local de realização do pré-natal pode estar relacionado a melhor desempenho deste acompanhamento. Ou seja, a Estratégia Saúde da Família parece ter apresentado melhores índices de adequação pré-natal quando comparada com a atenção básica tradicional (NUNES et al, 2016).

Ainda que relativamente antigo, o modelo teórico-conceitual proposto na

investigação de Bloch, Dawley e Suplee (2009) merece ser recuperado nesta revisão de literatura, uma vez que apoia a hipótese deste estudo, em que a adequação do pré-natal está alicerçada em características individuais mas também estruturais da assistência. Ou seja, aparentemente, existem relações que estão subjacentes à escolha profissional em realizar ou não uma atividade de qualidade do pré-natal. A Figura 1, adaptada e traduzida do material de Bloch e colaboradores, apresenta algumas dessas relações. Destaca-se que, por livre tradução, os termos “*provider*” (originalmente, fornecedor) e “*comprehensive/holistic*” (originalmente, compreensivo e holístico), foram adaptados, respectivamente, para pré-natalista (profissional que desenvolveu o pré-natal) e “acolhimento”. Tais traduções livres foram baseadas na compreensão dos sentidos que os autores atribuíram aos termos, bem como na semântica utilizada no Brasil.

Figura 1 – Modelo teórico-conceitual do estudo “Application of the Kessner and Kotelchuck Prenatal Care Adequacy Indices in a Preterm Birth Population”



Fonte: Traduzido e adaptado de Bloch, Dawley e Suplee, 2009, p. 451.

A despeito das possíveis diferenças culturais entre o local do estudo, Nova Jersey (Estados Unidos), e o padrão cultural e de sistema de saúde brasileiro, fica clara a sugestão de análise que contemple associações que vão além dos aspectos individuais das mulheres, ainda que estes sejam essenciais. O local e a forma de organização deste local de realização do pré-natal, o profissional que realiza os cuidados e as características de oferta/comparecimento parecem ser variáveis

presentes neste modelo teórico e que ainda são pouco exploradas nas investigações nacionais.

### **3.3 O grau de (in)completude dos cartões como *proxy* da qualidade da atenção e a (im)potência frente à programação de políticas públicas**

A importância do registro em saúde teve seu início na própria prática clínica, na medida em que os profissionais de saúde identificaram a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos doentes. Estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, atualmente, o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde (MONTEIRO, 2015). Isto é, a qualidade dos registros efetuados está, aparentemente, relacionada à qualidade da assistência prestada, sendo ponto-chave para informar acerca do processo de trabalho das equipes.

Tratado aqui como registro em saúde, o prontuário é definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e da assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, o prontuário do paciente tem sido elemento fundamental para a obtenção de desfechos positivos relacionados aos cuidados à vida (VASCONCELLOS et al., 2008). Além disso, o direito à informação e a participação social dos usuários do Sistema Único de Saúde são garantidos pela lei nº 8080/90<sup>1</sup>, desde que preservadas e protegidas as informações sobre os sujeitos (BRASIL, 1990).

---

<sup>1</sup> Adendo importante parece ser necessário neste ponto, mesmo não sendo objeto principal desta dissertação. Note que, apesar de o texto utilizar o termo “usuários do Sistema Único de Saúde, os autores se referem a todos os cidadãos brasileiros. Isto ocorre à medida que a Constituição Federal de 1988 e a própria Lei 8.080/90 estabelecem a saúde como direito universal e o seu provimento como obrigação do Estado. Deste modo, mesmo que existam subsistemas de saúde operando paralelamente no país, na letra da lei, o sistema de saúde brasileiro é público, universal e único, sendo qualquer outro subsistema considerado complementar e organizacionalmente controlado pelos dispositivos do SUS.

Nesta toada, é importante considerar a caderneta da gestante como extensão do prontuário, uma vez que vem sendo compreendida pelos documentos oficiais como um instrumento de registro que contém os principais dados sobre o acompanhamento gestacional. Neste sentido, a caderneta pode ser considerada como um elo de comunicação interprofissional na referência e contrarreferência no interior do Sistema Único de Saúde e/ou em seus “subsistemas paralelos”. Ela, por exemplo, serve como elemento essencial no momento do parto e nascimento, uma vez que aponta para a equipe e, obviamente, para a própria mulher, os caminhos percorridos ao longo da gestação e dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2012).

Tomando como referência os textos de Seibert, Gomes e Vargens (2017), Vargens, Silva e Progianti (2017) e Ayres et al. (2019), reflete-se que o correto preenchimento da caderneta da gestante também pode ser considerado, simultaneamente, como momento e movimento de instrumentalização da mulher para o seu *empowerment*. Ou seja, a partir da completude de informações da caderneta, a mulher – e, caso aplicável, o seu círculo afetivo-familiar – poderia reconhecer a própria trajetória pré-natal e, ainda que em tese, tomar decisões mais seguras ao longo deste período.

Entende-se por completude de dados na caderneta da gestante o grau de preenchimento dos campos de um formulário com valores não nulos. Ou seja, a proporção dos campos contendo ausência de informações é indicativa do grau de incompletude, o que compromete a análise e a interpretação das informações sobre situações de saúde dos indivíduos (CARVALHO et al., 2004).

Com isso, a qualidade de informações sobre o pré-natal pode produzir (im)potência na programação assistencial e de políticas públicas que influenciem no ciclo gravídico-puerperal. Isto é, a variabilidade da completude das cadernetas e demais fontes de registro podem limitar ou ampliar a produção de informações que servem à organização e ao planejamento do pré-natal. Ademais, a qualidade dos registros pode ser entendida como uma *proxy* da qualidade do pré-natal, sendo um objeto útil para ser avaliado durante as investigações sobre o tema (NETO et al., 2012).

Com o objetivo de avaliar a completude das informações em saúde e suas repercussões sobre a programação assistencial e de políticas públicas de saúde, uma série de critérios foram propostos, sendo o conjunto mais famoso denominado Índice de Romero e Cunha (ROMERO; CUNHA, 2006). Tomando por referência

outros autores que trataram sobre o fenômeno da completude de informações em sistemas (GOULD, 1999; HOGAN; WAGNER, 1997; KRIEGER, 2002), Romero & Cunha assumem que a incompletude é a proporção de informações ausentes em campos possíveis de um instrumento pelos códigos atribuídos no manual de preenchimento do instrumento. A partir disso, propõem uma classificação que prevê: excelente (menos de 5% de incompletude), bom (5% a 10%), regular (10% a 20%), ruim (20% a 50%) e muito ruim (50% ou mais) (ROMERO; CUNHA, 2006).

A recuperação sistemática de artigos nas bases SciELO e LILACS revelou uma ampliação dos estudos sobre completude nos últimos anos, aspecto compatível com o período de estruturação da Rede Cegonha no país. Mesmo que esta revisão não tenha por objetivo se aprofundar em análises bibliométricas sobre o tema, uma análise superficial já revela que a região sudeste tem sido cenário mais frequentado neste tipo de investigação, com destaque especial para Vitória, Espírito Santo. A partir deste ponto, optou-se por descrever brevemente cada um dos principais estudos analisados, a fim de propor um diálogo entre a literatura e identificar lacunas que subsidiarão a presente dissertação.

O primeiro estudo recuperado avaliou o grau de completude de 81 cadernetas de puérperas atendidas em um hospital universitário do Rio Grande do Norte, verificando um baixo índice de completude de dados inerentes à assistência pré-natal, com 80,2% das cadernetas classificadas como índice Ruim e nenhuma Excelente ou Bom. Por dimensões, o bloco de identificação da paciente foi classificado como Regular (86,3%), assim como o de antecedentes clínicos e obstétricos (90,9%) e de ultrassonografia (81,3%), sendo classificados como Ruim os blocos de gravidez atual (51,7%) e de exames (70,4%). (COÊLHO et. al., 2015)

Um estudo com 2404 prontuários de gestantes atendidas em 12 unidades de saúde da região sul de São Paulo, em 2011, apontou para 63,6% de adequação do pré-natal, apontando para uma média de idade gestacional do início do pré-natal de 11,4 semanas, com 73,7% iniciando o pré-natal no primeiro trimestre. Por outro lado, ainda que não sendo objeto principal desta investigação, os autores apontam para a necessidade de melhoria dos registros sobre os cuidados pré-natais. Sugere-se que o sub-registro possa ter interferido nos resultados desta avaliação (TSUNECHIRO et al., 2018).

Ainda em São Paulo, Fonseca et al. (2017) já haviam apontado para a necessidade de olhar com atenção para a qualidade dos registros realizados. Em

um estudo com 327 puérperas que realizaram o parto em uma maternidade pública do interior do estado, 42,5% dos pré-natais foram considerados inadequados. Contudo, segundo as autoras, estes resultados foram fortemente afetados pela qualidade ruim dos registros sobre os cuidados prestados ao grupo pesquisado, sobretudo, pelo fato de que a falta de informações na caderneta pode comprometer a atenção à saúde das mulheres.

Estudo seccional realizado com 1006 de puérperas da região avaliou a completude dos registros sobre a assistência pré-natal na Região Metropolitana da Grande Vitória (Espírito Santo). Utilizando os critérios propostos por Romero & Cunha (2006), a incompletude do registro foi elevada, ou seja, a maior parte dos cartões apresentou mais de 20% de ausência de informações (SANTOS NETO et al., 2012). Entretanto, o estudo aponta para uma diferença na qualidade da informação quando se compara o preenchimento das cadernetas na ESF, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e nas unidades de atenção básica tradicional. De modo geral, os pré-natais realizados na ESF apresentaram maior completude de registros. Destaca-se que este estudo não apresenta o grau geral de incompletude dos registros, estabelecendo as análises a partir de alguns campos selecionados, dentre eles, a imunização, exames clínicos e laboratoriais (SANTOS NETO et al., 2012).

Outro estudo de Santos Neto et al. (2012) analisou as informações da caderneta da gestante e as confrontou com as informações prestadas por 1035 puérperas de Vitória. O principal resultado da investigação revelou níveis de concordância ruins ( $Kappa < 0,20$ ). Segundo os autores, as puérperas tendem a superestimar algumas condições e práticas realizadas no período pré-natal, tais como doenças gestacionais (diabetes, hipertensão arterial e infecções urinárias) e exames clínicos e laboratoriais (SANTOS NETO et al., 2012). O viés de memória, próprio de investigações como estas, tende a produzir diferenças nas magnitudes de alguns fenômenos (REICHENHEIM; MORAES, 1998), como no caso de eventos graves e cuja importância individual seja considerada maior, como no caso dos exames. Essa avaliação aponta para a direção que, ainda que a caderneta da gestante não tenha o seu registro considerado ideal, ela ainda se sustenta como uma boa fonte de informações para subsidiar a programação assistencial. Isso somente corrobora para a ideia de estudos que identifiquem os problemas em seu preenchimento, bem como as melhores estratégias para o aprimoramento deste

instrumento.

Outro estudo transversal realizado em Vitória, no Espírito Santo, avaliou a qualidade dos dados produzidos no pré-natal de gestantes acompanhadas pela APS, comparando a completude de informações a partir dos modelos assistenciais: unidades básicas tradicionais e com ESF, com e sem apoio matricial. Dos 690 prontuários analisados, foi possível observar boa cobertura de pré-natal (80%). Os autores também notaram excelentes graus de completude nos procedimentos e exames laboratoriais. Como de praxe, as variáveis raça/cor, situação conjugal e planejamento gestacional apresentaram resultados desfavoráveis, ou seja, em geral a completude se apresentou muito ruim (RUSCHI et al., 2017). Contraditoriamente, o risco gestacional, elemento determinante para o acompanhamento pré-natal da rede de APS (BRASIL, 2012) obteve classificação “muito ruim” na avaliação dos autores, aspecto que precisa ser mais bem compreendido (RUSCHI et al., 2017).

O trabalho de Ruschi et al. (2017) também avançou em apontar que, embora o prontuário eletrônico seja uma potencial fonte de informação epidemiológica sobre o pré-natal, sua confiabilidade é limitada, uma vez comparados os resultados produzidos no estudo com os dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Ademais, o estudo avança em verificar que a ESF apresentou melhor desempenho na qualidade dos dados produzidos, e que a presença de apoio matricial, aparentemente, não influenciou o grau de completude de informações.

Por fim, outro aspecto que merece comentário é a ausência de informações metodológicas sobre o cálculo do grau de completude nos diversos estudos recuperados nesta revisão. Nota-se que o cálculo, por óbvio, é uma medida de proporção. No entanto, resta a dúvida se os dados produzidos nestas investigações resultam da razão entre o total de campos preenchidos pelo total de campos possíveis, tal qual recomendam Romero e Cunha (2006). Esta inquietação guarda alicerce em dois aspectos: o primeiro, é que a pesquisa que originou a medida e os critérios ocorreu a partir da avaliação de declarações de óbitos, em que seria possível uma aplicação indiscriminada da medida proposta pelas autoras.

Quanto à aplicação *ipisis literis* da medida nos cartões de pré-natal, acredita-se que isso geraria um importante viés de informação. Isso ocorre porque nem todos os campos possíveis de preenchimento deverão ser preenchidos a qualquer tempo. Existem situações, sobretudo, relacionadas aos exames e procedimentos realizados no período pré-natal, que dependerão do fator tempo. Por exemplo, a verificação de

movimentos fetais, ainda que seja exame corriqueiro e quase sempre presente nas consultas, tem uma influência direta do tempo em que se encontra a gestação, ao passo que os períodos que antecedem este marco terão campos não preenchidos pela própria ausência de informação no momento. Deste modo, ao que parece, o cálculo do grau de completude deve contemplar a presença do evento, o fator tempo e o devido registro na caderneta e demais instrumentos de acompanhamento pré-natal.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de estudo ancorado na pesquisa intitulada “Qualidade da informação: um estudo sobre o pré-natal de risco habitual realizado na Atenção Primária à Saúde de Cabo Frio”, conduzido na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Na medida em que se pretende avaliar os fatores associados à (in)completude dos registros da caderneta da gestante e suas relações com a adequação da assistência pré-natal de risco habitual na APS, optou-se por desenhar um estudo transversal com um conjunto de mulheres em período de pós-parto imediato em um hospital de referência da região.

### **4.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado no município de Cabo Frio, situado na região dos Lagos, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Com a população estimada de 216.030 habitantes em 2017, segundo censo do IBGE, o município é dividido em 2 distritos: Cabo Frio e Tamoios. A Figura 2 apresenta o mapa do município e seus distritos:

Figura 2 – Mapa do município de Cabo Frio com distribuição distrital



Fonte: UFBA, 2013.

As atividades econômicas do município são turismo, pesca, extração do petróleo, agricultura, agropecuária, artesanato e vestuário (moda praia). O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,735 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – 2010). Em virtude da atividade turística que ocorre durante todo o ano, com maior intensidade nos meses de dezembro a março, observa-se o fenômeno do aumento populacional sazonal. Além dos turistas, a cidade recebe pessoas de outros municípios, principalmente do noroeste fluminense e baixada, para trabalharem no comércio local.

Também cabe mencionar que Cabo Frio possui trabalhadores de municípios vizinhos, apresentando considerável população flutuante. Percebe-se que essa população também usufrui dos serviços públicos municipais, entre eles, o setor saúde.

Possui 54 estabelecimentos de saúde do SUS e, segundo o Caderno de Apoio à Gestão Municipal da Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO, 2016), o município apresenta cobertura de Atenção Básica de 73,51%, considerando Estratégia de Saúde da Família (ESF) com cobertura de 32,14%.

A assistência ao pré-natal de risco habitual é realizada prioritariamente nas unidades de ESF, quando a gestante é pertencente a um território coberto. Quando esta reside em endereço descoberto de cobertura por ESF, recorre ao atendimento

em UBS tradicionais, ou mesmo à unidade ambulatorial, sendo portas de entrada as unidades ambulatoriais do Hospital Municipal Ottime Cardoso dos Santos (HMOCS) e do Centro Municipal de Saúde Osvaldo Cruz (CSOC), sendo este a única referência para o acompanhamento do pré-natal de alto risco do município.

O Hospital Municipal da Mulher, única maternidade pública do município, será o principal cenário de coleta de dados da pesquisa. A unidade recebe mulheres do município de Cabo Frio e dos municípios vizinhos. Possui um total de 44 leitos para internação, sendo 40 leitos de maternidade e 4 leitos de ginecologia. Também possui 5 leitos no setor de pré-parto e duas salas de parto. A unidade realiza, em média, 176 partos por mês, apresentando taxa de ocupação de aproximadamente 100%, e o tempo médio de internação de 4,4 dias. Com taxa de cesárea de 43,2%, parte expressiva deste tempo médio é influenciada por ela. Houve a realização de 2.452 partos neste município em 2017 (DATASUS).

### **4.3 População do estudo**

A população fonte foi o conjunto de mulheres assistidas no pós-parto imediato internadas no Hospital Municipal da Mulher de Cabo Frio (RJ). Embora o estudo focalize o período pré-natal, o recrutamento das participantes no período pós-parto imediato foi considerado como melhor estratégia para a apreensão dos dados da caderneta da gestante, uma vez que a assistência pré-natal e os registros de dados da fase específica da gestação, em tese, já estariam finalizados (NETO et al., 2012; SANTOS et al., 2017)

Foram incluídas no estudo as mulheres residentes no município de Cabo Frio, que tenham realizado todas consultas de pré-natal na APS e cujo parto tenha sido realizado no hospital municipal de referência. Visando não haver interferências sobre os desfechos no pré-natal de risco habitual, foram excluídas mulheres sem a caderneta no momento da internação; mulheres que realizaram ao menos uma consulta em rede privada; gestantes que realizaram ao menos uma consulta de pré-natal em outro município; e as que realizaram ao menos uma consulta em pré-natal de alto risco. Foram consideradas perdas para o estudo as puérperas que já haviam apresentado alta no momento da captação dos dados, pois

a caderneta já não ficava mais no prontuário. Deste modo, com uma amostra por conveniência e recorte temporal de seis meses, a amostragem final foi composta por dados transcritos das cadernetas de gestante de 131 puérperas.

#### **4.4 Procedimentos de coleta**

A coleta de dados foi realizada por duas enfermeiras da unidade hospitalar, consideradas pesquisadoras assistentes, e o próprio autor desta dissertação, que participou da equipe de coleta de dados e realizou a supervisão do campo. A equipe foi capacitada pelo orientador do estudo para aplicar o instrumento e recebeu um manual com as instruções acerca da aplicação e do preenchimento correto do formulário do estudo. O treinamento envolveu as temáticas sobre o pré-natal, sistemas de informação em saúde, formas e procedimentos para o registro dos dados e possíveis problemas relacionados à coleta. Esta iniciativa visou à homogeneidade dos procedimentos, garantindo a qualidade da coleta.

No período de fevereiro a agosto de 2019, os dados da caderneta foram coletados a cada dois dias, tempo médio de internação para os partos vaginais/normais e englobando o período médio de internação de mulheres que realizaram parto cesáreo (ANS, 2013). Considerando as rotinas hospitalares que envolvem os prontuários, os dados dos cartões de pré-natal foram, preferencialmente, coletados no turno vespertino e noturno, incluindo os finais de semana, tendo tempo médio de coleta de 50 minutos.

As cadernetas das gestantes no período da internação ficam em uma pasta, junto ao prontuário das respectivas pacientes. Com isto, não houve abordagem das participantes do estudo, somente captação dos dados registrados nas cadernetas, sendo transcritos para o instrumento de coleta de dados.

## 4.5 Instrumento de coleta de dados e variáveis do estudo

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um instrumento de nove módulos (APÊNDICE), contendo todas as variáveis da caderneta da gestante.

### 4.5.1 Variáveis desfecho

#### 4.5.1.1 Desfecho primário

O desfecho primário do estudo foi o grau de completude dos registros, expresso pelas variáveis dos onze blocos de informações presentes na caderneta da gestante:

- a) Bloco 1: dados sociodemográficos - idade, raça/cor, se trabalha fora de casa, ocupação, cidade de residência, instrução, estado civil/união, local de realização do pré-natal;
- b) Bloco 2: história familiar - presença de diabetes, hipertensão, gestação gemelar e o campo “outros”;
- c) Bloco 3: Antecedentes obstétricos - data da última menstruação, data provável do parto, tipo de gravidez (única, gemelar, tripla ou mais, ignorada), risco gestacional (risco habitual e alto risco), gravidez planejada, número de gestações prévias, presença de gestação ectópica prévia, ocorrência de recém-nascido com peso menor do que 2500g ou 4500g, ocorrência de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, número de abortos, número de partos vaginais e intervenções cesáreas, ocorrência de duas cesarianas prévias, número de nascidos vivos e quantos vivem, quantitativo de nascidos mortos, ocorrência de mortos na primeira e/ou depois da primeira semana, ocorrência de gestação com intervalo inferior a um ano;
- d) Bloco 4: antecedentes clínicos - peso anterior, altura, presença de diabetes, presença de infecção urinária, infertilidade, difícil

amamentação, cardiopatia, tromboembolismo, hipertensão arterial, cirurgia pélvica uterina e/ou outros;

- e) Bloco 5: hábitos de vida - tabagismos e número de cigarros/dia, alcoolismo e uso de outras drogas;
- f) Bloco 6: gestação atual - se sofre violência doméstica, se é portadora de HIV/Aids, sífilis, toxoplasmose, presença de infecção urinária, anemia, incompetência istmocervical, ameaça de parto prematuro, isoimunização Rh, oligodrâmnia ou polidrâmnia, ruptura prematura de membrana, crescimento intrauterino retardado, pós-datismo, hipertensão arterial, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, cardiopatia, diabetes gestacional, uso de insulina, hemorragia no primeiro, segundo ou terceiro trimestre, exantema/Rash cutâneo;
- g) Bloco 7: imunização - sem informação de imunização antitetânica, imunização antitetânica há menos de 5 anos, antitetânica há mais de 5 anos, datas da 1ª, 2ª e 3ª doses de vacina antitetânica, data da vacinação de reforço da vacina antitetânica. As mesmas informações e campos existem para a vacinação contra hepatite b, influenza e em relação a vacinação com o imunizante DTPa (Difteria, Tétano e Coqueluche acelular);
- h) Bloco 8: suplementação vitamínica e mineral: suplementação com ácido fólico e com sulfato ferroso;
- i) Bloco 9: procedimentos: registro de participação em atividades educativas e de visita à maternidade de referência;
- j) Bloco 10: dados das consultas: para cada consulta realizada foram registradas as informações sobre idade gestacional (pela DUM e pela ultrassonografia), peso e índice de massa corporal (IMC), verificação de edema, pressão arterial, altura uterina, apresentação fetal, mensuração da altura uterina, verificação de movimentação fetal; e
- k) Bloco 11: exames: ABO-RH, Glicemia de jejum, TOTG, Teste rápido para sífilis, VDRL, teste rápido para HIV, sorologia anti-HIV, HBsAG, Toxoplasmose (IgG e IgM), hemoglobina, hematócrito, EAS (Urina tipo I), urinocultura, coombs indireto, eletroforese de HB, ultrassonografias e outros.

As variáveis foram transformadas em variáveis categóricas com as seguintes

possibilidades de resposta: (1) informação presente e (0) informação ausente. O grau de completude foi calculado por meio da razão entre o número de campos registrados na caderneta da gestante (informações presentes) e o total de campos possíveis de serem registrados.

Evitando distorções nesta medida, o denominador (campos possíveis) considerou a idade gestacional mínima necessária para realização de cada procedimento/atividade, bem como a data de início do acompanhamento pré-natal. Deste modo, uma mulher que iniciou o acompanhamento pré-natal com 35 semanas não terá o mesmo número de possíveis registros que uma gestante que está sendo acompanhada desde o 1º trimestre gestacional. O Quadro 3 apresenta estes tempos:

Quadro 3 – Quadro de tempos utilizados para o cálculo do denominador do grau de completude do registro da caderneta de pré-natal

<b>Procedimentos</b>	<b>Período gestacional com possibilidade de registro</b>
Mensuração da altura uterina	A partir de 13 semanas
Verificação da apresentação fetal	A partir de 28 semanas
Auscultas de Batimento Cardíaco Fetal (no consultório)	A partir de 12 semanas
Verificação de movimentação fetal	A partir de 20 semanas

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012.

Após o cálculo do grau de completude, aplicou-se o índice proposto por Romero e Cunha (2006), considerando: completude excelente, quando o número de campos ignorados pelo pré-natalista for menor que 5%; bom, quando a incompletude for entre 5% a 10%; regular, entre 10% a 20%; ruim, entre 20% a 50%; e muito ruim, quando a incompletude for superior a 50%. Esta variável foi tratada como variável qualitativa ordinal (de “excelente” a “muito ruim”) e como variável dicotômica (“muito ruim/ruim” e “outros”).

#### 4.5.1.2 Desfecho secundário

O desfecho secundário do estudo foi a adequação do pré-natal, aferido pelo Índice de Kotelchuck (KOTELCHUCK, 1994) Modificado, conforme a proposta de

Leal et al. (2004). O Quadro 4 apresenta a construção deste índice a partir de das variáveis idade gestacional durante a primeira consulta de pré-natal, convertida para mês de gestação segundo os critérios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), e o número de consultas de pré-natal realizadas, ambas variáveis numéricas contínuas:

Quadro 4 – Critérios de classificação do Índice de Kotelchuck modificado

<b>Classificação</b>	<b>Critérios</b>
Não fez pré-natal	Não fez consulta de pré-natal <sup>2</sup>
Inadequado	Pré-natal iniciado após o quarto mês e realizadas menos de 50% das consultas esperadas (uma ou duas); Pré-natal iniciado após o quarto mês e realizadas mais de 50% das consultas esperadas; Pré-natal iniciado até o quarto mês e realizadas menos de 50% das consultas esperadas (uma ou duas);
Intermediário	Pré-natal iniciado antes ou durante o quarto mês e realizam de 50% até 79% das consultas esperadas (três ou quatro);
Adequado	Pré-natal iniciado antes ou durante o quarto mês e realizadas de 80% até 109% das consultas esperadas (cinco ou seis);
Mais que adequado	Pré-natal iniciado antes ou durante o quarto mês e realizadas 110% ou mais, em relação ao esperado para a idade gestacional (sete ou mais).

Fonte: Leal et al., 2004b.

Esta variável foi construída e tratada como variável qualitativa ordinal, variando de “inadequado” a “mais que adequado, e de modo dicotômico, “Mais que adequado/Adequado” e “Intermediário/Inadequado”, visto que não foram encontrados resultados nas categorias “Bom” e “Excelente”.

#### 4.5.2 Covariáveis

As covariáveis de interesse do estudo estão divididas em características sociodemográficas da gestante e características da atenção pré-natal. Os Quadros 5 e 6 apresentam as categorias de respostas em sua forma original de entrada de

<sup>2</sup> A primeira categoria do índice, “não fez pré-natal” foi excluída da análise deste estudo, uma vez que ter realizado consulta pré-natal na Atenção Primária à Saúde foi um critério de seleção das participantes.

dados, tal como foi coletada, e sintética, ou seja, como foi construída para a análise. Destaca-se que o número de consultas pré-natais foi calculado pela presença de algum registro no campo das consultas, especialmente pela data de realização, enquanto o profissional que realizou a consulta foi identificado como enfermeiro a partir da lista nominal de profissionais da rede municipal de saúde. Estratégia similar foi utilizada na identificação da unidade realizadora do pré-natal, onde se consultou o nome da unidade a partir de uma listagem nominal da Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 5 – Categorias de respostas das características sociodemográficas

Variável	Categorias de resposta da variável original	Categorias de resposta da variável transformada
<b>Faixa etária</b>	Numérica contínua.	≤ 19 anos, de 20 a 34 anos, ≥ 35 anos.
<b>Raça/Cor</b>	Branca, preta, parda, amarela, indígena.	Branca, preta/parda, sem informação.
<b>Trabalha fora</b>	Não e sim.	Não, sim, sem informação.
<b>Escolaridade</b>	Ensino fundamental, ensino médio e ensino superior.	Ensino fundamental, ensino médio, ensino superior e sem informação.
<b>Estado civil</b>	Casada, solteira, estável, outros.	Casada/estável, solteira, sem informação.

Fonte: O autor, 2019.

Cabe mencionar que por haver apenas um caso referido como cor amarela/indígena, não gerando representatividade na análise bivariada, tal categoria foi excluída.

Quadro 6 – Categorias de respostas das características da atenção pré-natal (continua)

Variável	Variável(is) original(is) – categoria de resposta	Categoria de resposta
<b>Unidade realizadora: Estratégia Saúde da Família</b>	Local de realização do pré-natal – resposta: variável qualitativa nominal.	Sim e não.
<b>Pré-natal iniciado no 1º trimestre</b>	Idade gestacional da primeira consulta – resposta: variável numérica contínua.	Sim e não.

Quadro 6 – Categorias de respostas das características da atenção pré-natal (conclusão)

Variável	Variável(is) original(is) – categoria de resposta	Categoria de resposta
<b>Seis consultas ou mais de pré-natal</b>	Número de consultas pré-natais – resposta: variável numérica discreta.	Sim e não.
<b>Participação do enfermeiro na consulta de pré-natal</b>	Composta pelas variáveis “número de consultas pré-natais” (variável numérica discreta) combinada à variável “profissional que realizou a consulta” (variável qualitativa nominal)	Sim (ao menos uma consulta com presença de enfermeiro) e não.

Fonte: O autor, 2019.

#### 4.6 Análise de dados

A construção do banco de dados ocorreu com auxílio do Software Epiinfo 3.5.1, realizando-se dupla digitação em 20% dos instrumentos de pesquisa. Após importação do banco para o software Stata SE 15, foram realizadas a limpeza do banco de dados e o processamento das variáveis tal como relatado na seção anterior.

A análise estatística compreendeu análises univariadas, bivariadas e múltiplas. Nas análises univariadas, calculou-se as prevalências. Foram realizadas análises bivariadas para verificação das variáveis que entrariam no modelo de regressão múltipla, considerando a entrada quando os p-valores foram inferiores a 0,20.

Especificamente para as análises múltiplas, foi construído um modelo de regressão de Poisson para cada variável desfecho (BARROS; HIRAKATA; 2003; COUTINHO; SCAZUFCALL; MENEZES, 2008). Destaca-se que, no teste da variável “adequação do pré-natal” como desfecho secundário, foi acrescentada a variável (in)completude do registro pré-natal de modo dicotômico (Muito ruim/ ruim versus outros). Esta estratégia foi adotada em função dos resultados, que não apresentaram respostas nas categorias “bom” e “excelente” Em ambos os modelos (desfecho primário e secundário) aplicou-se regressão múltipla com técnica *stepwise*

*backward*, retirando-se manualmente as variáveis com os maiores p-valores até que o modelo fosse composto exclusivamente por variáveis com p-valor inferior a 0,05.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Respeitando os preceitos das resoluções CNS nº 466/2012 e nº 580/2018, a pesquisa em que essa dissertação está ancorada foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o parecer nº 3.223.284 (ANEXO A). Embora o estudo vise utilizar dados produzidos a partir de consultas envolvendo seres humanos, não houve abordagem destas mulheres no processo de coleta, visto que as informações foram apreendidas nas cadernetas das gestantes anexadas aos prontuários. Portanto, este trabalho contou com uma carta de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Acredita-se que o estudo ofereça risco mínimo às participantes, como no caso de danos materiais às informações do prontuário. Evitando-se este risco, todos os entrevistadores foram devidamente treinados sobre os cuidados com a documentação e sobre o sigilo das informações. O nome das participantes foi necessário para a realização da coleta no sistema de informação, aspecto não utilizado nesta dissertação. Entretanto, após esta coleta de dados, os nomes foram deletados do banco de dados.

Como benefícios, o projeto prevê subsidiar a produção de dados nos campos da Enfermagem e da Saúde Coletiva, auxiliando a gestão pública municipal de saúde no que se refere ao manejo da alimentação do sistema de informação e à tomada de decisões qualificadas que impactem positivamente na qualidade da assistência prestada ao ciclo gravídico-puerperal. Além disso, espera-se servir de suporte para futuras produções que se debrucem no objeto da qualidade dos registros sobre o pré-natal de risco habitual.

## 5 RESULTADOS

No período de fevereiro até agosto de 2019, 323 puérperas estiveram internadas no Hospital Municipal da Mulher. Destas, foram excluídas 49 mulheres sem a caderneta no momento da internação; 33 mulheres que realizaram ao menos uma consulta em rede privada; 12 haviam realizado pré-natal em outro município; e 24 que realizaram ao menos uma consulta em pré-natal de alto risco. Ainda houve perda de 74 puérperas que haviam apresentado alta no momento da coleta de dados, não estando mais a caderneta disponível no prontuário. Tal aspecto pode ser atribuído às constantes alterações na rotina da unidade ao longo do período de greves e crises experimentadas. Com isto, foram captados dados de 131 puérperas.

A Tabela 1 demonstra a caracterização sociodemográfica da amostra. Observa-se que a amostra apresentou predomínio de mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos (71,76%), pretas e pardas (27,69%), que trabalham fora (38,93%), com escolaridade até o ensino médio (17,56%) e casadas (22,14%). Destaca-se que 37,78% das mulheres realizaram pré-natal da Estratégia Saúde da Família, 61,15% iniciaram o acompanhamento no 1º trimestre, 66,41% tiveram seis consultas ou mais e 45,04% tiveram a participação do enfermeiro durante as consultas. Ademais, também é possível observar que parte expressiva das mulheres não tem registro no cartão de pré-natal em relação à cor, tipo de trabalho, escolaridade e estado civil.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra. Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
Menor ou igual a 19 anos	25	19,08
De 20 a 34 anos	94	71,76
Maior ou igual a 35 anos	12	9,16
<b>Cor</b>		
Branca	28	21,54
Preta/Parda	36	27,69
Sem informação	66	50,77
<b>Trabalha fora</b>		
Não	25	19,08
Sim	51	38,93
Sem informação	55	41,98
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	17	12,98
Ensino Médio	23	17,56
Ensino Superior	-	-
Sem informação	91	69,47
<b>Estado civil</b>		
Casada	29	22,14
Solteira	19	14,50
Estável	1	0,76
Sem informação	82	62,60
<b>Unidade realizadora: Estratégia Saúde da Família</b>		
Não	77	58,78
Sim	54	41,22
<b>Pré-natal iniciado no 1º trimestre</b>		
Não	64	48,85
Sim	67	61,15
<b>Seis consultas ou mais de pré-natal</b>		
Não	44	33,59
Sim	87	66,41
<b>Participação do enfermeiro na consulta de pré-natal</b>		
Não	72	54,96
Sim	59	45,04

Fonte: O autor, 2019.

A Tabela 2 retrata a caracterização da amostra em virtude dos antecedentes obstétricos, familiares e clínicos. Observa-se a maior prevalência amostral de gestantes com histórico familiar (HF) positivo para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (15,38%), sem histórico familiar de gestação gemelar (12,21%), de gestações não planejadas (22,90%), com histórico de gestação prévia (62,60%), sem histórico de aborto (70,99%) e com intervalo entre as gestações inferior há um ano (52,63%), com histórico de doença crônica (12,24%) e sem histórico de cirurgia (16,28%). No entanto, nota-se a alta distribuição de ausência de

registros nas cadernetas em relação ao HF de HAS e/ou diabetes mellitus (73,85%), HF de gestação gemelar (77,10%), ao tipo de gravidez (73,28%), assim como ao planejamento da gravidez (72,52%), ao histórico de doença crônica (77,55%) e de cirurgia (77,52%).

Tabela 2 – Antecedentes obstétricos, familiares e clínicos. Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131)

Variáveis	N	%
<b>História familiar de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes</b>		
Não	14	10,77
Sim	20	15,38
Sem informação	96	73,85
<b>História familiar de gestação gemelar</b>		
Não	16	12,21
Sim	14	10,69
Sem informação	101	77,10
<b>Tipo de gravidez</b>		
Única	35	26,72
Ignorada/sem informação	96	73,28
<b>Gravidez planejada</b>		
Não	30	22,90
Sim	6	4,58
Sem informação	95	72,52
<b>Gestação prévia</b>		
Não	42	32,06
Sim	82	62,60
Sem informação	7	5,34
<b>Histórico de aborto</b>		
Não	93	70,99
Sim	25	19,08
Sem informação	13	9,92
<b>Gestação com intervalo inferior há um ano</b>		
Não	5	13,16
Sim	20	52,63
Sem informação	13	34,21
<b>Histórico de doença crônica</b>		
Não	10	7,63
Sim	12	9,16
Sem informação	109	60,64
<b>Histórico de cirurgia</b>		
Não	21	16,28
Sim	8	6,20
Sem informação	100	83,21

Fonte: O autor, 2019.

A tabela 3 apresenta os hábitos de vida e a história da gestação atual. Observa-se a maior proporção de gestantes não tabagistas (46,15%), não etilistas

(42,75%) e que informaram não sofrer violência doméstica (33,59%). Contudo, a falta de registros nas cadernetas foi elevada na maior parte das variáveis, destacando-se as variáveis que tratam das doenças relacionadas à gestação (77,66%) e das hemorragias (87,02% em cada trimestre).

Tabela 3 – Hábitos de vida e gestação atual. Hospital Municipal da Mulher, 2019  
(n=131)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tabagismo</b>		
Não	60	46,15
Sim	5	3,85
Sem informação	65	50,00
<b>Alcoolismo</b>		
Não	56	42,75
Sim	7	5,34
Sem informação	68	51,91
<b>Violência doméstica</b>		
Não	44	33,59
Sim	1	0,76
Sem informação	86	65,65
<b>Doenças relacionadas à gestação</b>		
Não	3	2,29
Sim	9	6,87
Sem informação	119	90,84
<b>Hemorragia no 1º trimestre</b>		
Não	17	12,98
Sem informação	114	87,02
<b>Hemorragia no 2º trimestre</b>		
Não	17	12,98
Sem informação	114	87,02
<b>Hemorragia no 3º trimestre</b>		
Não	17	12,98
Sem informação	114	87,02

Fonte: O autor, 2019.

A tabela 4 apresenta a classificação do grau de completude de acordo com os onze blocos de informações constantes no cartão de pré-natal. Nota-se que apenas as informações sobre as consultas e os exames realizados pelas gestantes apresentam boas ou excelentes métricas.

Tabela 4 – Análise univariada da completude dos cartões de pré-natal. Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131)

Bloco de variáveis	n (%)				
	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim
1. Sociodemográficas	24 (18,32)	-	-	47 (35,88)	60 (45,80)
2. História Familiar	29 (22,14)	-	-	4 (3,05)	98 (74,81)
3. Antec. Obstétricos*	3 (2,29)	9 (6,87)	57 (43,51)	49 (37,40)	13 (9,92)
4. Antecedentes Clínicos	15 (11,45)	5 (3,82)	9 (6,87)	15 (11,45)	87 (66,41)
5. Hábitos de Vida	43 (32,82)	-	-	18 (13,74)	70 (53,44)
6. Gestação Atual	4 (3,05)	1 (0,76)	2 (1,53)	4 (3,05)	120 (91,60)
7. Imunização	-	3 (2,29)	2 (1,53)	43 (32,82)	83 (63,36)
8. S. vitamínica e mineral**	17 (12,98)	-	-	-	114 (87,02)
9. Procedimentos	2 (1,53)	-	-	-	129 (98,47)
10. Dados das consultas	66 (50,38)	28 (21,37)	34 (25,95)	3 (2,29)	-
11. Exames	113 (86,26)	-	4 (3,05)	8 (6,11)	6 (4,58)

Legenda: \*Antecedentes obstétricos. \*\*Suplementação vitamínica e mineral.

Fonte: O autor, 2019.

Em média, as cadernetas apresentaram incompletude de 41,54% (IC95%: 39,25 – 43,83). Ou seja, em relação ao grau de completude 4,58% (n=6) das cadernetas são consideradas como “Regulares”, 74,05% (n=97) são “Ruins” e 20,21% (n=27) são consideradas como “Muito ruins”. A Tabela 5 apresenta a análise bivariada e múltipla entre as características sociodemográficas da amostra, as características da atenção pré-natal e os graus “Ruim” e “Muito Ruim” de completude da caderneta. Nota-se que as razões de prevalência ajustadas apresentaram associações estatisticamente significantes para as variáveis número de consultas – seis ou mais ( p-valor 0,012) e participação do enfermeiro na consulta pré-natal (p-valor 0,009). Neste sentido, ter feito pré-natal com seis ou mais consultas reduziu em 6% o grau ruim de completude dos registros, enquanto a participação do enfermeiro reduziu em 11%.

Tabela 5 – Análise bivariada e análise múltipla entre as características sociodemográficas da amostra, as características da atenção pré-natal e os graus “ruim” e “muito ruim” de completude da caderneta de pré-natal em uma amostra de mulheres acompanhadas no pré-natal de baixo risco de Cabo Frio (RJ). Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131)

Variáveis	Ruim/Muito ruim n (%)	RP (IC95%)	p-valor	RPa (IC 95%)	p-valor
<b>Faixa etária</b>					
Menor ou igual a 19 anos	25(100,00)	1,07 (1,01-1,13)	0,015	-	-
De 20 a 34 anos	88(93,62)	Referência	-	-	-
Maior ou igual a 35 anos	11(91,67)	0,98 (0,82-1,17)	0,818	-	-
<b>Raça/Cor</b>					
Branca	26(92,86)	Referência	-	-	-
Preta/Parda	34(94,44)	1,02 (0,89-1,16)	0,799	-	-
Sem informação	63(95,45)	1,03 (0,91-1,15)	0,641	-	-
<b>Trabalha fora</b>					
Não	23(92,00)	Referência	-	-	-
Sim	49(96,08)	1,04 (0,91-1,18)	0,509	-	-
Sem informação	52(94,55)	1,03 (0,90-1,17)	0,686	-	-
<b>Escolaridade</b>					
Ensino Fundamental	16(94,12)	Referência	-	-	-
Ensino Médio	20(86,96)	0,92 (0,76-1,13)	0,435	-	-
Sem informação	88(96,70)	1,03 (0,91-1,16)	0,671	-	-
<b>Estado civil</b>					
Casada/Estável	25(86,21)	Referência	-	-	-
Solteira	18(94,74)	1,06 (0,89-1,25)	0,486	-	-
Sem informação	81(97,59)	1,01 (0,88-1,15)	0,879	-	-
<b>Unidade realizadora: Estratégia Saúde da Família</b>					
Não	71(98,61)	Referência	-	-	-
Sim	53(89,83)	0,91 (0,83-1,00)	0,043	-	-
<b>Pré-natal iniciado no 1º trimestre</b>					
Não	62(96,88)	Referência	-	-	-
Sim	62(92,54)	0,96 (0,88-1,04)	0,269	-	-
<b>Pré-natal com seis ou mais consultas</b>					
Não	44(100,0)	Referência	-	Referência	-
Sim	80(91,95)	0,92 (0,86-0,98)	0,001	0,94 (0,90-0,99)	<b>0,012</b>
<b>Participação do enfermeiro na consulta de pré-natal</b>					
Não	72(100,0)	Referência	-	Referência	-
Sim	52(88,14)	0,88 (0,79-0,98)	0,008	0,89 (0,82-0,97)	<b>0,009</b>

Fonte: O autor, 2019.

A adequação do acompanhamento pré-natal no conjunto de mulheres assistidas pelas Atenção Primária é apresentada na Tabela 6. Observa-se que a

prevalência de adequação pré-natal (“adequado” & “mais que adequado”) foi de 61,07% (n=80).

Tabela 6 – Análise univariada da adequação do acompanhamento pré-natal em uma amostra de mulheres acompanhadas na Atenção Primária de Cabo Frio (RJ). Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>% (IC 95%)</b>
Inadequado	46	35,11 (27,34-43,77)
Intermediário	5	3,82 (1,58-8,94)
Adequado	24	18,32 (12,53-26,00)
Mais que adequado	56	42,75 (34,46-51,46)

Fonte: o autor.

A tabela 7 apresenta a análise bivariada e múltipla entre as características sociodemográficas, a atenção pré-natal e a adequação pré-natal (níveis “adequado” & “mais que adequado”). Observa-se que a variável (in)completude do registro pré-natal esteve associada aos piores níveis de adequação do acompanhamento pré-natal (p-valor <0,001) independente das demais características investigadas. Deste modo, a incompletude dos registros reduz em 21% a adequação do pré-natal, agindo negativamente sobre a presença deste desfecho.

Tabela 7 – Análise bivariada e análise múltipla entre as características sociodemográficas da amostra, as características da atenção pré-natal e a adequação do pré-natal (inadequado versus adequado/muito adequado) em uma amostra de mulheres acompanhadas no pré-natal de baixo risco de Cabo Frio (RJ). Hospital Municipal da Mulher, 2019 (n=131)

Variáveis	Adequado e muito adequado n (%)	RP (IC95%)	p-valor	RPa (IC 95%)*	p-valor
<b>Faixa etária</b>					
Menor ou igual a 19 anos	13(52,00)	0,93 (0,80-1,07)	0,302	-	-
De 20 a 34 anos	60(63,83)	Referência	-	-	-
Maior ou igual a 35 anos	7(58,33)	0,97 (0,80-1,16)	0,720	-	-
<b>Raça/Cor</b>					
Branca	17(60,71)	Referência	-	-	-
Preta/Parda	22(61,11)	1,00 (0,86-1,16)	0,974	-	-
Sem informação	41(62,12)	1,00 (0,88-1,15)	0,899	-	-
<b>Trabalha fora</b>					
Não	20(80,00)	Referência	-	-	-
Sim	28(54,90)	0,86 (0,75-,97)	0,018	-	-
Sem informação	32(58,18)	0,87 (0,77-0,99)	0,035	-	-
<b>Escolaridade</b>					
Ensino Fundamental	12(70,59)	Referência	-	-	-
Ensino Médio	15(65,22)	0,97 (0,81-1,15)	0,718	-	-
Sem informação	53(58,24)	0,93 (0,80-1,07)	0,302	-	-
<b>Estado civil</b>					
Casada/Estável	17(58,62)	1,06 (0,88-1,26)	0,486	-	-
Solteira	13(68,42)	0,63 (0,56-0,71)	<0,001	-	-
Sem informação	50(60,24)	1,01 (0,89-1,16)	0,826	-	-
<b>Unidade realizadora: Estratégia Saúde da Família</b>					
Não	39(54,17)	Referência	-	-	-
Sim	41(69,49)	1,10 (0,99-1,22)	0,069	-	-
<b>Participação do enfermeiro na consulta de pré-natal</b>					
Não	38(52,78)	Referência	-	-	-
Sim	42(71,19)	1,12 (1,01-1,24)	0,028	-	-
<b>Completude do registro de pré-natal: muito ruim e ruim</b>					
Não	7(100,0)	Referência	-	Referência	-
Sim	73(58,87)	0,79 (0,75-0,83)	<0,001	0,79 (0,75-0,83)	<0,001

Fonte: O autor, 2019.

## 6 DISCUSSÃO

A caderneta da gestante é instituída como instrumento de circulação de informações sobre cada gestante na rede de atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, sendo seu preenchimento de suma importância na qualidade da assistência prestada. Ainda que este objeto não seja tema inovador na literatura, uma vez que outros estudos já se debruçaram sobre esta investigação (ANDREUCCI et al., 2011; CARRILHO, 2014; COÊLHO et al., 2015; CRISTOFARO, 2017; DOMINGUES et al., 2012; LEAL et al., 2012; POLGLIANI et al., 2014; QUEIROZ et al., 2015; SILVA, 2010; TRALDI et al., 2014), acredita-se que esta dissertação avançou na possibilidade desvelar novas relações sobre este desfecho, sobretudo, em uma cidade de grande porte, do interior do Estado do Rio de Janeiro e com características voltadas ao turismo. Ou seja, uma nova tipologia de cenário se apresenta à comunidade acadêmica.

A participação do enfermeiro na assistência pré-natal, fato até então não demonstrado/ investigado na literatura sobre o tema, apresentou-se como importante covariável associada à melhoria do grau de completude da caderneta das gestantes (RPa=0,89; 0,82-0,97). Embora a inserção deste profissional seja relativamente limitada no acompanhamento pré-natal do cenário investigado, fato observado pelo número de consultas, acredita-se que esta melhoria na qualidade do registro possa estar, dentre outros aspectos, relacionada às próprias características da formação profissional.

Um *scoping review* apontou, entre diversos estudos, a relevância do enfermeiro na atuação em unidades de APS que, em suas ações, consegue desempenhar simultaneamente ações assistenciais e gerenciais. Nos 30 artigos selecionados, a consulta de enfermagem e os grupos de promoção da saúde se destacam como atividades mais realizadas entre as práticas no serviço e na comunidade, ainda, colocando a supervisão e treinamento de equipe, seguida de planejamento e avaliação dos serviços, como as práticas mais comuns de gestão e formação (BARBIANI et al., 2016).

Um estudo realizado com dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica apontou o destaque do profissional enfermeiro, visto que a formação profissional está pautada por conhecimento e

desenvolvimento de habilidades que ampliam os limites de atuação deste, nos campos gerenciais, administrativos, assistenciais e de educação em saúde, entre outros, sendo importante elemento da equipe multiprofissional na APS (GALAVOTE et al., 2016). Outro estudo, de pesquisa bibliométrica, apontou para caminhos similares, em que o enfermeiro tende a produzir cuidados pré-natais voltados à centralidade da mulher, família e comunidade, demonstrando a perspectiva de evolução e autonomia deste profissional nesta assistência na APS (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Em recente estudo que buscou avaliar a qualidade da assistência pré-natal em Casa de Parto no Rio de Janeiro (RJ) e as causas associadas com as transferências maternas e dos recém-nascidos para o hospital, utilizando os parâmetros assistenciais do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) como métrica para avaliação de 482 prontuários de mulheres internadas de 2009 a 2014, os resultados apontaram para um total de 42,8% de prevalência de atendimentos de pré-natal avaliados dentro dos parâmetros de adequação, com 34,2% na faixa intermediária e com 23% da amostra caracterizada como inadequada. O estudo revelou um grande índice de gestantes que iniciaram o pré-natal tardiamente (87,1%), porém apresentou 81,1% das gestantes com realização de sete ou mais consultas (OLIVEIRA et al., 2019).

Cabe mencionar que o índice de Kotelchuck utiliza, como parâmetro de adequação, o início do pré-natal até 16 semanas, porém, de acordo com a Portaria nº1459, de 24 de junho de 2011, que dispõe sobre a regulamentação da Rede Cegonha, a captação precoce é até 12 semanas. Além disso, a utilização deste índice na avaliação da qualidade pré-natal deixa de contemplar outros parâmetros importantes preconizados por esta Portaria, como as reuniões educativas, fazendo refletir sobre a limitação do índice para métrica da avaliação da qualidade nas normativas atuais.

Deste modo, esta pesquisa parece corroborar para a importância da presença deste profissional em processos assistenciais, educativos e preventivos na APS, confrontado problemas e dilemas ainda atravessados pelo modelo biomédico assistencial (BARBIANI et al., 2016; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017).

Ademais, o estudo também aponta para melhor completude dos dados em função de alguns indicadores de qualidade da atenção, como no caso da realização de seis ou mais consultas durante o período pré-natal (RPa=0,94 ;0,90-0,99). Infe-

se que, quanto mais consultas são ofertadas, maior tempo para realização dos devidos registros junto ao documento, além da maior oferta às demais atividades, como salas de espera e outras atividades educativas, oferta da visita à maternidade, entre outras. Desta forma, além de respeitar os intervalos entre consultas conforme os períodos gestacionais (mensalmente até a 28<sup>a</sup> semana, quinzenalmente da 28<sup>a</sup> até a 36<sup>a</sup> semana e semanalmente a partir da 37<sup>a</sup> semana), permite o registro de informações associadas à assistência preventiva dos agravos à saúde materna e perinatal (BRASIL, 2012a).

Situação similar foi apontada em grandes inquéritos epidemiológicos sobre pré-natal, parto e nascimento, nos quais o número de consultas esteve associado a desfechos positivos da mulher e da criança. Um grande estudo realizado no Brasil apontou que 30% da amostra das gestantes que engravidaram foram de forma indesejada e que tiveram início tardio do pré-natal, assim como menor número de consultas, verificando a suma importância do acesso ao planejamento familiar como estratégia para melhores desfechos à saúde materna e neonatal (LEAL; GAMA, 2014).

Observa-se que a incompletude dos dados reflete em prejuízo ao grau de adequação ao pré-natal, independentemente das demais características individuais da gestante e do perfil da atenção pré-natal (profissional que acompanhou a gestante e unidade de acompanhamento). Observa-se que apenas as informações sobre consultas e exames realizados apresentaram boas ou excelentes métricas, trazendo a necessidade de reflexão sobre como o modelo biomédico baseado no processo saúde-doença ainda atravessa a política de saúde local.

Nota-se, ainda, os baixos índices de completude de registros sobre questões sociodemográficas (45,80% muito ruim), histórico familiar (74,81% muito ruim), hábitos de vida (53,44% muito ruim), imunização (63,36% muito ruim), suplementação vitamínica e mineral (87,02% muito ruim) e procedimentos (98,47% muito ruim). Ou seja, os baixos índices de registros inerentes a ações preventivas de saúde, assim como de ordem biopsicossocial, tendem a retratar a carência do olhar dos profissionais envolvidos sobre a importância do registro destas ações sobre o desfecho do cuidado prestado.

Um estudo realizado na região metropolitana da Grande Vitória/ES demonstrou baixos índices de registros nas cadernetas de pré-natal, incluindo os exames, que ficaram entre os níveis de completude ruim e muito ruim, assim como

os registros de antecedentes obstétricos, exceto parto e aborto. Ademais, os registros das datas das consultas, das medidas da pressão arterial, assim como semanas gestacionais, da ausculta dos batimentos cardíacos e pesagens se enquadraram entre bom ou excelente grau de completude (NETO et al., 2012).

Cabe destacar, com exceção dos indicadores de avaliação para a qualidade pré-natal que visam olhar para a distribuição das gestantes por trimestre, do acesso ao pré-natal e de contrarreferência sobre a referência, os demais retratam desfechos associados a patologias ou óbitos. Não tratam sobre gestantes que participaram de atividades educativas ou realizaram visita à maternidade, assim como não são trabalhados com bases de dados sociodemográficos que auxiliem em ações preventivas e de promoção da saúde das gestantes.

Também há carência de indicadores, assim como de ações que trabalhem as questões socioeconômicas que cercam a família. Apesar da grande taxa de gestações não planejadas, não há descrição sobre acompanhamentos de assistência social, dissociando a importância do social sobre o processo de saúde. Entender as condições sociais e psicológicas são tão importantes quanto as biológicas, uma vez que auxiliam na assistência ao equilíbrio dinâmico necessário para a manutenção do estado de saúde (MENDES, 1996). Compete ao profissional que acompanha o pré-natal, durante o levantamento da história da gestação atual, identificar além da aceitação ou não da gravidez pela família ou um dos componentes, identificar as gestantes com fraca rede de suporte social (BRASIL, 2012a).

A ausência de informações sobre as características sociodemográficas, especialmente sobre cor, trabalho, escolaridade e estado civil, remetem à falta de importância dada aos dados que podem interferir no processo social sobre o cuidado do sujeito, assim como entender comportamentos sociais que possam refletir sobre o acesso ao cuidado na APS. Um grande estudo abrangendo o território nacional evidenciou que mulheres negras, assim como as pardas, possuíam maior risco de inadequação pré-natal e de outros agravos em relação às mulheres brancas, evidenciando disparidades socioeconômicas e de acesso à APS entre gestantes segundo a cor (LEAL et al., 2017).

Também há grande carência nos registros sobre realização de eletroforese de hemoglobina, importante no rastreio de traço falcêmico ou no diagnóstico da doença falciforme, em uma população altamente miscigenada, com predominância na

população de cor preta/parda, sendo exame constante do componente Pré-Natal da Rede Cegonha (BRASIL, 2012b).

Neste sentido, percebe-se também a falta de registros sobre realização de pré-natal em populações ainda fortemente discriminadas. A caderneta de pré-natal não possui um campo para registro sobre o gênero com o qual a pessoa se identifica. Tal fato remete à necessidade da maior atenção às políticas de saúde, incluindo de direito reprodutivo, para a população LGBT (ANGONESE; LAGO, 2017).

A quantidade de gestantes com histórico negativo de aborto também pode refletir no tabu que existe sobre a discriminação deste procedimento. Muitas podem informar nunca terem sofrido ou realizado aborto por preconceito, ou mesmo medo de sofrerem discriminação, haja vista que aproximadamente uma em cada cinco mulheres no Brasil já realizaram aborto (DINIZ et al., 2017).

Também faz pensar nos tabus e preconceitos que envolvem situações de violência. Corroborar para essa ideia o fato da pouca existência de registros sobre violência e hemorragias apresentadas em todos os trimestres gestacionais, gerando dúvidas sobre não ter ocorrido ou se houve e não foi informada, por medo e constrangimento.

Outros resultados voltados para os baixos registros dos antecedentes familiares, obstétricos e hábitos de vida também sustentam a visão imediatista do cuidado sobre os sujeitos pautado no modelo biomédico. Tal ideia é corroborada pelas excelentes taxas de completude de registros referentes aos dados das consultas e dos exames, acompanhando a visão das políticas públicas voltadas para a produtividade, ainda vigentes.

Esta discussão ainda traz a reflexão sobre as inconsistências entre dois conjuntos de resultados, apresentando uma nova questão: como pode um pré-natal com um elevado grau de incompletude de registro na caderneta ter apresentado grau relativamente satisfatório de adequação do pré-natal? Um esboço de resposta para esta inconsistência está no próprio instrumental utilizado – o índice Kotelchuck (KOTELCHUCK, 1994; LEAL et al., 2004). Nota-se que o índice considera poucos elementos dos indicadores acompanhados no pré-natal brasileiro (BRASIL, 2011), resumindo-se à relação entre o número de consultas e o tempo gestacional. Neste sentido, acredita-se que este indicador não é capaz de expressar a qualidade do acompanhamento pré-natal esperado no Brasil.

Nota-se que uma avaliação mais atenta pode despertar a hipótese de que alguns modelos ainda hegemônicos guiam, mesmo que de modo subjacente e pouco consciente, a atitude de alguns grupos profissionais. Tal aspecto pode ser expresso pelo fato de a completude ser maior em elementos voltados aos procedimentos clínicos e obstétricos em detrimento às informações sobre o histórico gravídico e os procedimentos instrumentais da gestante, como as visitas à maternidade, as consultas coletivas e as atividades de educação em saúde.

As práticas educativas em saúde são recomendadas desde a criação do PAISM e cada vez mais valorizadas em sua importância relacional entre a mulher e os profissionais. Porém, observa-se a falta do registro de tal prática nas diversas unidades realizadoras da assistência pré-natal. Acredita-se que haverá influência sobre a promoção da saúde e a prevenção dos possíveis agravos sofridos pelas gestantes, ocasionando em interações evitáveis, *near miss* materno ou desfechos que possam acarretar morte perinatal.

### 6.1 Limitações do estudo

Ainda que esta pesquisa tenha avançado na investigação sobre a (in)completude de registros pré-natais e na (in)adequação deste acompanhamento, faz-se importante interpretar estes resultados à luz de suas limitações. O estudo foi desenvolvido em um período de crise econômica do município, com períodos de greve dos servidores, interdição do Hospital Municipal da Mulher pelo Conselho de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, entre outras questões que podem ter gerado viés de seleção da amostra. Muitas gestantes podem ter procurado municípios vizinhos ou a rede privada para assistência ao pré-natal ou parto, permanecendo um quantitativo maior das mulheres que não tinham muitas alternativas para esta assistência no momento do parto. Sendo assim, é possível que este estudo, especialmente pela característica da amostragem por conveniência, tenha acessado apenas grupos amostrais particulares, não representando o universo de mulheres que realizaram pré-natal no município.

Visando ao olhar sobre a incompletude de dados da caderneta da gestante, foram excluídas do estudo as mulheres que não possuíam a caderneta de pré-natal

fornecida pelo município no momento da internação, assim como as puérperas que não realizaram acompanhamento pré-natal. Tal medida não incluiu um dos critérios utilizados no índice Kotelchuck modificado (gestantes que não realizaram pré-natal) no que tange à avaliação do grau de adequação.

Como a estratégia metodológica de captação de dados da caderneta da gestante foi o pós-parto imediato, não houve dados coletados sobre a alta da maternidade, o peso do recém-nascido na alta e da consulta puerperal, campos presentes no documento. Apesar de não afetar os objetivos do estudo, houve perda de informações da caderneta que poderiam gerar fonte para novos estudos.

Ademais, podem existir casos que não alcançaram o mínimo de consultas de pré-natal por se tratarem de evolução com parto prematuro. Isto posto, pode haver influência sobre os resultados relacionados tanto à adequação quanto à incompletude dos dados destes casos.

## **6.2 Aplicações para a Saúde Pública e para a Enfermagem**

No campo da programação de políticas públicas de atenção pré-natal, o estudo pode contribuir mediante o levantamento das fragilidades encontradas para melhor adequação da assistência ao pré-natal no município, bem como no entendimento de que os altos índices e falta de registros de ações relacionadas ao planejamento familiar, assim como de tratamento da sífilis em gestantes devem ser foco para melhoria na diminuição dos agravos à saúde materna e perinatal.

O registro de dados na caderneta da gestante ainda é o mecanismo mais viável para comunicação e integração entre os diferentes níveis de assistência perinatal. Apesar de não ser afirmativo de que os procedimentos não foram realizados, a baixa completude de registros nas cadernetas faz pensar que há escassez de informações junto ao Sistema de Informação em Saúde, prejudicando a composição de indicadores de saúde e dificultando a avaliação acerca da qualidade da assistência pré-natal municipal pelo Ministério da Saúde, assim como na reformulação das políticas públicas de saúde da mulher.

Ademais, considerando que o estudo aponta que a presença do enfermeiro melhora a completude dos dados na caderneta da gestante e que este fator está

diretamente relacionado à melhoria na adequação do pré-natal, buscar a capacitação destes profissionais e sensibilizar sobre a importância da participação deste no pré-natal de risco habitual é altamente relevante para melhores resultados relacionados à qualidade da assistência no município do estudo.

## CONCLUSÃO

Mediante os resultados, o estudo demonstrou a necessidade de aprimoramento das políticas públicas sobre o pré-natal, sobretudo, no que concerne à melhoria da qualidade da informação, visto o baixo grau de completude dos dados apresentados nas cadernetas das gestantes que realizaram o pré-natal no município de Cabo Frio. Embora não seja afirmativo de que os procedimentos e exames não foram realizados durante a gestação, a falta do preenchimento no devido documento pode gerar graves danos na comunicação entre os segmentos da rede de assistência à saúde, podendo gerar danos que aumentem a morbidade e a mortalidade materna e neonatal.

Além disso, a presença do profissional enfermeiro durante as consultas foi fator associado a desfechos positivos nesta análise. Observa-se como fator protetor para a adequação do pré-natal, dentro das normativas avaliadas pelo índice de Kotelchuck, bem como para a completude dos registros das cadernetas, segundo o índice de Romero e Cunha. Considerando que a introdução das variáveis sobre a característica da atenção prestada é pioneira nesta dissertação, recomenda-se que novas investigações utilizem modelos similares na tentativa de avaliar a consistência destes resultados.

Aliando os dados aqui produzidos e a literatura sobre o tema, é possível perceber que as questões relacionadas à (in)adequação do pré-natal e à (in)completude da caderneta da gestante podem ir além da qualidade do registro pelo profissional, sendo este apenas um problema de um complexo modelo de causa e efeito. Situações relacionadas à utilização dos serviços de saúde, que vão desde as características individuais, passando por fatores comportamentais e de compreensão dos reais objetivos do período pré-natal, até as questões vinculadas à própria organização das unidades podem afetar diretamente a frequência ao pré-natal. Isso produziria ausência de informação no prontuário, na caderneta da gestante e nos demais registros profissionais sobre o período de acompanhamento.

Neste sentido, resultados negativos de (in)adequação pré-natal e (in)completude de registros podem estar afetados pelo efeito dessas variáveis, fato que, em decorrência do viés de causalidade reversa, não poderia ser plenamente compreendido nos estudos transversais. A análise das informações produzidas por

estes estudos deve contemplar este tipo de limitação, ainda que isso não deponha contra o conhecimento produzido a partir deles, e ser superado em novos desenhos de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Média de Permanência Maternidade**. v.1.01 – janeiro de 2013. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-06.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

ALELUIA, Italo Ricardo Santos et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, jun. 2017.

ANDERSEN, Ronald Max. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**. v. 36, n. 1, p. 1-10, mar. 1995.

ANDRADE, Rosicler Aparecida da Silva. Sisprenatal: possibilidades de avaliação da qualidade da assistência pré-natal. **An Congr Bras Med Fam Comunidade**. Belém, maio 2014.

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/199508/1/pmed\\_21710003.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/199508/1/pmed_21710003.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2018.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; MACHETTI, Camila Elias; SOUSA, Maria Helena. SISPRENATAL como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 854- 63, 2011.

ANGONESE, M.; LAGO, M.C.S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 256-270, 2017.

ARAUJO, E.C.; PONTES, E. **Análise da eficiência do gasto público com saúde**. Brasília: Banco Mundial, 2017

AYRES, Lilian Fernandes Arial et al. Métodos de preparação para o parto: um estudo sobre materiais impressos publicados no Brasil em meados do século XX. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 53-70, Mar. 2019.

BARBEIRO, F.M.S.; FONSEÇA, S.C.; TAUFFER, M.G.; FERREIRA, M.S.S.; SILVA, F.P.; VENTURA, P.V.; et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública** 2015; 49:22.

BARBIANI, R. et al. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24, e. 2721, 2016.

BARBOSA, Julia Tavares de Carvalho; VETTORI, Thalita Neiva Breda; SALDANHA, Bruna Lopes; ROCHA, Raí Moreira; BRAGA, André Luiz de Souza; ANDRADE, Marilda. SISPRENATAL como ferramenta facilitadora da assistência à gestante: revisão integrativa de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v.12, nº42, out./dez.2014, p.42-47.

BARROS, A.J.D.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, 2003.

BLOCH, J. R.; DAWLEY, K.; & SUPLEE, P. D. Application of the Kessner and Kotelchuck Prenatal Care Adequacy Indices in a Preterm Birth Population. *Public Health Nursing*, 26(5), 449–459, 2009.

BORGES, Cristiane José. Avaliação de ações educativas em saúde com grupos de gestantes: estudo comparativo entre unidade saúde da família e unidade básica de saúde. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005. Disponível em: Acesso em: 04 jul. 2011

BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Informação em saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**/ Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1067, de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>. Acesso em 8 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004b. (C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 5 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]**. 1. ed. rev. Brasília, 2013. 318p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, 2013. (Cadernos da Atenção Básica, 2013).

CARRILHO, Juliana Moraes. **Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CARVALHO, GM; FOLCO, G di; BARROS, LMR de; MERIGHI, MAB. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 449-54, 2004.

CAVALCANTI, Bárbara Maranhão Calábria; TEIXEIRA, Caroline Santos; PRADO, Milena Cristina Martins Coelho; RODRIGUES, Mirella. Avaliação da qualidade do registro do SISPRENATAL: uma comparação com os dados do prontuário. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 9, supl. 10, p. 1461-8, dez. 2015.

CHAVES, L. A. al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. 2.

COÊLHO, TTG et. al. Avaliação do Grau de Completude do Cartão da Gestante de Puérperas Atendidas em um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Ciências de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 117-122, 2015.

COIMBRA, L.C. et al. Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. **Rev Saúde Pública**, v. 37, p. 456-62, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca**/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série D. Reuniões e Conferências).

COUTINHO, Leticia M S; SCAZUFCA, Marcia; MENEZES, Paulo R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 6, p. 992-998, dez. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 ago. 2019. \_.

CRISTOFARO, Melissa Alarcon Guilherme. **Avaliação da assistência pré-natal à luz do cartão da gestante**. Dissertação (mestrado em Saúde da Família) Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2017.

CRUZ, Luciana Cristina Vieira da; SILVA, Maria Helena Barriviera e. A importância do Sistema de Informação Sispre natal para a População do Município de Gália/ SP. **Revista Eletrônica e-F@tec**, v. 1, n. 1, 2011.

CUNHA, Margarida de Aquino et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-153, mar. 2009.

DANIEL, Vanessa Marques; MACADAR, Marie Anne; PEREIRA, Gabriela Viale. O Sistema de informação sobre mortalidade e seu apoio à gestão e ao planejamento do sistema único de saúde (SUS). **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 148-173, 2013.

DINIZ, Débora et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Cad Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar, 2012.

DOURADO, I.; MEDINA, M.G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **Int J Equity Health**. v. 17, n. 15, p. 151, nov. 2016. Dados das PNADS (1998-2008) e PNS 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência Pré-natal**: manual e orientação. São Paulo, 2005.

FONSECA, M.R.C.C., et al. Avaliação da assistência prestada às gestantes usuárias de serviços públicos de saúde através das informações registradas nos cartões de pré-natal. **Perspectivas Médicas**, v. 28, n. 2, p. 5-13, mai/ago 2017.

FRANCISCO, Priscila Maria S. Bergamo et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 347-355, set. 2008.

GARCIA E.S.G.F. et al. As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 3, p. 863-870, jul./set. 2018.

GIOVANELLA, Lígia. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?**/ Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GOULD, J.B. Vital records for quality improvement. **Pediatrics**, v. 103, 1 supl E, p. 278-90, 1999.

GREG, R.A.; KOTELCHUCK, M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. **Public Health Rep**, v. 11, p. 408-19, 1996.

HILL, Z.; KIRKWOOD, B.R.; EDMOND, K. **Family and community practices that promote child survival, growth and development**: a review of the evidence. Geneva: World Health Organization, 2004.

HOGAN, W.R.; WAGNER, M.M. Accuracy of data in computer-based patient records. **J Am Med Inform Assoc**, v. 4, p.342-55, 1997.

KESSNER, D.M. et al. **Infant death**: an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Science, 1973.

KOTELCHUCK, M. Evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **American Journal of Public Health**, v. 84, p. 1414-1421, 1994.

KRIEGER, N. et al. Geocoding and monitoring of US socioeconomic inequalities in mortality and cancer incidence: does the choice of area-based measure and geographic level matter? The Public Health Disparities Geocoding Project. **Am J Epidemiol**, v. 156, p. 471-82, 2002.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**, v. 30, supl 1, p. 192-207, 2014.

LEAL, M.C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, supl. 1, e. 00078818, 2017.

\_\_\_\_\_ et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v. 29, supl. 1, p. 20-33, 2004b.

\_\_\_\_\_ et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p.63-72, 2004a.

\_\_\_\_\_.; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. 5-7, 2014.

LIMA, Aline Pinto de; CORRÊA, Áurea Christina de Paula. A produção de dados e informações para o SISPRENATAL no nível central de gestão. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 2, p. 352-359, abr/jun. 2012.

LIMA, Suzinara Soares de. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichán**, Bogotá, v. 13, n. 2, mai/ago. 2013.

MACINKO, J.A. Atenção primária à saúde: estratégia chave para a sustentabilidade do SUS no Brasil. **Seminário sobre atenção primária à saúde**, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2018.

MARCOLINO, J.S.; SCOCHI, M.J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 314-20, jun. 2010.

MELLO JORGE, M.H.P; GOTLIEB, S.L.D; OLIVEIRA, H. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: primeira avaliação dos dados brasileiros. **Inf Epidemiol SUS**, v. 5, p. 15-48, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.**/ Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MONTEIRO, V. S. J. **Qualidade da Informação na atenção ao pré-natal pelas equipes de Saúde da Família em uma área programática do município do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental.** 14<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania.** São Paulo: HUCITEC; 1994.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de; GÓMEZ, Maria Nélide González de. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciênc, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 13, mai/jun. 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-14, jan-mar. 2018.

NETO E.T.S. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo Brasil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, set. 2012.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252–261, 2016.

OBA, Maria das Dores do Vale; TAVARES, Maria Solange Guarino. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ribeirão Preto – SP. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 53-61, jan. 1998.

OLIVEIRA E.C. et al., 2016. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, v. 7, n. 3, 2016.

OLIVEIRA, T.C.M. et al. Adequação da assistência pré-natal em casa de parto e causas associadas com as transferências hospitalares. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, e. 20180419, 2019.

OYERINDE, K. Can antenatal care result in significant maternal mortality reduction in developing countries? **J Community Med Health Educ**, v. 3, e. 116, 2013.

PAIM, JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003. p. 567-86.

PANITZ, Leandro Manassi. **Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS**. 2014. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos. et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento do conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, e. 3440015, 2016.

PINTO JUNIOR, Elzo Pereira et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e. 00133816, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO (PMCF). **Caderno de Apoio à Gestão Municipal da Saúde**. Universidade do Estado do Rio do Janeiro, dez. 2016.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 1, n. 2, p.131-148, 1998.

REZENDE, Patrícia de Souza. **A atenção à saúde das mulheres: integralidade e gênero. Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador**. 2011. 152f. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10915/1/555555555555.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2008.

ROMERO, DE; CUNHA, CB da. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil ( 1996 / 2001 ). **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 673–84, 2006.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral. et al. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-13, jan-dez. 2017.

SAAVEDRA, Janaina Salomão; CESAR, Juraci A.. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1003-1014, mai. 2015.

SANTOS NETO, E.T. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 256-266, fev. 2012.

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos. et al. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. **Rev Enferm UFPE online**, Recife, v. 11, supl. 7, p. 2939- 45, jul. 2017.

SEIBERT, Sabrina Lins; GOMES, Maysa Ludovice; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da. et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 19, n. 3, p. 484-493, jul.-set. 2016.

SILVA, M.B.; MONTEIRO, P.S. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1, p. 21-30, 2010.

SILVEIRA, D.S. et al. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**, v. 17, p. 131-9, 2001.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan/jun. 2008.

SOUZA, Ivelise Araújo. et al. Compatibilidade entre os dados do cartão da gestante e o sistema informatizado da web sis prenatal. **PRISMA.COM**, v. 32, p. 127-147, 2016.

STAFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**/Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>.

TAKEDA, S. **Avaliação da qualidade do pré-natal**: programa para gestantes em unidade de atenção à saúde. Dissertação (Mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

TEIXEIRA, Jefferson Pedrosa da Silva. Discutindo o transporte público municipal e suas consequências no segundo distrito de Cabo Frio, Tamoios – RJ. **II Seminário Nacional Espaços Costeiros**. UFBA, 2013.

TRALDI, M.C; GALVÃO, P.; FONSECA, M.R.C.C. Avaliação do pré-natal de gestantes na região de Jundiaí-SP, Brasil: índice de Kotelchuck. **Revista Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 1/2, 2014.

TSUNECHIRO, Maria Alice et al. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 4, p. 771-780, dez. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292018000400771&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000400771&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 ago. 2019.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da; PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e. 20170015, 2017.

VASCONCELLOS, Miguel Murat et al. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 173-182, 2008.

VIELLAS, EF et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014.

**APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Faculdade de Enfermagem - FENF  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF  
Boulevard 28 de Setembro, 157. 7º Andar, Sala 702  
Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ CEP: 20551-050  
Tel: (55-21) 2868-8236 Ramal 210  
Site: [www.facenf.uerj.br](http://www.facenf.uerj.br)  
E-mail: [cpgenf@gmail.com](mailto:cpgenf@gmail.com)

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**Pesquisador**

*Raphael Ribeiro Goulart*

**Orientador**

*Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael*

Rio de Janeiro  
2018

<b>Q1</b>	Código do instrumento	<b>Q1</b>
<b>Q2</b>	Código do entrevistador	<b>Q2</b>
<b>Q3</b>	Data da entrevista	<b>Q3</b>
<b>Q4</b>	Horário de início da entrevista	<b>Q4</b>

### **MÓDULO 1 – VARIÁVEIS IDENTIFICADORAS**

<b>Q5</b>	Nome completo da gestante	<b>Q5</b>
<b>Q6</b>	Documento de Registro (RG ou CPF)	<b>Q6</b>
<b>Q7</b>	Número do cartão do SUS	<b>Q7</b>
<b>Q8</b>	Número do SISPRENATAL	<b>Q8</b>
<b>Q9</b>	Data de Nascimento	<b>Q9</b>
<b>Q10</b>	Nome da mãe	<b>Q10</b>

### **MÓDULO 2 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

<b>Q11</b>	Idade	<b>Q11</b>
<b>Q12</b>	Raça (1) Branca; (2) Preta; (3) Amarela; (4) Parda; (5) Indígena	<b>Q12</b>
<b>Q13</b>	Trabalha fora de casa (1) Sim; (2) Não	<b>Q13</b>
<b>Q14</b>	Ocupação	<b>Q14</b>
<b>Q15</b>	Cidade de residência	<b>Q15</b>
<b>Q16</b>	Instrução: (1) Nenhuma; (2) Fundamental; (3) Médio; (4) Superior	<b>Q16</b>
<b>Q17</b>	Estado civil/união: (1) Casada; (2) Solteira; (3) Estável; (4) Outra	<b>Q17</b>

### **MÓDULO 3 – HISTÓRIA FAMILIAR**

<b>Q18</b>	Diabetes: (1) Sim; (2) Não	<b>Q18</b>
<b>Q19</b>	Hipertensão: (1) Sim; (2) Não	<b>Q19</b>
<b>Q20</b>	Gestação gemelar: (1) Sim; (2) Não	<b>Q20</b>
<b>Q21</b>	Outros	<b>Q21</b>

**MÓDULO 4 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

<b>Q22</b>	Data da última menstruação	<b>Q22</b>
<b>Q23</b>	Data provável do parto	<b>Q23</b>
<b>Q24</b>	Data provável do parto pelo ultrassom	<b>Q24</b>
<b>Q25</b>	Tipo de gravidez: <b>(1) Única; (2) Gemelar; (3) Tripla ou mais; (4) Ignorada</b>	<b>Q25</b>
<b>Q26</b>	Risco gestacional: <b>(1) Habitual; (2) Alto risco</b>	<b>Q26</b>
<b>Q27</b>	Gravidez planejada: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q27</b>
<b>Q28</b>	Número de gestações prévias	<b>Q28</b>
<b>Q29</b>	Gestação ectópica prévia: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q29</b>
<b>Q30</b>	Bebê < 2.500g: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q30</b>
<b>Q31</b>	Bebê > 4.500g: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q31</b>
<b>Q32</b>	Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q32</b>
<b>Q33</b>	Número de abortos	<b>Q33</b>
<b>Q34</b>	Número de partos vaginais	<b>Q34</b>
<b>Q35</b>	Número de cesáreas	<b>Q35</b>
<b>Q36</b>	Ocorrência de 2 cesáreas prévias: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q36</b>
<b>Q37</b>	Número de nascidos vivos	<b>Q37</b>
<b>Q38</b>	Quantos filhos vivem	<b>Q38</b>
<b>Q39</b>	Número de nascidos mortos	<b>Q39</b>
<b>Q40</b>	Número de mortos na primeira semana	<b>Q40</b>
<b>Q41</b>	Número de mortos após primeira semana	<b>Q41</b>
<b>Q42</b>	Gestação com intervalo < 1 ano: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q42</b>

**MÓDULO 5 – ANTECEDENTES CLÍNICOS**

<b>Q43</b>	Peso anterior	<b>Q43</b>
<b>Q44</b>	Altura	<b>Q44</b>
<b>Q45</b>	Diabetes: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q45</b>
<b>Q46</b>	Infecção urinária: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q46</b>
<b>Q47</b>	Infertilidade: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q47</b>
<b>Q48</b>	Difícil amamentação: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q48</b>
<b>Q49</b>	Cardiopatía: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q49</b>
<b>Q50</b>	Tromboembolismo: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q50</b>
<b>Q51</b>	Hipertensão arterial: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q51</b>

<b>Q52</b>	Outros: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q52</b>
<b>Q53</b>	Cirurgia pélvica uterina: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q53</b>
<b>Q54</b>	Cirurgia: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q54</b>
<b>Q55</b>	Outros antecedentes clínicos obstétricos: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q55</b>

#### **MÓDULO 6 –HÁBITOS DE VIDA E GESTAÇÃO ATUAL**

<b>Q56</b>	Tabagista: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q56</b>
<b>Q57</b>	Número de cigarros	<b>Q57</b>
<b>Q58</b>	Alcoolismo: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q58</b>
<b>Q59</b>	Outras drogas: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q59</b>
<b>Q60</b>	Violência doméstica: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q60</b>
<b>Q61</b>	HIV/AIDS: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q61</b>
<b>Q62</b>	Sífilis: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q62</b>
<b>Q63</b>	Toxoplasmose: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q63</b>
<b>Q64</b>	Infecção urinária: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q64</b>
<b>Q65</b>	Outros: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q65</b>
<b>Q66</b>	Anemia: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q66</b>
<b>Q67</b>	Incompetência istmo cervical: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q67</b>
<b>Q68</b>	Ameaça de parto prematuro: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q68</b>
<b>Q69</b>	Isoimunização Rh: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q69</b>
<b>Q70</b>	Oligo/Polidrâmnio: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q70</b>
<b>Q71</b>	Rutura prematura de membrana: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q71</b>
<b>Q72</b>	CIUR: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q72</b>
<b>Q73</b>	Pós-datismo: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q73</b>
<b>Q74</b>	Febre: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q74</b>
<b>Q75</b>	Hipertensão arterial: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q75</b>
<b>Q76</b>	Pré-eclâmpsia/eclâmpsia: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q76</b>
<b>Q77</b>	Cardiopatia: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q77</b>
<b>Q78</b>	Diabetes gestacional: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q78</b>
<b>Q79</b>	Uso de insulina: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q79</b>
<b>Q80</b>	Hemorragia 1º trim.: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q80</b>
<b>Q81</b>	Hemorragia 2º trim.: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q81</b>
<b>Q82</b>	Hemorragia 3º trim.: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q82</b>

<b>Q83</b>	Exantema/rash cutâneo: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q83</b>
<b>Q84</b>	ATT sem informação de imunização: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q84</b>
<b>Q85</b>	ATT imunizada há menos de 5 anos: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q85</b>
<b>Q86</b>	ATT imunizada há mais de 5 anos: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q86</b>
<b>Q87</b>	1ª dose ATT	<b>Q87</b>
<b>Q88</b>	2ª dose ATT	<b>Q88</b>
<b>Q89</b>	3ª dose ATT	<b>Q89</b>
<b>Q90</b>	Reforço ATT	<b>Q90</b>
<b>Q91</b>	Hepatite B imunizada: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q91</b>
<b>Q92</b>	1ª dose Hepatite B	<b>Q92</b>
<b>Q93</b>	2ª dose Hepatite B	<b>Q93</b>
<b>Q94</b>	3ª dose Hepatite B	<b>Q94</b>
<b>Q95</b>	Influenza	<b>Q95</b>
<b>Q96</b>	DTPa	<b>Q96</b>
<b>Q97</b>	Suplementação vitamínica com ácido fólico: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q97</b>
<b>Q98</b>	Suplementação vitamínica com sulfato ferroso: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q98</b>
<b>Q99</b>	Número de consultas com enfermeiros	<b>Q99</b>
<b>Q100</b>	Número de consultas com médicos	<b>Q100</b>
<b>Q101</b>	Datas de realização das consultas	<b>Q101</b>
<b>Q102</b>	Número de consultas	<b>Q102</b>
<b>Q103</b>	Unidades de realização das consultas	<b>Q103</b>

**MÓDULO 7 – DADOS DAS CONSULTAS**

Item	Descrição	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª
Q104	DATA														
Q105	QUEIXA														
Q106	IG – DUM/USG														
Q107	PESO/IMC														
Q108	EDEMA														
Q109	PRESSÃO ARTERIAL														
Q110	ALTURA UTERINA														
Q111	APRESEN- TAÇÃO FETAL														
Q112	BCF/MF														
Q113	TOQUE														
Q114	EXANTEMA														
Q115	OBSERVA- ÇÕES														

Q116	Participou de atividades educativas: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	Q116
Q117	Realizou visita à maternidade: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	Q117

**MÓDULO CG8 – EXAMES**

Q118	ABO-Rh: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	Q118
Q119	Glicemia de jejum: <b>(0) 0; (1) 1; (2) 2; (3) 3; (4) 4 ou mais</b>	Q119
Q120	TOTG:	Q120
Q121	Teste rápido para sífilis: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	Q121
Q122	VDRL: <b>(0) 0; (1) 1; (2) 2; (3) 3; (4) 4 ou mais</b>	Q122
Q123	Teste rápido para HIV: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	Q123

<b>Q124</b>	Anti HIV: <b>(0) 0; (1) 1; (2) 2; (3) 3; (4) 4 ou mais</b>	<b>Q124</b>
<b>Q125</b>	HBsAg: <b>(0) 0; (1) 1; (2) 2; (3) 3; (4) 4 ou mais</b>	<b>Q125</b>
<b>Q126</b>	Toxoplasmose: <b>(0) 0; (1) 1; (2) 2; (3) 3; (4) 4 ou mais</b>	<b>Q126</b>
<b>Q127</b>	Hemoglobina (Hb): <b>(0) 0; (1) 1; (2) 2; (3) 3; (4) 4 ou mais</b>	<b>Q127</b>
<b>Q128</b>	Hematócrito: <b>(0) 0; (1) 1; (2) 2; (3) 3; (4) 4 ou mais</b>	<b>Q128</b>
<b>Q129</b>	Urina-EAS: <b>(0) 0; (1) 1; (2) 2; (3) 3; (4) 4 ou mais</b>	<b>Q129</b>
<b>Q130</b>	Urina-cultura: <b>(0) 0; (1) 1; (2) 2; (3) 3; (4) 4 ou mais</b>	<b>Q130</b>
<b>Q131</b>	Coombs indireto: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q131</b>
<b>Q132</b>	Eletroforese de Hb: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q132</b>
<b>Q133</b>	Outros: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q133</b>
<b>Q134</b>	Tratamento para sífilis: <b>(1) Não;(2) 1 dose;(3) 2 doses; (4) 3 doses</b>	<b>Q134</b>

#### MÓDULO CG9 – DADOS DO PARTO

<b>Q135</b>	Tipo de parto: <b>(1) Normal; (2) Cesárea</b>	<b>Q135</b>
<b>Q136</b>	Motivo da cesárea	<b>Q136</b>
<b>Q137</b>	Episiotomia: <b>(1) Sim; (2) Não</b>	<b>Q137</b>
<b>Q138</b>	Sangramento: <b>(1) Normal; (2) Aumentado</b>	<b>Q138</b>
<b>Q139</b>	Intercorrências no parto	<b>Q139</b>
<b>Q140</b>	Medicamentos usados no parto	<b>Q140</b>
<b>Q141</b>	Alta da maternidade	<b>Q141</b>
<b>Q142</b>	Recém-nascido: <b>(1) prematuro; (2) a termo</b>	<b>Q142</b>
<b>Q143</b>	Apgar 1º minuto	<b>Q143</b>
<b>Q144</b>	Apgar 5º minuto	<b>Q144</b>
<b>Q145</b>	Peso na alta	<b>Q145</b>
<b>Q146</b>	Visita domiciliar	<b>Q146</b>

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Qualidade da informação: um estudo sobre o pré-natal de risco habitual realizado na Atenção Primária à Saúde de Cabo Frio

**Pesquisador:** RAPHAEL RIBEIRO GOULART

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 06235218.0.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.223.284

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa encontra-se vinculada ao Programa de Pós-Graduação modalidade mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É uma pesquisa dirigida por Raphael Ribeiro Goulart sob orientação do Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Raphael.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Primário: analisar a qualidade da informação sobre o pré-natal de risco habitual realizado na Atenção Primária à Saúde no município de Cabo Frio, Rio de Janeiro, Brasil
- Secundário: • Analisar a qualidade do registro sobre a assistência ao pré-natal de risco habitual realizada na APS a partir da caderneta da gestante e pelo sistema de informação de Cabo Frio, Rio de Janeiro;• Avaliar o grau de concordância entre as informações registradas na caderneta de um conjunto de gestantes acompanhadas na APS e seus respectivos registros do sistema de informação municipal; e• Comparar a concordância das informações em função das categorias profissionais e da tipologia das unidades durante o acompanhamento pré-natal na APS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Benefícios: o projeto prevê subsidiar a produção de dados nos campos da Enfermagem e da Saúde Coletiva, auxiliando a gestão pública municipal de saúde no que se refere ao manejo da alimentação do sistema de informação e a tomada de decisões qualificadas que impactem

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.223.284

positivamente na qualidade da assistência prestada ao ciclo gravídico-puerperal. Além disso, espera-se servir de suporte para futuras produções que se debruçam no objeto da qualidade dos sistemas de informações em saúde.

Riscos: Acredita-se que o estudo ofereça risco mínimo às participantes, como no caso de danos materiais às informações do prontuário. Evitando-se este risco, todos os entrevistadores serão devidamente treinados sobre os cuidados com a documentação e sobre o sigilo das informações. O nome das participantes será necessário para a realização da coleta no sistema de informação, mas será deletado do banco de dados na sequência da coleta.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com objetivos claros cujos resultados poderão trazer contribuições para o entendimento da qualidade das informações sobre pré-natal registradas em base de dados de um município do estado do Rio de Janeiro. Tal análise poderá orientar no futuro, estratégias para otimizar tais registros e qualificar os profissionais envolvidos neste processo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pela vice-diretora da Faculdade de Enfermagem-UERJ

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Dispensa-se o termo

Termo de Assentimento: Não se aplica

Carta de anuência: está condizente com os preceitos éticos da Resolução 466/12.

Termos de autorização de gravação de áudio e vídeo: Não se aplica

Instrumentos: Apresenta instrumentos detalhados

Cronograma: Apresenta cronograma detalhado e condizente à pesquisa

FINANCIAMENTO: Apresenta financiamento próprio e discriminado

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.223.284

publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244331.pdf	28/02/2019 17:50:15		Aceito
Parecer Anterior	parecer2.pdf	28/02/2019 17:49:29	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	28/02/2019 17:31:57	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	07/01/2019 10:10:03	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	07/01/2019 10:09:40	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	VersaoCEP02.pdf	03/01/2019 23:26:18	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Avaliação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Março de 2019

Assinado por:  
**Patricia Fernandes Campos de Moraes**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

**ANEXO B – Carta de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Raphael Goulart Ribeiro Goulart, portador do CPF nº 096.056.537-02, pesquisador responsável pelo projeto "Qualidade da informação: um estudo sobre o pré-natal de risco habitual realizado na Atenção Primária à Saúde de Cabo Frio", solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) a dispensa da utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a coleta de dados. Justifica-se este pedido uma vez que os dados a serem coletados neste estudo serão oriundos do sistema de informação sobre pré-natal e da investigação dos prontuários das gestantes. Os dados pessoais que serão coletados – tais como nome, telefone e outros – servirão tão somente para a identificação das mulheres nos dois grupos de fontes: cartão da gestante, afixado no prontuário, e no sistema de informação. Destaca-se que estas informações pessoais que permite identificação da gestante serão descartadas após a coleta. Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e recomendações descritas na Resolução CNS nº 466/12 e nas resoluções complementares.



---

Raphael Ribeiro Goulart