

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro”

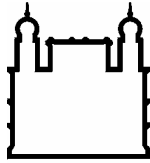
por

Roberta Pereira Niquini

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências, na área de Epidemiologia em Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Leal
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt*

Rio de Janeiro, março de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Roberta Pereira Niquini

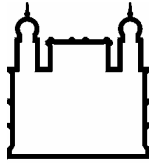
foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Elisa Maria de Aquino Lacerda

Prof.^a Dr.^a Silvana Granado Nogueira da Gama

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Leal – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 17 de março de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 17 de março de 2010.

Roberta Pereira Niquini

Catlogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

N721 Niquini, Roberta Pereira
Avaliação da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de
saúde da família do município do Rio de Janeiro. / Roberta Pereira
Niquini. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
144 f., tab., graf.

Orientador: Leal, Maria do Carmo
Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Avaliação em Saúde. 3. Avaliação de
Processos (Cuidados de Saúde). 4. Estrutura dos Serviços.
5. Programa Saúde da Família. I. Título.

CDD - 22.ed. – 618.24098153

A Deus, por me dar força para seguir em frente e sempre guiar e iluminar o meu caminho. Aos meus pais Fátima e Robson, pelo carinho, amor, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de muitas outras caminhadas. Ao Rapha, por todo o amor e por ser meu companheiro de todas as horas. Ao Lipe, por mostrar que me ama com o seu jeitinho peculiar de ser. Aos meus sogros, por cuidarem de mim como uma filha. Aos meus cunhados, amigos e familiares, por torcerem por mim e me darem força durante essa caminhada.

AGRADECIMENTO

Às minhas orientadoras Sonia e Duca pelos momentos constantes de troca, por toda a confiança no meu trabalho e incentivo ao meu crescimento profissional e pela compreensão, carinho e amizade.

A todos os componentes do grupo de pesquisa “Epidemiologia e Avaliação de Programas sobre a Saúde Materno Infantil”, que contribuíram para o sucesso do trabalho apresentado e para o meu aprendizado enquanto pesquisadora.

Às minhas professoras de nutrição materno-infantil, Elisa e Cláudia, por terem me indicado o caminho e por continuarem caminhando ao meu lado, como colaboradoras na pesquisa e amigas.

Aos professores de nutrição da UFRJ e do mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública da ENSP, pela dedicação e empenho com que compartilham suas experiências acadêmicas e transmitem conhecimento e pela contribuição, dentro de suas áreas, para o desenvolvimento dessa dissertação e para a minha formação profissional.

Aos pesquisadores que compuseram a banca examinadora, pelas valiosas contribuições para a qualidade do trabalho apresentado.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro pelo fornecimento de informações imprescindíveis para a realização desse estudo.

Às gestantes que compartilharam momentos de suas vidas e tornaram este estudo possível.

Às nutricionistas e profissionais de saúde que passaram pela minha vida e me mostraram a paixão pela saúde materno-infantil.

Ao Rapha, aos meus pais, à equipe de fisioterapia e RPG e aos médicos que cuidaram da minha saúde e tornaram possível a conclusão desse trabalho.

“Quando falta saúde a sabedoria não se revela, a arte não se manifesta, a força não luta, a riqueza é inútil e a inteligência é inaplicável.”

Herophilus, 335 – 280 A.C.

“A verdadeira viagem da descoberta consiste não em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos.”

Marcel Proust

RESUMO

Realizou-se um estudo transversal em 2008 para avaliar a estrutura e o processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família no Município do Rio de Janeiro. Foi feita a observação direta da estrutura das unidades e foram entrevistados sete profissionais e 230 gestantes e obtidas as cópias dos cartões de pré-natal das mesmas. Os dados foram coletados por profissionais treinados e os questionários passaram por revisão e dupla digitação. A avaliação da estrutura revelou que as sete unidades de saúde da família estudadas apresentaram conformidade para todos os critérios de planta física e recursos materiais investigados, segundo observação direta e entrevista com os profissionais. A norma com menor conformidade foi o registro de manutenção preventiva das balanças. O modelo atual do cartão de pré-natal do Ministério da Saúde só foi encontrado com 45% das gestantes. Foram observadas carências de recursos humanos e de referência das gestantes para nutricionistas. Os resultados referentes à avaliação do processo indicaram que a aferição e o registro no cartão de pré-natal da pressão arterial e do peso atual, bem como a prescrição de suplementos e exames de sangue são rotineiramente realizados no pré-natal. Também indicaram que, no cartão, há um sub-registro de: estatura, peso inicial, edema, IMC por semana gestacional e resultados de exames de hemoglobina e glicemia. Verificou-se uma carência de orientações específicas sobre utilização do sulfato ferroso, consumo de alimentos e ganho de peso. Os resultados revelaram uma grande necessidade de assistência nutricional no pré-natal e deficiências na sua estrutura e processo nas unidades de saúde da família, o que aponta para a importância da dimensão correta da equipe mínima, do treinamento desta equipe e da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, na ampliação da abrangência e da integralidade da assistência pré-natal. **Palavras chave:** Assistência pré-natal, Avaliação em saúde, Avaliação de Processos, Estrutura dos Serviços, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

With the aim of evaluate the structure and process of prenatal nutritional care provided by Family Health units in the city of Rio de Janeiro, a cross-sectional study was conducted in 2008. The structure of seven Family Health units was directly observed, seven health professionals and 230 pregnant women were interviewed and copies of the women's prenatal cards were obtained. Data were collected by trained professionals and the research instruments were submitted to revision and double keying-in. The evaluation of the structure showed that physical plant and material resources parameters were present for all units studied, according to data obtained through interviews with professionals and direct observation of structure. Preventive maintenance records for weighing-machines showed the smallest conformity. Less than 50% of pregnant women had received the prenatal care card recommended by the Ministry of Health. A lack of human resources and reference of pregnant women to nutritionists were observed. The evaluation of the process showed that assessment and record on the prenatal card of blood pressure and weight and prescription of supplements and blood tests are established parts of routine prenatal care, but indicates either an under-recording on the prenatal card of the height, initial weight, edema, BMI by gestational age and laboratory tests results (hemoglobin and glycemia). A lack of specific orientation on adequate use of the iron supplement, food consumption and weight gain was observed. The results revealed a big demand by prenatal nutritional care and deficiencies in this structure and process in Family Health units. It detaches the importance of correct number of trained professionals in Family Health teams and implantation of Family Health Support Centers, to improve prenatal care. **Key words:** Prenatal Care, Health Evaluation, Process Assessment, Structure of Services, Family Health Program.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas, Quadros e Figuras

Lista de Siglas e Abreviaturas

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Políticas em saúde materno-infantil.....	1
1.2. Situação de saúde materno-infantil no Brasil.....	3
1.3 Estado nutricional do grupo materno-infantil.....	6
1.4. A importância da assistência nutricional durante o pré-natal.....	11
1.5. Avaliação da assistência à saúde	12
1.5.1. Avaliação da estrutura da assistência nutricional no pré-natal em unidades de saúde da família.....	14
1.5.2. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em unidades de saúde da família	16
2. JUSTIFICATIVA	20
3. OBJETIVOS	21
3.1. Objetivo Geral.....	21
3.2. Objetivos Específicos	21
4. SUJEITOS E MÉTODOS	22
4.1. Plano de amostragem.....	22
4.2. Coleta de dados.....	24
4.3. Análise de dados.....	26
4.3.1. Avaliação da estrutura e do processo da assistência nutricional no pré-natal.....	27
4.3.1.1. Avaliação da estrutura da assistência nutricional no pré-natal.....	27
4.3.1.2. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal.....	29
4.4. Questões éticas.....	33
5. RESULTADOS	34
5.1. Artigo 1 - Avaliação da estrutura da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro	35
5.2. Artigo 2 - Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro	50
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
8.1. Anexo 1 - Instrumento de Avaliação da Estrutura.....	91
8.2. Anexo 2 - Instrumento para Entrevista com Gestante.....	121
8.3. Anexo 3 - Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa	142

Lista de Tabelas, Quadros e Figuras

Quadro 1. Frequência absoluta e relativa de equipes de saúde da família implantadas de 1999 até julho de 2007 no Município do Rio de Janeiro, segundo área programática....23

Quadro 2. Procedimentos de assistência nutricional no pré-natal, segundo periodicidade, tipo e fontes de informação.....31

Artigo1

Tabela 1. Caracterização das unidades de saúde da família selecionadas. Rio de Janeiro - RJ, 2008.....41

Figura 1. Número de critérios em conformidade, segundo componentes da estrutura, para cada unidade de saúde da família. Rio de Janeiro - RJ, 200842

Artigo2

Quadro 1. Procedimentos de assistência nutricional no pré-natal, segundo periodicidade, tipo e fontes de informação. Rio de Janeiro - RJ, 2007.....54

Tabela 1. Distribuição das gestantes com informação sobre idade gestacional de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas. Rio de Janeiro - RJ, 2007.57

Tabela 2. Conformidade dos procedimentos de assistência nutricional no pré-natal, segundo registros do cartão de pré-natal. Rio de Janeiro - RJ, 2007.....58

Tabela 3. Conformidade dos procedimentos de assistência nutricional no pré-natal, segundo entrevista com a gestante. Rio de Janeiro - RJ, 2007.....60

Tabela 4. Ganho de peso da última para a penúltima consulta de pré-natal e orientação recebida sobre o ganho de peso. Rio de Janeiro - RJ, 2007.....62

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ELB - Estudos de Linha de Base

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IMC – Índice de Massa Corporal

IOM - *Institute of Medicine*

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

PSMI - Programa de Saúde Materno-Infantil

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

Sisvan - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

WHO – *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

1.1. Políticas em saúde materno-infantil

Com suas origens há pouco mais de 100 anos, a assistência pré-natal, atualmente, é um dos cuidados de saúde mais utilizados¹. Há boas razões para acreditar que o cuidado pré-natal tem desempenhado e continuará a desempenhar um papel importante em manter, relativamente baixas, a morbimortalidade materna e infantil, já que, refletindo o desenvolvimento clínico e tecnológico, está envolvido com a detecção, tratamento e prevenção de desfechos adversos maternos, fetais e do recém-nascido, assim como com intervenções para reduzir o estresse psicossocial, os comportamentos de saúde inadequados, o abuso de substâncias e as condições socioeconômicas adversas¹.

No Brasil, a proteção da saúde materno-infantil tornou-se alvo de políticas governamentais, pela primeira vez, em 1920, desenvolvendo-se nos períodos subsequentes. Destaca-se, nesta evolução histórica, o início do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), primeiro programa de atenção destinado a este grupo, o qual surgiu em 1975, e, nove anos mais tarde, o estabelecimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, com o objetivo de contemplar a mulher em todo o ciclo vital².

Teve início, em 1980, um movimento mundial em favor da humanização do parto e nascimento e, a partir de 1988, o Ministério da Saúde começou a implantar ações no Brasil, que, em conjunto, constituiriam o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)². Este foi instituído no ano de 2000, através da Portaria/GM número 569, com o objetivo de adotar medidas que assegurassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país³.

Aliado a essa política e para aumentar a capilaridade das ações de saúde, em 1993 foi concebido no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo antecessor foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁴.

A primeira experiência de trabalho, em ampla escala, com agentes comunitários de saúde se deu no Estado do Ceará entre 1987 e 1988. A ocorrência de seca em grandes proporções e a necessidade de gerar emprego e renda para a população de regiões em situação mais crítica, levou à contratação de moradores dessas áreas carentes, que, após

treinamento, trabalharam desenvolvendo atividades de promoção de saúde, prioritariamente, na área materno-infantil. Após o período mais crítico da seca, o Programa de Agentes de Saúde foi mantido no Estado, e o papel do agente foi inserido em uma política de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde⁵.

Baseadas nas experiências bem sucedidas no Estado do Ceará, o Ministério da Saúde adotou, em 1991, o PACS, tendo como objetivo principal a redução da mortalidade materna e infantil através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil⁴.

Partindo-se do êxito do PACS, das experiências de supervisão do trabalho do agente comunitário de saúde pelo enfermeiro no Estado do Ceará e do Programa Médico de Família em Niterói, o PSF foi concebido e seu primeiro documento foi divulgado em 1994. A concepção do programa, segundo esse documento, foi de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS, com implantação prioritária nas áreas de risco⁴.

Em 1997, dentro do Plano de Metas do Ministério da Saúde, a Portaria Ministerial 1886/97 priorizou o PACS e o PSF, estimulando sua expansão para todo o território nacional e aprovando suas normas e diretrizes⁶. As equipes de saúde da família foram destinadas a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de uma equipe composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foram destinadas a ser o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, assegurando referência para os diferentes níveis do sistema⁶. Entre as áreas de atenção básica privilegiadas pelas equipes de saúde da família encontram-se a saúde da mulher e da criança^{7,8}.

Outra atitude do Ministério da Saúde que revelou sua preocupação e compromisso com a população materno-infantil, sobretudo com os problemas relacionados à escassez alimentar e à pobreza, foi a aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no ano de 1999⁹. Com relação ao monitoramento da situação alimentar e nutricional, uma das sete diretrizes da PNAN, o grupo materno-infantil foi considerado um grupo prioritário para a ação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), buscando incorporar aos serviços de saúde o monitoramento do estado nutricional de cada usuário e o mapeamento das endemias carenciais, entre elas a anemia e a hipovitaminose A, com detecção da situação de risco, prescrição de ações de prevenção e tratamento⁹.

Para a diretriz da PNAN de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, destaca-se a importância da socialização do conhecimento sobre os alimentos, sobre o processo de alimentação, a prevenção dos problemas nutricionais (desnutrição, carências específicas e sobrepeso/obesidade) e o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo⁹. Referente à diretriz de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, ressalta-se que a política aponta para a atuação tanto relacionada com a desnutrição e carências específicas quanto com sobrepeso, obesidade e doenças crônicas relacionadas à nutrição. A importância de medidas voltadas à educação alimentar, distribuição de alimentos, promoção da saúde e controle dos desvios alimentares e nutricionais é destacada na PNAN⁹.

No ano de 2000, 189 nações, incluindo o Brasil, adotaram metas para combater a fome, pobreza, analfabetismo, doença, degradação do meio ambiente e discriminação contra mulheres, comprometendo-se com os princípios dos direitos humanos e da democracia. Estas metas foram descritas na Declaração do Milênio, que, desde então, foi operacionalizada em oito metas, denominadas Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, dentre os quais se destacam as reduções da taxa de mortalidade de menores de cinco anos em dois terços e da taxa de mortalidade materna em três quartos, que devem ser alcançadas até 2015, utilizando como referência o ano de 1990¹⁰.

Informações divulgadas em 2008 pelo “Countdown Coverage Writing Group”, grupo técnico que acompanha o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pelas nações, apontaram que dos 68 países que contabilizaram 97% das mortes maternas e infantis no mundo em 2005, dezesseis estão na trajetória correta para alcançar a redução da mortalidade infantil, entre eles, o Brasil¹¹.

1.2. Situação de saúde materno-infantil no Brasil

Dados baseados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) revelam que, no Brasil, as taxas de mortalidade infantil, neonatal precoce e tardia têm declinado nos últimos anos e, no ano de 2004, foram de, respectivamente, 22,6, 11,5 e 3,5 por 1.000 nascidos vivos¹². Ressalta-se que no Brasil, no ano de 2004, 50,8% dos óbitos infantis ocorreram até o sexto dia completo de vida¹³.

Ainda com relação às informações de saúde de 2004 obtidas no SINASC, verifica-se que, no Brasil, 8,2% dos nascidos vivos apresentaram baixo peso e 5,1% macrossomia¹³. Em um estudo realizado em uma maternidade pública universitária no Município do Rio de Janeiro, verificou-se uma prevalência de baixo peso ao nascer de 4,7% e, entre as gestantes com IMC pré-gestacional baixo, esta prevalência elevou-se para 15,4%¹⁴. Já para um grupo de gestantes com obesidade pré-gestacional atendidas em um município de São Paulo, encontrou-se uma prevalência de macrossomia (15,3%)¹⁵ bem superior à encontrada para os nascidos vivos no Brasil (5,1%)¹³.

A assistência pré-natal tem sido apontada como um fator protetor importante contra o baixo peso ao nascer¹⁶, óbito fetal¹⁷ e neonatal precoce¹⁸. De maneira geral, os óbitos perinatais refletem a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido¹². Desta forma, melhorar o cuidado pré-natal através da detecção e tratamento de doenças maternas como diabetes e hipertensão e da oferta de orientações para melhorar a nutrição materna tem grande potencial para reduzir as mortes perinatais¹⁹.

Ao analisar os dados oriundos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde para o Brasil, sem a utilização de qualquer correção para o sub-registro, verifica-se uma redução da razão de mortalidade materna de 61,2 para 52,4 por 100.000 nascidos vivos do ano de 1997 para o ano 2000. Para o ano de 2004, com a utilização do fator de ajuste de 1,4, obtido através da investigação realizada pelo “Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos”²⁰, visando corrigir o sub-registro da mortalidade materna, obteve-se uma razão de mortalidade materna de 76,1 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos¹². Esse valor é mais de três vezes o valor máximo admitido pela Organização Mundial de Saúde (20 óbitos/ 100.000 nascidos vivos)²¹.

Um dos fatores fortemente associados à mortalidade e à morbidade materna é o cuidado oferecido, determinado por condições associadas aos profissionais e ao sistema de saúde em que estes estão inseridos. Em um estudo realizado com informações dos anos de 1992 a 2001 em 10 hospitais americanos, encontrou-se que 23% dos casos de morbidade severa e óbitos maternos foram considerados passíveis de serem prevenidos por meio dos profissionais ou sistema de saúde²².

O “Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos” revelou que dos óbitos maternos ocorridos no primeiro semestre de 2002 no Brasil, 67,1% ocorreram por causas obstétricas diretas, ou seja, por complicações de causas ou estados que só ocorrem no ciclo gravídico-puerperal, que são facilmente evitáveis por atenções pré-

natal e ao parto adequadas. As causas obstétricas indiretas, resultantes de doenças pré-existentes ou que se desenvolvem durante a gravidez, sendo agravadas pelo efeito fisiológico da gravidez, foram responsáveis por 25,4% dos óbitos. Destaca-se que 7,5% dos óbitos não tiveram a causa de óbito registrada²⁰.

Quanto aos diagnósticos específicos, preponderam os transtornos hipertensivos, que corresponderam a 24,9% do total de mortes maternas e 37% de todas as mortes obstétricas diretas, com grande destaque para a doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia)²⁰.

Além da mortalidade, o estudo da morbidade materna grave (*near miss*) também é de grande importância, pois permite obter informações valiosas sobre os fatores de risco e os cuidados recebidos durante condições severas e potencialmente fatais, que podem ser fornecidas pelas próprias mulheres, o que pode guiar o serviço a conclusões mais robustas e a uma resposta mais rápida aos problemas encontrados²³.

Dados obtidos por meio de um estudo retrospectivo realizado em um hospital universitário no estado de São Paulo, que utilizou um critério de complexidade de manejo para a definição do *near miss*, apontaram uma razão de *near miss* de 1,4 por 1.000 partos e os principais indicadores de ida para a Unidade de Tratamento Intensivo foram desordens hipertensivas (41%), hemorragia (15%) e sepse (13%)²⁴. Já em outro estudo realizado no estado de São Paulo, que utilizou conjuntamente as definições de Mantel *et al* (1998), baseada em disfunções de sistemas e órgãos²⁵, e Waterstone *et al* (2001), baseada em critérios de doença²⁶, encontrou-se uma razão de morbidade severa de 42,3 por 1.000 partos²⁷. Ao aplicar um sistema de escores de cinco fatores²⁸, foi verificada uma razão de *near miss* de 6,8 por 1.000 partos²⁷.

Em um estudo, ainda mais recente, também realizado no estado de São Paulo, seguindo os critérios clínicos de Waterstone *et al* (2001)²⁶, e reclassificando pelos critérios de Mantel *et al* (1998)²⁵, para identificar situações de maior gravidade clínica, observou-se uma razão de 6,8 por 1.000 partos de morbidade extremamente grave (*near miss*) e de 44,9 casos por 1.000 partos de outras morbidades graves. A maioria dos casos de morbidade materna extremamente grave deveu-se à hemorragia pós-parto e a hipertensão foi o fator determinante, quase exclusivo, dos casos de outras formas de morbidade grave²⁹.

A prevalência de hipertensão arterial referida entre mulheres brasileiras entre 15 e 49 anos foi de 11,8%, segundo resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006³⁰. Para gestantes atendidas em unidades de saúde da família de um município da Paraíba encontrou-se uma prevalência de hipertensão arterial de

8,5%³¹, valor que foi de 8,9% entre puérperas residentes em um município de São Paulo³². Destaca-se que para uma maternidade no Município do Rio de Janeiro encontrou-se uma redução da prevalência de síndromes hipertensivas de 10,3%³³ para 5,8%³⁴ após a implantação do protocolo de acompanhamento nutricional baseado nos princípios do aconselhamento dietético.

Com relação à prevalência de diabetes, observa-se que tal morbidade foi referida por 1,7% das mulheres brasileiras entre 15 e 49 anos, segundo resultados da PNDS de 2006³⁰ e por 1,2% de uma amostra de puérperas residentes em um município de São Paulo³². Entre as gestantes atendidas em uma maternidade do Município do Rio de Janeiro, 1,8% foram diagnosticadas com diabetes *mellitus* gestacional¹⁴.

Já para um grupo de gestantes com obesidade pré-gestacional, foram observadas ocorrências superiores às encontradas na população em geral para diabetes gestacional (19,2%) e hipertensão arterial gestacional (17,3%)¹⁵. Ressalta-se que o desenvolvimento de desordens hipertensivas e diabetes gestacional associam-se à presença de sobrepeso e obesidade pré-gestacional^{14,35,36}.

1.3 Estado nutricional do grupo materno-infantil

Os fatores agravantes das causas da morbimortalidade materna são provenientes de diversos níveis. A baixa situação social das mulheres nos países em desenvolvimento limita seu acesso à educação básica e, em consequência, reduz sua capacidade para tomar decisões com respeito à sua saúde e nutrição. A má nutrição antes e durante a gravidez contribui ao mau estado de saúde materno e é uma razão agravante aos problemas obstétricos e aos desfechos adversos da gravidez³⁷.

A análise da morbimortalidade materna e infantil está incluída entre os métodos indiretos de avaliação do estado nutricional desta população. Outros métodos são utilizados com a mesma finalidade, entre eles, a avaliação dos fatores socioeconômicos e do consumo alimentar, também classificados como indiretos, e os métodos clínicos (exame físico), bioquímicos (exames laboratoriais) e antropometria, classificados como métodos diretos de avaliação do estado nutricional. A antropometria é o método preconizado para a vigilância nutricional e tem como vantagens ser simples, de baixo custo, de fácil aplicação e padronização, além de ser aplicável em todas as fases do ciclo de vida³⁸.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003 revelou que 18,7% das mulheres entre 20 e 24 anos de idade apresentavam excesso de peso, valor que foi

de 26% entre 25 e 29 anos, 34,3% entre 30 e 34 anos, 41,4% entre 35 e 44 anos e 52,6% entre 45 e 54 anos. Já a obesidade, para estas mesmas faixas etárias, exibiu prevalências de 4,7%, 7%, 11,3%, 12,8% e 18,4%, respectivamente³⁹.

Os resultados obtidos na PNDS de 2006 revelaram prevalências de sobrepeso ainda maiores, de 21,5% para mulheres entre 15 e 19 anos, 29,8% para as entre 20 a 24 anos, 40,8% para as entre 25 a 29 anos, 45,2% entre 30 a 34 anos, 53,3% entre 35 e 39 anos, 56,2% entre 40 e 44 anos e 63,2% entre 45 e 49 anos³⁰. A prevalência de obesidade, para essas faixas etárias foi de 4,5%, 10,9%, 15,5%, 17,0%, 19,7%, 20,5% e 29,3%, respectivamente³⁰.

Segundo a POF de 2002-2003³⁹ e a PNDS de 2006³⁰ cerca de 5% das mulheres apresentaram déficit de peso (IMC < 18,5 kg/m²), o que seria compatível, portanto, com a proporção esperada de indivíduos constitucionalmente magros e, assim, não indicativa de exposição da população à desnutrição. Entretanto, ao estratificar esta população segundo faixas etárias, a POF de 2002-2003 encontrou prevalências de déficit de peso de 12,2% entre 20 e 24 anos e 7,3% entre 25 e 29 anos de idade³⁹ e a PNDS de 2006 encontrou uma prevalência de 9,7% entre mulheres de 20 a 24 anos de idade³⁰.

Diferente das medidas antropométricas realizadas em outros períodos da vida, que dizem respeito unicamente ao indivíduo que está sendo acompanhado, espera-se que a antropometria realizada durante a gestação reflita o estado nutricional da mulher e o crescimento do feto. Medidas feitas no início da gestação ou pré-gestacionais podem ser utilizadas para avaliar o estado nutricional da mulher e para prever como ela suportará as demandas fisiológicas da gestação⁴⁰.

A prevalência de baixo peso pré-gestacional mostra variação de acordo com o ponto de corte adotado para classificar o IMC pré-gestacional, verificando-se valores de 25,4% em um ambulatório em Pernambuco⁴¹, 23% em amostra de gestantes atendidas por equipes de saúde da família de um município na Paraíba⁴², 21,3% em um hospital maternidade no Município de São Paulo⁴³, ao utilizar o ponto de corte de Atalah *et al* (1997)⁴⁴, 25,7% em um centro de saúde de Viçosa-MG⁴⁵ e 23% em um hospital no Município do Rio de Janeiro⁴⁶, segundo ponto de corte do IOM (1992)⁴⁷, 6,2% em uma maternidade no Município do Rio de Janeiro¹⁴ e 5,6% em um estudo de corte realizado em unidades do SUS em seis capitais brasileiras (Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Fortaleza e Manaus)⁴⁸, ao utilizar os pontos de corte da WHO (1995)⁴⁰.

A prevalência de sobrepeso e obesidade pré-gestacional, para estes mesmos estudos citados, mostra variação de acordo com a idade das gestantes avaliadas e o

ponto de corte adotado para classificar o IMC pré-gestacional. Para estudos que avaliaram gestantes com 18 anos de idade ou mais e utilizaram o ponto de corte de Atalah *et al* (1997)⁴⁴, observaram-se prevalências de 26%⁴¹, 27%⁴² e 24,1%⁴³. Em estudos que avaliaram um percentual de gestantes adolescentes de, respectivamente, 27,4%⁴⁵ e 20,8%⁴⁶, ao utilizar o ponto de corte do IOM (1992) para o IMC pré-gestacional⁴⁷, verificaram-se prevalências de, respectivamente, 17,4%⁴⁵ e 24,6%⁴⁶. Para dois estudos que avaliaram gestantes adultas e utilizaram os pontos de corte da WHO (1995)⁴⁰ para o IMC pré-gestacional, observaram-se prevalências de 25,4%¹⁴ e 28,8%⁴⁸.

É relevante destacar que os pontos de corte de IMC para a classificação do estado nutricional de mulheres na sexta semana de gestação, segundo Atalah *et al* (1997)⁴⁴ são: $IMC \leq 19,9 \text{ kg/m}^2$ = baixo peso, IMC entre 20,0 e 24,9 kg/m^2 = eutrofia, IMC entre 25,0 e 30,0 kg/m^2 = sobrepeso e $IMC \geq 30,1 \text{ kg/m}^2$ = obesidade. Os pontos de corte de IMC pré-gestacional utilizados para classificar o estado nutricional segundo o IOM (1992)⁴⁷ são: $IMC < 19,8 \text{ kg/m}^2$ = baixo peso, IMC entre 19,8 e 26,0 kg/m^2 = eutrofia, IMC entre 26,0 e 29,0 kg/m^2 = sobrepeso e IMC maior que 29,0 kg/m^2 = obesidade. Já os pontos de cortes de IMC utilizados para classificar o estado nutricional de adultas não grávidas da WHO (1995)⁴⁰ são: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ = baixo peso, IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m^2 = eutrofia, IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m^2 = sobrepeso e $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ = obesidade, valores que levam à menor classificação de gestantes como baixo peso, quando comparados com os utilizados pelo IOM (1992)⁴⁷ e por Atalah *et al* (1997)⁴⁴.

Ressalta-se ainda, que a WHO (1995)⁴⁰ apresenta pontos de corte de IMC para adolescentes não grávidas, segundo faixa etária, que se diferenciam ainda mais dos utilizados para a classificação do estado nutricional de adultas. Ao utilizar os pontos de corte de IMC pré-gestacional de adultas para adolescentes, mais adolescentes são classificadas como baixo peso e menos como sobrepeso.

Amorim *et al* (2008) destacam que há uma variedade de indicadores aplicados para expressar o peso materno e as modificações ocorridas no mesmo durante e após a gestação, o que complica a interpretação e comparação dos achados das pesquisas⁴⁹.

Em uma coorte realizada com gestantes adultas atendidas em serviços de pré-natal do SUS em seis capitais brasileiras, verificou-se que o ganho de peso total, de acordo com o IMC pré-gestacional segundo a classificação da WHO (1995)⁴⁰, foi abaixo do recomendado pelo IOM (1992)⁴⁷ em 37,8% e acima para 29,2%⁴⁸. Diferentemente, para um estudo realizado com gestantes adolescentes (27,4%) e adultas (72,6%) que realizaram o pré-natal em uma unidade de saúde pública do município de

Viçosa – MG, ao utilizar a classificação do IOM (1992)⁴⁷ para definir o IMC pré-gestacional, encontraram-se valores de ganho de peso total abaixo do recomendado para 50,3% e acima do recomendado para 28,1%⁴⁵.

Ao considerar o ganho de peso por trimestres, segundo a recomendação do IOM (1992)⁴⁷ para gestantes com 18 anos de idade ou mais, observa-se que, para o segundo trimestre, o ganho de peso foi excessivo para 38,6% das gestantes atendidas em um hospital maternidade no Município de São Paulo⁴³ e para 44% de gestantes atendidas em unidades de saúde da família de um município da Paraíba^{31,42}, com esses percentuais sofrendo pouca alteração para o terceiro trimestre de gestação. O ganho de peso mostrou-se insuficiente, no segundo trimestre, para cerca de 12% das gestantes atendidas em unidades de saúde da família de um município da Paraíba e, no terceiro trimestre, para 22%^{31,42}.

Com relação ao consumo alimentar, em um estudo transversal realizado com uma amostra de gestantes adolescentes (17,5%) e adultas (82,5%) com sobrepeso ou obesidade pré-gestacional atendidas em um ambulatório de pré-natal de uma instituição beneficente no município de São Paulo-SP, verificou-se que o consumo médio de cálcio foi 49,5% do recomendado para gestação, enquanto o consumo médio de ferro foi 33,1% e o de folato foi 42,7% do preconizado⁵⁰. Para um grupo de gestantes adultas com obesidade pré-gestacional atendidas no Serviço de Nutrição e Dietética de uma maternidade no Estado de São Paulo, o consumo médio de vitamina A esteve abaixo de 80% do recomendado, enquanto a ingestão média de cálcio chegou à metade do preconizado, de ferro foi 41,9% do recomendado e de ácido fólico foi 27,4% do preconizado¹⁵.

Ao observar médias dos quartis das distribuições de consumo de nutrientes durante a gravidez de 1.180 adolescentes que se hospitalizaram por ocasião do parto em maternidades municipais, estaduais, federais, militares, filantrópicos e privadas conveniadas e não conveniadas com o SUS, localizadas no município do Rio de Janeiro, verificou-se que as médias de consumo de ferro estavam abaixo da ingestão recomendada para os quatro quartis, enquanto as médias de consumo de cálcio e folato estavam abaixo do recomendado para os três primeiros quartis⁵¹.

Um estudo transversal realizado em um serviço público de assistência pré-natal em Fortaleza - CE, que também analisou o consumo alimentar de gestantes adolescentes, verificou que 58,2% das dietas atingiam a quantidade adequada de vitamina A⁵².

As prevalências de consumo dietético inadequado de folato encontradas por dois estudos realizados com gestantes adolescentes e adultas em unidades de saúde públicas do Município do Rio de Janeiro foram de 51,3%⁵³ e de 63,7%⁴⁶.

A presença dos dados indicando a inadequação do consumo de nutrientes permite supor a existência de deficiências nutricionais específicas no grupo estudado⁵⁰. Ressalta-se que entre as intercorrências mais prevalentes na gestação, encontram-se carências nutricionais como a anemia e a deficiência de vitamina A¹⁴.

Segundo resultados obtidos na PNDS de 2006, a prevalência de anemia entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva não-grávidas foi de 29,4%, valor que foi de 28,5% para as residentes na Região Sudeste e 39,1% para as residentes na Região Nordeste³⁰. Entre gestantes que fizeram o pré-natal em Viçosa-MG verificou-se uma prevalência de anemia de 21,4%⁴⁵, enquanto um valor muito superior foi encontrado entre mulheres atendidas em um ambulatório em Pernambuco (53,3%), onde a prevalência de parasitose intestinal foi de 30,1%⁴¹.

As estimativas da PNDS de 2006 revelam uma prevalência de níveis de retinol abaixo de 0,70 µmol/L entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva não-grávidas de 12,3%, valor que foi de 14% para as mulheres residentes na Região Sudeste³⁰.

Em uma maternidade do Município do Rio de Janeiro verificou-se uma prevalência de 28,4% de anemia e 18,7% de cegueira noturna em gestantes. Já, para um outro grupo de gestantes, atendido nesta mesma maternidade, que recebeu um cuidado nutricional com ênfase na avaliação nutricional sustentada por um calendário mínimo de consultas com o nutricionista, as prevalências foram de, respectivamente, 16,8% e 6,2%⁵⁴.

As mulheres com anemia grave são mais vulneráveis às infecções durante o parto, correm um maior risco de falecimento devido a hemorragias obstétricas e a riscos graves operatórios em casos de cesariana. Uma grave deficiência de vitamina A pode trazer maior vulnerabilidade às complicações obstétricas e a mortalidade materna³⁷.

A expressiva quantidade de mulheres com desvio ponderal pré-gestacional e/ou ganho de peso excessivo ou insuficiente ao longo da gestação, bem como as prevalências de anemia, deficiência de vitamina A, consumo inadequado nutrientes, síndromes hipertensivas, diabetes, macrosomia e baixo peso ao nascer reforçam a importância da assistência nutricional que favoreça o estado nutricional adequado e minimize os riscos de intercorrências maternas e do recém-nascido.

1.4. A importância da assistência nutricional durante o pré-natal

Os indicadores de saúde disponíveis demonstram a persistência de uma série de agravos determinados por causas evitáveis, refletindo, sobretudo, a precariedade da assistência pré-natal. A ocorrência destes desfechos desfavoráveis da gestação resulta de uma complexa rede de fatores, que abrange, além do serviço de saúde oferecido, determinantes sociais, culturais, psicológicos e biológicos. Portanto, uma adequada assistência pré-natal, pode contribuir para evitar os referidos problemas^{1,55-60}.

Entre os cuidados à saúde da gestante destaca-se a atenção nutricional, pela estreita associação entre estado nutricional pré-gestacional e gestacional e desfechos desfavoráveis para a mulher e para o recém-nascido.

Em um estudo recente, realizado em uma maternidade pública universitária do Rio de Janeiro, verificou-se a presença de associação entre o ganho de peso gestacional total abaixo do recomendado e o baixo peso ao nascer, segundo a avaliação feita com os métodos propostos pelo IOM (1992) e pelo Ministério da Saúde (2005)^{61,62}. Este mesmo estudo, também apontou o IMC pré-gestacional como uma variável preditora do peso ao nascer⁶¹.

Verifica-se associação entre o baixo peso pré-gestacional, o ganho insuficiente de peso e o baixo IMC gestacional com o baixo peso ao nascer^{14,42,45,63,64} e parto pré-termo^{63,64}.

Por outro lado, o sobrepeso e a obesidade pré-gestacionais também se mostram associados ao diabetes gestacional^{35,36}, macrossomia^{35,36}, desordens hipertensivas^{14,35,36}, parto por cesariana³⁶ e parto prematuro³⁶.

Ao comparar as gestantes obesas com as com IMC normal, observa-se nas primeiras, maior frequência de diabetes mellitus, pré-eclâmpsia, indução do trabalho de parto, parto por cesariana de emergência, hemorragia pós-parto, infecção do trato genital, infecção do trato urinário, recém-nascidos grandes para a idade gestacional e morte intrauterina⁶⁵. Mulheres com obesidade gestacional, diabetes pré-existente e que desenvolveram diabetes gestacional, mostram maior chance de ter filhos com macrossomia, o que se associa a um prolongado trabalho de parto, cesarianas de emergência, hemorragia pós-parto, índice de Apgar menor que quatro e admissão em unidade de cuidado especial para o recém-nascido⁶⁶.

Um ganho de peso gestacional excessivo também se mostra associado com aumento da prevalência de macrossomia⁶³, parto pré-termo⁶³, parto por cesariana⁶³,

maior propensão à retenção de peso no pós parto^{40,63,67} e um aumento do risco de apresentar doenças crônicas futuras⁴⁰.

Quanto ao efeito suplementação de ferro para gestantes, duas revisões sistemáticas apontaram que há evidência clara da melhora dos índices hematológicos nas mulheres recebendo suplementação de ferro de rotina, o que justifica a suplementação em populações nas quais a deficiência de ferro é comum^{68,69}.

A carência de cálcio parece incrementar o risco de a mulher desenvolver eclâmpsia e pré-eclâmpsia durante a gravidez³⁷. Ensaios randomizados comparando a ingestão de no mínimo 1 grama/dia de cálcio durante a gestação com o placebo, apontam que o risco de hipertensão e pré-eclâmpsia foi reduzido com a suplementação de cálcio, quando comparado com o placebo, porém, tal efeito protetor foi maior para mulheres com baixa ingestão de cálcio⁷⁰.

Referir recebimento de informações sobre alimentação durante o pré-natal e mudança na alimentação durante a gestação relacionam-se a melhores resultados no consumo de energia e nutrientes⁵¹, assim como uma adesão boa ou ótima da gestante ao acompanhamento nutricional tem mostrado associação positiva com a adequação do ganho de peso gestacional total³⁴.

Além da melhora no consumo de energia e nutrientes e no ganho total de peso, também tem sido verificado que o cuidado nutricional, com ênfase na avaliação nutricional sustentada por um calendário mínimo de consultas com o nutricionista, associa-se com a redução da prevalência de anemia e cegueira noturna⁵⁴.

Destaca-se, desta forma, que a provisão do cuidado nutricional apropriado e resolutivo à gestante no pré-natal é uma ação básica com grande potencial para prover uma resposta mais positiva sobre a sobrevivência e qualidade de vida da mãe, bem como da criança⁷¹. Portanto, é necessário avaliar quais procedimentos de assistência nutricional recomendados pelo Ministério da Saúde estão, realmente, sendo oferecidos às gestantes.

1.5. Avaliação da assistência à saúde

Segundo Contandriopoulos *et al* (1997), “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”⁷².

A avaliação, na concepção de Michael Scriven (1966), pode ser classificada em sumativa e formativa. A primeira objetiva verificar se as metas de um programa já

consolidado estão sendo cumpridas, enquanto a segunda avalia um programa em andamento, objetivando melhorá-lo⁷³.

Para Habicht *et al* (1999), a adequação dos programas de saúde pública pode ser verificada através de estudos de avaliação de oferta, de utilização, de cobertura e de impacto. Podem-se fazer avaliações de oferta para verificar se determinado insumo ou procedimento está disponível no serviço de saúde, e posteriormente, de utilização para verificar se a população está fazendo uso do mesmo. Em um terceiro estágio, podem-se incluir estudos de adequação de cobertura, para acessar se a população alvo está sendo beneficiada e, em seguida, avaliar o impacto, por exemplo, ao mostrar uma redução de um agravo na população após a introdução de um programa⁷⁴.

Dhalia e Díaz-Bermúdez (2007) destacam como componente do índice de adequação do serviço, a dimensão da conformidade⁷⁵, a qual pode ser entendida como a avaliação do cumprimento de normas estabelecidas, da adequação do cuidado oferecido às necessidades dos beneficiários e da qualidade técnico-científica dos serviços^{72,75,76}.

Donabedian (1988) salienta que para medir a qualidade de um serviço de saúde, a definição de qualidade deve ser traduzida em representações mais concretas, que sejam capazes de ser quantificadas⁷⁷, ou seja, para sua dimensão objetiva⁷⁸. Estas representações são critérios e padrões de estrutura, processo e resultado dos serviços, que, idealmente, devem derivar de um conhecimento cientificamente validado, ou, na ausência deste, devem representar o melhor critério aceito na atualidade⁷⁷. A esta forma de avaliação, que consiste em comparar os recursos empregados, os serviços produzidos e os resultados obtidos com critérios e normas pré-estabelecidos, denomina-se avaliação normativa⁷².

Com base no referencial teórico de Donabedian (1988), a dimensão da estrutura é representada por insumos, recursos humanos e estrutura organizacional; a dimensão do processo, por cuidados realmente oferecidos pelos profissionais e recebidos pelos clientes; a do resultado por efeitos do cuidado no estado de saúde de clientes e populações. Para Donabedian (1988), são possíveis essas três aproximações para acessar a qualidade do serviço de saúde, apenas porque uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom desfecho⁷⁷.

Destaca-se que não há oposições entre os modelos de Donabedian (1988) e Habicht *et al* (1999), visto que, os indicadores de estrutura e processo do primeiro correspondem ao de oferta do segundo. Porém, vale ressaltar que Habicht *et al* (1999) têm um enfoque mais voltado para a saúde pública, em que a população alvo é o grupo

populacional a ser atingido pelo programa, enquanto Donabedian (1988) volta-se para a avaliação de serviços, tendo como população alvo os usuários do serviço⁷⁹.

A realização de avaliações no serviço de saúde é de extrema importância para identificar os possíveis pontos fortes e fracos na implantação dos programas, fazer as correções necessárias nos planos de ação e subsidiar decisões gerenciais no serviço de saúde^{75,80}.

1.5.1. Avaliação da estrutura da assistência nutricional no pré-natal em unidades de saúde da família

Não existe uma norma única, bem definida e padronizada para avaliar a estrutura das unidades de saúde da família. Para fazer esse tipo de avaliação, utilizam-se materiais divulgados pelo Ministério da Saúde e legislações Brasileiras como a Portaria número 648/06 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica⁸¹, a Portaria número 1587/02, que fornece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais⁸², o Manual de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde⁸³, o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde⁸⁴, o Guia Prático do Programa Saúde da Família⁷ e instrumentos de coleta de dados utilizados no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)⁸⁵ e nos Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf)⁸⁶.

A Portaria 648/06 aponta que a equipe de saúde da família deve ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), com um máximo de 750 pessoas por ACS⁸¹.

Para a implantação das equipes de saúde da família é necessária a existência de uma unidade básica de saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento da equipe de saúde da família⁸¹.

Essa unidade básica de saúde deve possuir, minimamente, uma sala de recepção/espera, sala de reunião e educação em saúde^{7,84}, equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas⁸¹ e um consultório médico e de enfermagem^{81,84}. O consultório deve ser compartilhado pelos profissionais da equipe, obedecendo a uma programação previamente estabelecida. O mesmo não é exclusivo do médico ou do enfermeiro, uma vez que a equipe de saúde da família é multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar executando atividades intra e extra muro⁸⁴.

A equipe de saúde da família deve garantir o fluxo de referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar e deve fazer a manutenção regular de estoque dos insumos necessários⁸¹.

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) foi criado a partir de uma reformulação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), para que, nos anos de 2004 e 2005, a avaliação pudesse ser aplicada nas diversas complexidades do serviço de saúde⁸⁵. O instrumento utilizado no PNASS possui quatro dimensões avaliativas, entre elas, o roteiro de padrões de conformidade. Esta dimensão foi dividida em três blocos: gestão organizacional (I), apoio técnico e logístico (II) e gestão da atenção à saúde (III)⁸⁵.

Os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf), realizados no Brasil a partir de 2005, também fazem parte de iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde voltadas para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde⁸⁷. O instrumento para levantamento de informações nos estabelecimentos de saúde utilizado no estudo “Desenvolvimento de estudos de linha de base nos municípios selecionados para o componente I do PROESF – Região Sudeste II” foi composto de treze blocos: identificação do estabelecimento (b1), caracterização geral do estabelecimento (b2), o estabelecimento, o território e a rede de serviços de saúde (b3), perfil de serviços, capacidade instalada e equipamentos (b4), direção do estabelecimento (b5), modelo organizacional e gerencial (b6), instrumentos e práticas gerenciais (b7), gestão de recursos humanos (b8), práticas de saúde e qualidade assistencial (b9), tecnologia de informações e registros de saúde (b10), mecanismos de avaliação (b11), considerações adicionais do dirigente (b12) e condições de registro da amostra de consultas (b13)⁸⁶.

Com relação à avaliação da estrutura disponível para a assistência, no bloco de “perfil de serviços, capacidade instalada e equipamentos” do instrumento utilizado no PROESF, é solicitada a indicação do número de consultórios e/ou salas disponíveis para cada uma das especialidades, dos equipamentos disponíveis (balança para adulto, pediátrica entre outros) e dos tipos de exames realizados no laboratório de análises clínicas (hematologia e bioquímico)⁸⁶.

No bloco de “modelo organizacional e gerencial”, pergunta-se sobre a manutenção preventiva de equipamentos e solicita-se que seja classificada a disponibilidade de medicamentos, entre eles, os suplementos minerais (sulfato ferroso) e vitamínicos (ácido fólico)⁸⁶.

O Manual de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde cita, entre os medicamentos essenciais na atenção pré-natal, o ácido fólico e sulfato ferroso⁸³. Estes, também se encontram entre os medicamentos considerados essenciais pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, e, portanto a gestante tem garantido o seu acesso pela Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde⁸². Ressalta-se que no bloco de gestão da atenção à saúde (III) do instrumento de avaliação do PNASS, também é descrito como critério necessário que o estabelecimento adote estratégias que garantam o fornecimento de medicamentos para os usuários⁸⁵.

No bloco de “práticas de saúde e qualidade assistencial” do instrumento utilizado no PROESF, pergunta-se que tipos de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos são adotadas no estabelecimento, incluindo para o grupo de gestantes⁸⁶. Este tema também é abordado no instrumento de avaliação do PNASS, no bloco de “apoio técnico e logístico” onde se aponta como critério recomendável a oferta permanente de ações de educação em alimentação e nutrição⁸⁵.

Vale destacar que, junto com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), os Estudos de Linha de Base (ELB), as legislações brasileiras e os manuais do Ministério da Saúde aparecem como componentes importantes para o processo de institucionalização da avaliação em saúde no Brasil.

1.5.2. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em unidades de saúde da família

Entre as atividades que a equipe de saúde da família deve desempenhar destaca-se o acompanhamento do pré-natal de baixo risco⁷, o qual deve ser realizado segundo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A assistência pré-natal foi normatizada em 1986 por meio do Manual de Pré-natal de Baixo Risco⁸⁸, e vem sendo atualizada, ao longo do tempo, considerando a evolução das evidências científicas e das recomendações internacionais⁸³. A última versão das normas implantadas no sistema de saúde foi publicada no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério de 2005⁸³, porém, atualmente, para a oferta de uma assistência nutricional mínima no pré-natal é necessário conciliar as recomendações de três manuais do Ministério da Saúde: Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério⁸³, Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional⁸⁹, e Guia Alimentar para a População Brasileira⁹⁰.

Os manuais de assistência pré-natal têm a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde⁸³. Realmente, acredita-se que os serviços de saúde oferecidos influenciem, diretamente, os desfechos gestacionais e, por isso, as atividades preconizadas nos manuais são consideradas componentes essenciais para a oferta de uma atenção mínima de qualidade⁹¹, de forma que o Ministério da Saúde recomenda que secretarias estaduais e municipais de saúde coloquem em prática as normas presentes em seus manuais e avaliem a aplicação das mesmas⁸³.

As intervenções nutricionais recomendadas para o pré-natal se estruturam no sentido de prevenir, diagnosticar e tratar os distúrbios nutricionais pré-gestacionais (baixo peso, sobrepeso/obesidade), gestacionais (ganho de peso inadequado), carência nutricional específica (anemia) e também rastrear e cuidar das intercorrências da gestação (hipertensão arterial e diabetes gestacional)⁸³. Ressalta-se, entretanto, a inexistência no Manual⁸³ de um método diagnóstico para detectar a hipovitaminose A.

Entre as recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, já incluídas na versão do manual de 2005, encontra-se que o número mínimo de consultas de pré-natal deve ser de seis, preferencialmente, uma com até 120 dias de gestação, duas no segundo trimestre de gestação e três no último trimestre⁸³.

É recomendado pelo Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério que o peso da gestante seja aferido em todas as consultas de pré-natal, enquanto a estatura da gestante adulta (idade > 19 anos) seja aferida apenas na primeira consulta e a da gestante adolescente (\leq 19anos) seja aferida trimestralmente⁸³. Ressalta-se que a utilização de técnicas adequadas na aferição de peso e estatura, assim como a manutenção adequada dos equipamentos, contribui na garantia da qualidade das medidas coletadas⁸³.

É normatizado que na primeira consulta sejam realizados, além da determinação e registro do peso e estatura atuais, os seguintes procedimentos: registro do peso pré-gestacional, medida de pressão arterial, pesquisa de edema, solicitação de exames de hemoglobina/hematócrito e de glicemia de jejum⁸³.

Ainda na primeira consulta, a gestante deve ter seu estado nutricional inicial classificado em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), que poderá ser calculado com o peso pré-gestacional referido ou com o peso aferido até a 13ª semana de gestação⁸³.

A antropometria deve ser realizada conforme discriminado no Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional, publicado em 2004⁸⁹. Nesse mesmo manual, o Ministério da Saúde recomenda os pontos de corte e classificação de IMC para

mulheres adultas não grávidas estabelecidos pela WHO (1995): IMC < 18,5 kg/m² = baixo peso, IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m² = eutrofia, IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m² = sobrepeso e IMC > 30 kg/m² = obesidade. Para adolescentes não grávidas, é recomendada a classificação percentilar do IMC segundo idade e sexo do padrão de referência National Health and Nutrition Examination Survey - NHANES II⁸⁹.

Para as gestantes sem informação sobre peso pré-gestacional, recomenda-se a utilização da classificação do estado nutricional inicial com base no IMC e idade gestacional na primeira consulta⁸³.

Recomenda-se que, na primeira consulta, o IMC inicial seja calculado e marcado no gráfico de IMC por semanas de gestação e que seja feita a previsão de ganho de peso para a gestante até o fim da gestação, com base em faixas de ganho de peso, segundo seu estado nutricional inicial. As faixas de ganho de peso total recomendadas pelo IOM (1992)⁴⁷ e adotadas pelo Ministério da Saúde (2005)⁸³ são: 12,5-18 kg, 11,5-16 kg, 7-11,5 kg e 7 kg, para gestantes com baixo peso, eutróficas, com sobrepeso e obesidade, respectivamente. No primeiro trimestre, recomenda-se um ganho de peso de 2,3 kg para mulheres com baixo peso, 1,6 kg para eutróficas e 0,9 kg para mulheres com sobrepeso. No segundo e terceiro trimestres de gestação recomenda-se um ganho semanal médio de 0,5 kg para gestantes com baixo peso, 0,4 kg para eutróficas e 0,3 kg para aquelas com sobrepeso e obesidade.

Vale ressaltar que na presente proposta do Ministério da Saúde, nas situações em que a gestante já atingiu o ganho de peso final sugerido antes do término da gravidez, segundo seu IMC inicial, não é previsto um ganho de peso semanal mínimo ou modesto, o qual tem grande utilidade na prática clínica⁹².

O Ministério da Saúde destaca ainda que o método de classificação do estado nutricional na gestação, apesar de não ter sido concebido para gestantes adolescentes, devido ao crescimento e à imaturidade biológica nesta fase do ciclo de vida, pode ser utilizado para as mesmas, desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade deste grupo⁸³.

Indica-se como roteiro das consultas subsequentes, a interpretação dos exames laboratoriais, a verificação de presença de edema, a aferição da pressão arterial e do peso, o cálculo do IMC atual, seguido de registro no gráfico de IMC por idade gestacional, a verificação da adequação do ganho de peso da gestante e a oferta de orientação alimentar⁸³.

O Manual do Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde⁸³ não contém orientações nutricionais gerais que devem ser oferecidas para as gestantes, descrevendo apenas as orientações alimentares para solucionar sintomas digestivos⁸³. As orientações nutricionais básicas só estão presentes no “Guia Alimentar para a População Brasileira”, produzido pelo Ministério da Saúde, o qual aponta sete diretrizes para a obtenção de uma alimentação adequada para a população e, em alguns momentos, especifica sobre a alimentação para a gestante⁹⁰.

A primeira diretriz discursa sobre a importância de consumir refeições com alimentos variados, com tipos e quantidades adequadas às fases do curso da vida e a segunda ressalta a importância de consumir a quantidade adequada de cereais, tubérculos e raízes para garantir grande parte da energia total diária da alimentação. A terceira diretriz do guia discorre sobre a importância de toda a família consumir, diariamente, três porções de verduras e legumes e três porções de frutas, com vistas a atender as necessidades diárias de vitaminas, minerais e fibras; A quarta ressalta a importância de consumir uma porção diária de feijão, o qual também é rico em fibra alimentar, vitaminas do complexo B, ferro e outros minerais. A quinta diretriz destaca que gestantes devem consumir três porções de leite por dia e uma porção de miúdos (vísceras) por semana. A sexta diretriz recomenda a redução do consumo de alimentos com alta concentração de sal e a sétima incentiva o consumo de água⁹⁰.

Com relação ao uso de suplementos minerais e vitamínicos, o Manual de Pré-natal e Puerpério preconiza a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação, sendo que o sulfato ferroso deve ser ingerido uma hora antes das refeições⁸³.

O Manual do Ministério da Saúde também destaca que as condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados no prontuário e no cartão da gestante⁸³. O cartão da gestante é um instrumento de registro, assim como o prontuário, porém o mesmo deve estar sempre com a gestante, a qual deve ter informações claras sobre o uso deste. A correta utilização do mesmo é importante para garantir o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência e permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério⁸³.

Entretanto, para o uso adequado do cartão da gestante, o registro de todas as avaliações com qualidade, de forma abrangente e racional é importante, por facilitar a comunicação de informações entre as equipes de saúde, principalmente entre a equipe que faz o atendimento pré-natal e a responsável pelo parto. Reforça-se, desta forma, a

grande responsabilidade profissional que envolve o preenchimento dos registros no cartão da gestante⁹³.

2. JUSTIFICATIVA

O município do Rio de Janeiro apresentava em 2004, uma cobertura de 3,4% da população assistida pela estratégia de saúde da família⁹⁴, com a atuação de 59 equipes de saúde da família implantadas. Utilizando projeções intercensitárias para a população residente no Município¹³ e dados sobre o número de cidadãos cobertos pelas equipes de saúde da família, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, estima-se que a cobertura populacional para o ano de 2009 tenha aumentado para 12,2%, com 222 equipes implantadas. Ressalta-se que o papel das equipes de saúde da família na extensão da cobertura da assistência pré-natal tem sido demonstrado⁹⁵.

Estudos realizados no Sudeste brasileiro mostram que a cobertura pré-natal alcança mais de 95% das gestantes^{58,59}, enquanto informações ainda mais recentes, obtidas na PNDS de 2006, revelaram uma cobertura de 99,8%³⁰.

No Brasil, tem sido registrado um aumento da razão entre o número de consultas de pré-natal, realizadas por médicos e enfermeiros, e o número de partos no SUS, partindo de 3,4 consultas por parto em 2000 para 6,1 consultas por parto em 2007¹³. Dados da PNDS de 2006 apontam que a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, ocorreu em 80,9% das gestações no Brasil, com a melhor situação registrada na região Sudeste (88,2%)³⁰.

Apesar de ser verificada a ampliação na cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família e o aumento do número de consultas da assistência pré-natal é evidente a persistência de problemas associados à qualidade da assistência pré-natal oferecida. Tal comprometimento pode ser destacado pela predominância das causas obstétricas diretas no padrão de mortalidade materna no Brasil²⁰ e pelo fato de um pequeno percentual de mulheres estar recebendo as atividades assistenciais mínimas preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento^{59,96,97}. Essas informações indicam que a realização do conjunto das atividades mínimas preconizadas é o maior desafio na atenção pré-natal⁹⁶ e apontam para a necessidade de permanentes avaliações com o objetivo de melhorar a qualidade da mesma.

Supõe-se que os problemas existentes na assistência pré-natal estejam relacionados a uma série de questões, como: quantitativo insuficiente de recursos humanos⁹⁸, não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais^{99,100}, não

preenchimento de registros¹⁰⁰, deficiências na notificação de dados⁹⁹, dificuldades no processo de trabalho dos profissionais, não realização de trabalhos educativos⁹⁹, fragilidade do vínculo estabelecido com a mulher, fragmentação e desarticulação do cuidado¹⁰¹, falta de equipamentos e/ou outros insumos^{99,101} e falhas no sistema de referência^{98,101}.

No que diz respeito à avaliação da qualidade da assistência nutricional pré-natal, a grande parte dos estudos revela dados com dimensões parcialmente incompletas, que compreendem: realização de pesagem^{59,93,97,100,102,103,104,105}, aferição de pressão arterial^{59,93,97,100,102,103,104,105}, solicitação de hemograma^{59,93,97,100,102,103,104,105,106} e de glicemia de jejum^{59,93,97,104,105}.

Verifica-se uma menor divulgação de estudos que avaliam aferição de estatura¹⁰⁴, verificação de edema^{93,100}, oferta de orientação alimentar^{104,106}, utilização de sulfato ferroso¹⁰⁶, utilização de ácido fólico^{53,107}, sulfato ferroso e ácido fólico disponíveis no SUS^{100,105}, dificuldades quanto à utilização do gráfico do estado nutricional¹⁰⁰, presença e preenchimento do mesmo⁵⁹.

Tendo em vista a importância da assistência nutricional no pré-natal e a carência de estudos que avaliem sua estrutura e processo no atendimento pré-natal oferecido por equipes de saúde da família, mostra-se necessário fazer esta avaliação, para subsidiar os gestores de saúde com informações para que os mesmos possam guiar seus próximos passos e intervir em situações insatisfatórias.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

Avaliar a conformidade da estrutura e do processo da assistência nutricional oferecida durante o pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro, segundo as recomendações do Ministério da Saúde.

3.2. Objetivos Específicos:

a) Descrever as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das gestantes entrevistadas nas sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro;

b) Descrever a conformidade da estrutura disponível nas sete unidades de saúde da família para a assistência nutricional no pré-natal, com base na planta física das unidades, recursos humanos, recursos materiais, normas e rotinas e sistema de referência;

c) Descrever a conformidade do processo da assistência nutricional oferecida nas sete unidades de saúde da família durante o pré-natal, com base em informações sobre aferição e registro das medidas antropométricas, de pressão arterial e registro de presença de edema, solicitação de exames e registro de resultados, suplementação de vitaminas e minerais e orientações alimentares e sobre a adequação do ganho de peso.

4. SUJEITOS E MÉTODOS

O presente trabalho faz parte do estudo interinstitucional “Avaliação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro”, financiado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pelo PAPES /FIOCRUZ, pelo CNPq e pela área técnica de saúde do adolescente do Ministério da Saúde.

Foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Epidemiologia e Avaliação de Programas sobre a Saúde Materno Infantil”, representado por pesquisadores do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ e do Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ, com participação de pesquisadores da Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O estudo teve como principal objetivo avaliar a qualidade da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro. Para isso foi selecionada uma amostra da cidade, composta por unidades de saúde do SUS, incluindo Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Casa de Parto e Unidades de Saúde da Família.

4.1. Plano de amostragem

Este estudo utiliza somente o estrato referente às Unidades de Saúde da Família. Para a obtenção da amostra neste estrato, foram selecionadas seis unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro, utilizando-se quatro critérios de seleção, aplicados segundo informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

1) Buscou-se contemplar as seis regiões da cidade do Rio de Janeiro com maior expansão da estratégia de saúde da família até julho de 2007, ou seja, as áreas programáticas (AP) 3.1 (Ramos, Penha, Ilha, Complexo do Alemão e Maré), 3.3 (Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna), 4.0 (Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus), 5.1 (Bangu e Realengo), 5.2 (Campo Grande e Guaratiba) e 5.3 (Santa Cruz);

Quadro 1. Frequência absoluta e relativa de equipes de saúde da família implantadas de 1999 até julho de 2007 no Município do Rio de Janeiro, segundo área programática.

Área Programática	Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas de 1999 até 2007	%
3.1	34	21,8
5.1	31	19,9
3.3	26	16,7
5.3	24	15,4
5.2	23	14,7
4.0	9	5,8
2.2	7	4,5
2.1	1	0,6
1.0	1	0,6
Total	156	100,0

2) Considerou-se que tais unidades deveriam ter sido implantadas até seis meses antes do início da coleta de dados, para que fossem avaliadas rotinas já estabelecidas no serviço.

3) As unidades de saúde da família deveriam ter mais de três equipes de saúde da família, segundo informações de julho de 2007 fornecidas pela SMS. Deu-se preferência para as com um maior número de equipes, para ser obtido um número suficiente de gestantes elegíveis no período de tempo planejado para a coleta de dados.

4) A comunidade na qual a unidade está inserida não poderia ser considerada área de alta violência no período da coleta de dados, para que os entrevistadores e supervisores da pesquisa não fossem colocados em risco.

A AP 5.3 não pôde ser contemplada por não cumprir o quarto critério de seleção, sendo incluída outra unidade da AP 3.1, área de maior expansão da estratégia de saúde da família. A unidade selecionada da AP 5.1, no período da coleta de dados dividiu-se em duas e ambas foram contempladas nessa amostra, que passou a ser composta de sete unidades de saúde da família.

Para o cálculo da amostra de gestantes foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de significância de 5%, proporção de adequação da assistência pré-natal no Município do Rio de Janeiro de 50%⁵⁸, margem de erro de 5,2% e o valor sofreu correção para a população finita (649 atendimentos/mês), totalizando 230 entrevistas. O número de entrevistas foi dividido entre as sete unidades de saúde da família de forma proporcional ao número mensal médio de consultas realizado em cada unidade.

Para a seleção das unidades secundárias de amostragem (gestantes), realizou-se uma estratificação por turno, considerando o turno da manhã de 7 às 12 horas e o turno da tarde de 12 às 17 horas. Dentro de cada estrato (turno), as gestantes foram selecionadas, sistematicamente, segundo ordem de saída das consultas de pré-natal, até completar a amostra prevista para cada unidade de saúde da família. Antes de serem iniciadas as consultas de pré-natal nas unidades selecionadas, os entrevistadores verificavam o número de gestantes que seriam atendidas no turno e dividiam o mesmo por seis (número máximo de gestantes a serem entrevistadas por turno) e, assim, era obtido o intervalo para a seleção sistemática das mulheres.

4.2. Coleta de dados

Foram entrevistadas gestantes, no período de janeiro a agosto de 2008, com qualquer idade gestacional, que tiveram consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro nas sete unidades de saúde da família selecionadas e excluídas as que só participaram da triagem ou que tiveram atendimento de urgência.

Foram entrevistados, no período de outubro a novembro de 2008, um médico ou enfermeiro de cada unidade de saúde da família e foi realizada a observação direta da estrutura das sete unidades.

No estudo foram utilizados três tipos de instrumento para a obtenção das informações sobre estrutura e processo da assistência nutricional:

1) Instrumento de verificação da estrutura das unidades de saúde da família:

Foi criado um instrumento específico para a pesquisa devido à indisponibilidade de outro que sintetizasse os aspectos relativos à planta física, recursos humanos, recursos materiais, normas e rotinas e sistema de referência, necessários para a avaliação da estrutura da assistência pré-natal. O mesmo foi desenvolvido a partir da

conjugação de questões do “Instrumento para levantamento de informações nos estabelecimentos de saúde utilizado na pesquisa Desenvolvimento de Estudo de Linhas de Base nos Municípios Seleccionados do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - Região Sudeste 2”⁸⁶ e do instrumento do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde⁸⁵. Foi aplicado por meio de entrevista com o médico ou enfermeiro de saúde da família e de observação direta da estrutura das unidades.

2) Instrumento de entrevista com gestantes:

Foi desenvolvido para verificar características demográficas, socioeconômicas e obstétricas das gestantes e avaliar o cumprimento das normas do Ministério da Saúde para a assistência nutricional, descritas no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério⁸³, no Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional⁸⁹ e no Guia Alimentar para a População Brasileira⁹⁰. A inclusão de cada módulo no instrumento foi discutida por pesquisadores com experiência em saúde materno-infantil e atenção nutricional pré-natal.

O instrumento foi pré-testado, visando apresentar uma linguagem simples e de fácil compreensão e a inclusão, nas questões fechadas, de todas as opções possíveis. Foi composto, em sua maioria, de questões fechadas com a opção “outros” aberta para posterior categorização. Foram utilizadas questões espontâneas e estimuladas. No primeiro tipo, a mulher respondia livremente e o entrevistador categorizava as respostas, e no segundo, as opções eram lidas para a escolha da entrevistada.

3) Instrumento adicional para verificar o cumprimento das normas para a assistência nutricional:

Os cartões de pré-natal das gestantes foram fotocopiados, em unidades que dispunham de máquinas de fotocópia, ou foram transcritos manualmente.

A equipe de campo responsável pela aplicação dos instrumentos foi constituída de seis supervisores e 36 entrevistadores, que eram estudantes universitários ou profissionais das áreas de saúde ou humanas, os quais passaram por treinamentos teóricos e práticos.

O estudo piloto apresentou duração de uma semana e foi realizado em três unidades de saúde. A supervisão da realização das entrevistas e transcrição dos cartões foi feita pelos pesquisadores e equipe de supervisores de campo.

Antes de começar o estudo em cada unidade de saúde da família, os supervisores realizaram uma visita para apresentar a pesquisa, obter informações sobre o funcionamento da unidade e receber o consentimento para o início do trabalho de campo.

Durante o trabalho de campo, todos os entrevistadores foram supervisionados e dois treinamentos de reforço foram realizados. As dúvidas levantadas sobre a coleta de dados eram dirimidas diretamente com os supervisores e, se necessário, com os pesquisadores do núcleo coordenador. Ocorria, então, a padronização do procedimento e divulgação imediata do mesmo para toda a equipe de campo.

Cada instrumento, após o preenchimento, passou por três etapas de revisão, sendo a primeira realizada pelo próprio entrevistador, seguida pelo supervisor de campo e por revisores treinados exclusivamente para essa tarefa. Todos os questionários preenchidos passaram por dupla digitação, para avaliação da concordância, e as questões discordantes foram confirmadas diretamente nos questionários pelos revisores, para obtenção da informação correta.

4.3. Análise de dados

Para a análise dos dados, inicialmente, foi apresentada a frequência absoluta e relativa de gestantes entrevistadas de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas (idade, raça/cor, escolaridade, situação de trabalho, situação conjugal, número de pessoas no domicílio, indicador de bens, recebimento do benefício bolsa família, paridade, idade gestacional (IG) no início do pré-natal e IG no dia da entrevista).

A medida de nível socioeconômico, de acordo com a presença de patrimônio do lar, também chamado indicador de bens, foi calculada da seguinte maneira:

$$IB = \sum (1 - f_i) b_i$$

i varia de 1 a 10 patrimônios; b_i igual a 1 ou zero, respectivamente na presença ou ausência de rádio, geladeira ou freezer, aparelho de DVD ou videocassete, máquina de lavar roupa, micro-ondas, telefone fixo, computador, televisão, carro particular e ar condicionado. O peso atribuído à presença de cada item foi o complemento da frequência relativa (f_i) de cada item na amostra total. Então, quanto mais rara a presença do item, maior o peso atribuído a ele. Este indicador de bens é uma adaptação do

utilizado por Szwarcwald *et al* (2005)¹⁰⁸, que incluiu, entre os bens analisados, o telefone celular e a máquina de lavar louça e não incluiu os bens aparelho de DVD, videocassete, ar condicionado e freezer.

4.3.1. Avaliação da estrutura e do processo da assistência nutricional no pré-natal

Foi utilizado como referencial teórico o modelo desenvolvido por Donabedian (1988)⁷⁷ de avaliação dos serviços de saúde. Caracterizou-se como uma avaliação normativa⁷² e formativa⁷³ da estrutura e do processo da atenção nutricional no pré-natal. Foi verificada a conformidade da estrutura das unidades de saúde e atividades de assistência nutricional oferecidas durante o pré-natal, com base em observação direta da estrutura, entrevista com médicos/enfermeiros de saúde da família e gestantes e registros presentes no cartão de pré-natal das gestantes, com critérios e normas pré-determinados pelo Ministério da Saúde, escolhidos por serem entendidos como padrões mínimos esperados para a assistência de qualidade.

A conformidade foi entendida como a consonância da estrutura e do processo ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme definição de Dhalia e Diaz-Bermudez (2007)⁷⁵.

4.3.1.1. Avaliação da estrutura da assistência nutricional no pré-natal

Na ausência de uma norma única bem definida e padronizada para avaliar a estrutura da assistência nutricional oferecida pelas unidades de saúde da família, foram utilizados nesse processo, materiais divulgados pelo Ministério da Saúde e legislações brasileiras como a Portaria 648/06 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica⁸¹, a Portaria 1.587/02 que fornece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais⁸², o Manual de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (2005)⁸³, o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde⁸⁴ e o Guia Prático do Programa Saúde da Família⁷.

Os critérios selecionados para a avaliação da estrutura foram divididos em cinco componentes: (1) planta física, (2) recursos humanos, (3) recursos materiais, (4) normas e rotinas e (5) sistema de referência. Essa classificação é uma adaptação das “áreas alvo de avaliação” descritas por Silveira *et al* (2001)¹⁰⁰.

Os quatro critérios incluídos no componente “planta física” foram obtidos por meio de observação direta da estrutura (presença de sala de espera, sala de atividades

educativas, um consultório multiprofissional por equipe de saúde da família e dispensário de medicamentos).

Os seis critérios incluídos no componente “recursos humanos”, os quais abrangem normas presentes na portaria 648/06⁸¹, foram obtidos por meio de entrevista com profissionais de saúde da família (participação dos profissionais de saúde em programas de capacitação desenvolvidos pela Secretaria de Saúde, presença de um médico, um enfermeiro e um auxiliar/técnico de enfermagem por equipe de saúde da família, um agente comunitário de saúde para no máximo 750 habitantes cobertos e uma equipe de saúde da família para no máximo 4.000 habitantes cobertos).

Com relação ao componente “recursos materiais”, três critérios foram obtidos por meio de entrevistas com profissionais (disponibilidade de ácido fólico e de sulfato ferroso no segundo semestre de 2007 e disponibilidade de material educativo para atuação junto às gestantes), três critérios por meio de observação direta (presença de antropômetro, balança eletrônica ou mecânica e esfigmomanômetro) e outros três por meio de entrevistas com gestantes (acesso das gestantes ao modelo atual do cartão de pré-natal do Ministério da Saúde e acesso das gestantes com 23 semanas ou mais de gestação ao ácido fólico e ao sulfato ferroso na unidade de saúde da família ou em outro posto ou hospital da rede pública, considerando-se uma tolerância de três semanas).

Cinco critérios do componente “normas e rotinas” foram obtidos por meio de entrevista com os profissionais (presença de rotinas técnicas de procedimentos escritas, atualizadas e disponíveis em todos os setores para assistência pré-natal, utilização do cartão da gestante para acompanhar a evolução da gestação, realização de atividades educativas em grupo, solicitação de exames bioquímicos e de exames de glicemia de jejum na rotina de atendimento à gestante), um critério foi obtido por meio de observação direta (registro de manutenção preventiva das balanças) e outro por meio de entrevistas com gestantes (oferta de atividades educativas em grupo para gestantes pelas equipes de saúde da família).

Os três critérios do componente “sistema de referência” foram obtidos por meio de entrevistas com profissionais (referência formal para o atendimento com nutricionista, utilização da ficha de referência e contra-referência e laboratório de referência formalizada para exames no atendimento às gestantes).

Para a avaliação da estrutura foi apresentada a frequência absoluta de unidades de saúde da família em conformidade para cada critério, para cada componente e para todos os componentes da estrutura, segundo informações obtidas por meio de

observação direta e entrevista com os profissionais de saúde, as quais são representativas de cada unidade de saúde da família. As informações obtidas por meio de entrevistas com gestantes foram apresentadas na forma de frequências absolutas e relativas de conformidade dos critérios para as unidades de saúde da família em conjunto.

4.3.1.2. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal

A avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal foi realizada em quatro fases: verificação da conformidade do processo a partir do cartão de pré-natal de gestantes; análise da conformidade do processo a partir da entrevista com gestantes; mensuração da confiabilidade entre informações referentes à assistência nutricional pré-natal fornecidas pelas gestantes e registradas no cartão de pré-natal; análise da conformidade do processo de assistência nutricional durante o pré-natal com base nas informações do cartão de pré-natal e da entrevista.

Para a verificação da conformidade do processo da assistência nutricional a partir do cartão de pré-natal de gestantes, os registros foram utilizados para apontar os procedimentos realmente realizados, segundo a periodicidade recomendada.

Na análise da conformidade do processo a partir da entrevista com gestantes, quando um procedimento foi informado como realizado na entrevista foi considerado que o mesmo foi executado, utilizando-se o depoimento da gestante.

Foi calculada, para cada gestante, a idade gestacional (IG), em semanas completas, no início do pré-natal e no momento da consulta em que foi feita a entrevista. Para o cálculo da IG foi utilizada, em ordem de preferência, a data da última menstruação (DUM) anotada no cartão, a DUM referida pela mulher na data da entrevista e informação da ultra-sonografia (USG) anotada no cartão.

Na ausência da informação sobre IG, as gestantes foram excluídas da análise. Para testar se as mulheres sem informação sobre IG e as com informação diferiam com relação à idade e escolaridade, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Levando-se em consideração que algumas normas da assistência pré-natal têm a periodicidade recomendada em semanas de gestação e outras são apresentadas segundo o número ou ordem das consultas, reuniu-se um grupo de obstetras para fazer uma conversão dos procedimentos recomendados segundo ordem das consultas para o número de semanas que a mulher deveria ter, obedecendo-se a realização da primeira

consulta com até 120 dias de gestação, duas consultas no segundo trimestre de gestação e três no terceiro trimestre⁸³.

Delimitou-se, para um início precoce do pré-natal, que a primeira consulta deveria ser realizada com menos de 17 semanas de gestação, a segunda com 17 a 22 semanas, a terceira com 23 a 28 semanas, a quarta com 29 a 34 semanas, a quinta com 35 a 37 semanas e a sexta com 38 ou mais semanas. Desta forma, como apresentado no quadro 2, a periodicidade dos procedimentos analisados nesse estudo foi categorizada em A (procedimentos que deveriam ser realizados em todas as consultas), B (procedimentos que deveriam ter sido realizados na primeira consulta), C (procedimentos que deveriam ter sido realizados a partir da 17^a semana de gestação), D (procedimentos que deveriam ter sido realizados a partir da 23^a semana de gestação) e E (procedimentos que deveriam ter sido realizados a partir da 29^a semana de gestação). A periodicidade dos procedimentos foi definida segundo início do pré-natal precoce (com menos de 17 semanas de gestação) ou tardio (com 17 ou mais semanas de gestação).

Os procedimentos foram classificados também segundo a fonte de informação (cartão de pré-natal e entrevista com gestantes) e agrupados em quatro categorias de acordo com o tipo de procedimento, em: aferição e registro das medidas antropométricas, da pressão arterial e registro de presença de edema (I), solicitação de exames e registro dos resultados (II), suplementação de vitaminas e minerais (III) e orientações alimentares e sobre a adequação do ganho de peso (IV).

Os registros de peso, pressão arterial, edema e marcação do gráfico de IMC por semana gestacional no cartão foram mensurados como razão desses registros por número de consultas. Foram considerados em conformidade, quando a razão apresentou valores entre 0,75 e 1,0. Para as orientações alimentares, foi considerado em conformidade ter recebido mais de 75% das oito orientações avaliadas. Os demais procedimentos foram avaliados de forma dicotômica.

A adequação da orientação recebida sobre o ganho de peso entre a penúltima e a última consulta foi verificada para gestantes com duas ou mais consultas, que tiveram a penúltima consulta após a 13^a semana de gestação. Nessa etapa, foram excluídas as gestantes com gestação gemelar e que apresentaram edema em algumas das consultas de pré-natal, segundo informação presente no cartão de pré-natal.

Quadro 2: Procedimentos de assistência nutricional no pré-natal, segundo periodicidade, tipo e fontes de informação

Procedimentos	Periodicidade		Tipo	Fonte	
	Início do PN <17 sem	Início do PN ≥17 sem		Cartão de Pré-natal	Entrevista com gestantes
1) Registro/aferição do peso	A	A	I		
2) Registro/aferição da pressão arterial	A	A	I		
3) Registro de verificação de presença de edema	A	A	I		
4) Marcação no gráfico de avaliação do estado nutricional	A	A	I		
5) Registro de peso pré-gestacional	B	B	I		
6) Registro/aferição de estatura	B	B	I		
7) Solicitação de exame de sangue	B	B	II		
8) Orientações alimentares (1) comer mais frutas e legumes; (2) beber mais leite, iogurte ou queijo; (3) beber bastante água; (4) comer menos sal; (5) comer mais feijão; (6) comer fígado 1 vez por semana; (7) as quantidades e os alimentos que deveria comer em cada refeição; (8) se recebeu alguma orientação por escrito sobre alimentação na gravidez.	C	D	IV		
9) Registro / prescrição de ácido fólico	D	D	III		
10) Registro/ prescrição de sulfato ferroso	D	D	III		
11) Orientação para o uso do sulfato ferroso	D	D	III		
12) Orientação correta sobre ganho de peso	D	D	IV		
13) Registro do resultado do 1º exame de Hemoglobina	D	E	II		
14) Registro do resultado do 1º exame de Glicemia de Jejum	D	E	II		

Notas: PN= pré-natal; Sem = semanas; Periodicidade: A - em todas as consultas, B - na primeira consulta, C - a partir da 17ª semana de gestação, D - a partir da 23ª semana de gestação, E - a partir da 29ª semana de gestação; Tipos de procedimentos: I - Aferição e registro das medidas antropométricas, da pressão arterial e registro de presença de edema, II - Solicitação de exames e registro dos resultados, III - Suplementação de vitaminas e minerais, IV - Orientações alimentares e sobre a adequação do ganho de peso.

Para a verificação da adequação do ganho de peso, foi realizado o cálculo do IMC inicial de cada gestante. Para tal, foram utilizadas as médias dos valores de estatura referido pela gestante na entrevista e registrado no cartão (coeficiente de correlação intraclasse (CCIC) 0,81; IC 95% de 0,53 a 0,96) e as médias dos valores de peso pré-gestacional referido pela gestante na entrevista e registrado no cartão (CCIC 0,95; IC 95% 0,92 a 0,98). Quando só uma fonte de informação estava disponível, a mesma foi utilizada.

O estado nutricional inicial, segundo IMC pré-gestacional, foi classificado utilizando o critério de classificação percentilar do IMC, segundo idade e sexo do padrão de referência *National Health and Nutrition Examination Survey II*⁴⁰, para gestantes adolescentes, e a classificação de IMC para pessoas com 20 anos ou mais da WHO (1995), para gestantes adultas⁴⁰. Quando o peso pré-gestacional não estava disponível em nenhuma das duas formas citadas anteriormente, foi utilizado o IMC na primeira consulta de pré-natal. Neste caso, o estado nutricional inicial foi classificado segundo WHO (1995)⁴⁰, quando a IG na primeira consulta era menor que 14 semanas e segundo a tabela de IMC por semana de gestação^{44, 83}, quando a mesma era igual ou maior que 14 semanas.

O Manual do Ministério da Saúde não fornece uma faixa de adequação do ganho de peso semanal. Oferece apenas o ganho de peso total e o ganho de peso semanal médio. Para fins de avaliação da adequação do ganho de peso semanal, no presente estudo, foram estimados valores máximos e mínimos de ganho semanal de peso, para cada gestante, segundo os limites superior e inferior de ganho de peso gestacional total fornecidos pelo IOM (1992)⁴⁷ para cada categoria de estado nutricional inicial, conforme sugerido por Stulbach *et al* (2007) e Assunção *et al*, (2007)^{31,43}. A primeira etapa do cálculo consistiu em subtrair o ganho de peso da gestante até a penúltima consulta de gestação do limite superior e do limite inferior do ganho total recomendado, enquanto a segunda etapa versou em dividir os dois resultados encontrados na primeira etapa pelo tempo restante de gestação, contando a partir da penúltima consulta.

Como para obesas não existem limites máximos e mínimos de ganho de peso total, o ganho total estipulado para obesas (7 kg) foi considerado como ganho total mínimo e o ganho total máximo foi calculado multiplicando-se o ganho de peso médio semanal para o segundo e terceiro trimestres para obesas (0,3 kg/ semana) por 27 semanas, totalizando 8,1 kg.

Para gestantes cujo valor de ganho de peso mínimo/semanal estimado foi inferior ao modesto recomendado (0,250 kg/semana para gestantes com IMC inicial normal e de baixo peso e de 0,125 kg/semana para gestantes com sobrepeso e obesidade)^{109,110,111}, os valores modestos foram utilizados como mínimos. Quando o valor de ganho de peso máximo/semanal estimado foi inferior ou igual ao modesto recomendado, utilizaram-se como valores máximos: 0,3 kg/semana para gestantes com IMC inicial normal e de baixo peso e 0,15 kg/semana para gestantes com sobrepeso e obesidade, ou seja, os valores modestos recomendados acrescidos de 20%¹¹¹. No caso de ausência de informação sobre o peso antes de 14 semanas de gestação, a faixa de adequação do ganho de peso foi construída com o ganho de peso semanal médio recomendado para o 2º e 3º trimestres, segundo categoria de estado nutricional inicial,^{47,83} +/- 20%¹¹¹. Os valores máximos semanais estimados para a faixa de adequação do ganho de peso individual não ultrapassaram 0,750kg/semana¹¹⁰.

Com base nos limites de ganho de peso calculados para cada gestante foi verificada a adequação da orientação recebida sobre o ganho de peso.

Para avaliar se existe diferença da proporção de conformidade de cada procedimento entre os grupos divididos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas da gestante foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson, com correção de Yates ou o teste exato de Fisher, quando as condições para a utilização do teste qui-quadrado não foram verificadas. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes para um valor de $p < 0,05$.

A estatística Kappa ajustada¹¹² foi utilizada para verificar a confiabilidade entre as informações obtidas no cartão de pré-natal e em entrevista com as gestantes. A concordância das duas fontes de informação foi classificada em pobre (< zero), leve (entre zero e 0,2), fraca (entre 0,21 e 0,4), moderada (0,41 a 0,60), substancial (0,61 a 0,80) e quase perfeita (0,81 a 1)¹¹³.

4.4. Questões éticas

A pesquisa “Avaliação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro” foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O projeto de dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ. Não há conflito de interesse em relação aos métodos utilizados como parte da investigação ou interesse financeiro dos pesquisadores.

5. RESULTADOS

Artigo 1: “Avaliação da estrutura da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro”, elaborado segundo as normas da “Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil”.

Artigo 2: “Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro”, elaborado segundo as normas dos “Cadernos de Saúde Pública”.

Avaliação da estrutura da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro

Evaluation of Prenatal nutritional care structure in seven Family Health units in the city of Rio de Janeiro

Autores: Roberta Pereira Niquini; Sonia Azevedo Bittencourt; Maria do Carmo Leal

Resumo

Objetivos: avaliar a estrutura da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família no Município do Rio de Janeiro.

Métodos: Um estudo transversal foi desenvolvido no ano de 2008. Foram selecionadas sete unidades de saúde da família, das quais foi realizada a observação direta da estrutura. Nestas unidades, foram entrevistados sete profissionais de saúde e 230 gestantes. Os dados foram coletados por profissionais treinados e os questionários passaram por revisão e dupla digitação.

Resultados: Todas as unidades apresentaram conformidade para os critérios de planta física e recursos materiais avaliados, segundo observação direta e entrevista com os profissionais. A norma com menor conformidade foi o registro de manutenção preventiva das balanças. O modelo atual do cartão de pré-natal do Ministério da Saúde só foi encontrado com 45% das gestantes. O acesso ao sulfato ferroso e ao ácido fólico foi relatado por cerca de 70% das gestantes. Foram observadas carências de recursos humanos e de referência das gestantes para nutricionistas.

Conclusões: Destaca-se a importância da dimensão correta da equipe mínima e da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, na ampliação da abrangência e da integralidade da assistência pré-natal.

Palavras chave: Assistência pré-natal, Avaliação em saúde, Estrutura dos Serviços, Programa Saúde da Família.

Abstract

Objectives: to evaluate the structure of prenatal nutritional care provided by seven Family Health units in the city of Rio de Janeiro.

Methods: A cross-sectional study was carried out in the year of 2008. Seven Family Health units were selected and their structure was direct observed. A total of

seven health professionals and 230 pregnant women were interviewed in these units. Data were collected by trained professionals and the research instruments were submitted to revision and double keying-in.

Results: Physical plant and material resources parameters were present for all units studied, according to data obtained through interviews with professionals and direct observation of structure. Preventive maintenance records for weighing-machines showed the smallest conformity. Forty five percent of pregnant women had received the prenatal care card recommended by the Ministry of Health. Less than 30% of the pregnant women reported not having accessed the folic acid and iron supplements. A lack of human resources and reference of pregnant women to nutritionists were observed.

Conclusions: The findings highlight the importance of correct number of professionals in Family Health teams and of the implantation of Family Health Support Centers, to improve prenatal care.

Key words: Prenatal Care, Health Evaluation, Structure of Services, Family Health Program.

Introdução

O Município do Rio de Janeiro apresentava em 2004, uma cobertura de 3,4% da população pela estratégia de saúde da família¹, com 59 equipes de saúde da família implantadas. Utilizando projeções intercensitárias para a população residente no Município² e dados sobre o número de cidadãos cobertos pelas equipes de saúde da família, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, estima-se que a cobertura populacional para o ano de 2009 tenha aumentado para 12,2%, com 222 equipes implantadas.

Apesar da ampliação na cobertura da população pelas equipes de saúde da família, há uma grande preocupação com a oferta de uma estrutura mínima para a assistência pré-natal de qualidade e humanizada³.

Entre os cuidados à saúde da gestante, a assistência nutricional é de extrema relevância por mostrar-se associada com a melhora no consumo de energia e nutrientes⁴, com a adequação do ganho de peso gestacional total⁵, com a redução da prevalência de anemia e cegueira noturna⁶ e pela estreita associação do estado nutricional pré-gestacional e gestacional com desfechos da gravidez⁷⁻¹³.

As intervenções nutricionais recomendadas para o pré-natal objetivam prevenir, diagnosticar e tratar os distúrbios nutricionais pré-gestacionais (baixo peso, sobrepeso/obesidade) e gestacionais (ganho de peso inadequado), a anemia e também rastrear e cuidar das intercorrências da gestação (hipertensão arterial e diabetes gestacional)³. Aponta-se, entretanto, a persistência de problemas associados à oferta da mesma^{14,15}, o que pode comprometer o resultado da gestação.

Supõe-se que muitos dos problemas existentes na assistência pré-natal estejam relacionados ao quantitativo insuficiente de recursos humanos¹⁶, não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais^{17,18}, não realização de trabalhos educativos¹⁷, não preenchimento de registros¹⁸, falta de equipamentos e/ou outros insumos¹⁷ e falhas no sistema de referência¹⁶, o que aponta para a necessidade de permanentes avaliações da estrutura oferecida, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência pré-natal.

Desta forma, este estudo tem como objetivo avaliar a conformidade da estrutura da assistência nutricional do pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro, segundo as recomendações do Ministério da Saúde e legislações brasileiras vigentes.

Método

O presente trabalho faz parte do estudo interinstitucional “Avaliação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro”, para o qual foi selecionada uma amostra da cidade, composta por unidades de saúde do SUS, incluindo Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Casa de Parto e Unidades de Saúde da Família.

Este estudo utiliza somente o estrato referente às Unidades de Saúde da Família. Para a obtenção da amostra neste estrato, foram selecionadas seis unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro, utilizando-se quatro critérios de seleção, aplicados segundo informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

- 1) Contemplar as seis regiões da cidade do Rio de Janeiro com maior expansão da estratégia de saúde da família, ou seja, as áreas programáticas (AP) 3.1 (Ramos, Penha, Ilha, Complexo do Alemão e Maré), 3.3 (Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna), 4.0 (Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus), 5.1 (Bangu e Realengo), 5.2 (Campo Grande e Guaratiba) e 5.3 (Santa Cruz);

2) As unidades de saúde da família deveriam ter sido implantadas até seis meses antes do início da coleta de dados, para que fossem avaliadas rotinas já fixadas no serviço;

3) As unidades deveriam ter mais de três equipes de saúde da família, dando-se preferência para as com um maior número de equipes;

4) A comunidade na qual a unidade está inserida não poderia ser considerada área de alta violência no período da coleta de dados, para que os entrevistadores e supervisores da pesquisa não fossem colocados em risco.

A AP 5.3 não cumpriu o quarto critério de seleção, sendo substituída por outra unidade da AP 3.1, área de maior expansão da estratégia de saúde da família. A unidade selecionada da AP 5.1, no período da coleta de dados dividiu-se em duas e ambas foram contempladas nessa amostra, que passou a ser composta de sete unidades de saúde da família.

Para o cálculo da amostra de gestantes foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de significância de 5%, proporção de adequação da assistência pré-natal no Município do Rio de Janeiro de 50%¹⁹, margem de erro de 5,2% e o valor sofreu correção para a população finita (649 atendimentos/mês), totalizando 230 entrevistas. O número de entrevistas foi dividido entre as sete unidades de saúde da família de forma proporcional ao número mensal médio de consultas realizadas em cada unidade. As gestantes foram selecionadas, sistematicamente, segundo ordem de saída das consultas de pré-natal, até completar a amostra prevista para cada unidade de saúde da família.

Nesse estudo transversal foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados sobre a estrutura da assistência. O primeiro instrumento continha questões sobre o acesso das gestantes ao cartão de pré-natal, aos suplementos vitamínicos e minerais e sobre a oferta de atividades educativas em grupo pelas equipes de saúde da família. Foi aplicado no período de janeiro a agosto de 2008 por meio de entrevistas com gestantes, com qualquer idade gestacional, que tiveram consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro nas sete unidades de saúde da família selecionadas.

O segundo instrumento foi desenvolvido a partir da conjugação de questões do “Instrumento para levantamento de informações nos estabelecimentos de saúde utilizado na pesquisa Desenvolvimento de Estudo de Linhas de Base nos Municípios Selecionados do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - Região Sudeste 2”²⁰ e do instrumento do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde²¹. Foi aplicado no período de outubro a novembro de 2008, por meio de

entrevista com o médico ou enfermeiro de saúde da família, além da observação direta da estrutura das unidades de saúde da família.

Após o pré-teste dos instrumentos foi realizado o estudo piloto. A equipe de campo foi constituída por seis supervisores e 36 entrevistadores, que eram estudantes universitários ou profissionais das áreas de saúde ou humanas, os quais passaram por treinamentos teóricos e práticos. Cada instrumento, após o preenchimento, passou por três etapas de revisão e por dupla digitação.

Na ausência de uma norma única bem definida e padronizada para avaliar a estrutura da assistência nutricional oferecida pelas unidades de saúde da família, foram utilizados nesse processo, materiais divulgados pelo Ministério da Saúde e legislações brasileiras como a Portaria 648/06 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica²², a Portaria 1.587/02 que fornece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais²³, o Manual de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde³, o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde²⁴ e o Guia Prático do Programa Saúde da Família²⁵.

Os critérios selecionados para a avaliação da estrutura foram divididos em cinco componentes: (1) planta física, (2) recursos humanos, (3) recursos materiais, (4) normas e rotinas e (5) sistema de referência. Essa classificação é uma adaptação das “áreas alvo de avaliação” descritas por Silveira *et al* (2001)¹⁸.

Os quatro critérios incluídos no componente “planta física” foram obtidos através de observação direta da estrutura (presença de sala de espera, sala de atividades educativas, um consultório multiprofissional por equipe de saúde da família e dispensário de medicamentos).

Os seis critérios incluídos no componente “recursos humanos”, os quais abrangem normas presentes na portaria 648/06²², foram obtidos através de entrevista com profissionais de saúde da família (participação dos profissionais de saúde em programas de capacitação desenvolvidos pela Secretaria de Saúde, presença de um médico, um enfermeiro e um auxiliar/técnico de enfermagem por equipe de saúde da família, um agente comunitário de saúde para no máximo 750 habitantes cobertos e uma equipe de saúde da família para no máximo 4.000 habitantes cobertos).

Com relação ao componente “recursos materiais”, três critérios foram obtidos através de entrevistas com profissionais (disponibilidade de ácido fólico e de sulfato ferroso no segundo semestre de 2007 e disponibilidade de material educativo para atuação junto às gestantes), três critérios através de observação direta (presença de antropômetro, balança eletrônica ou mecânica e esfigmomanômetro) e outros três

através de entrevistas com gestantes (acesso das gestantes ao modelo atual do cartão de pré-natal do Ministério da Saúde e acesso das gestantes com 23 semanas ou mais de gestação ao ácido fólico e ao sulfato ferroso na unidade de saúde da família ou em outro posto ou hospital da rede pública, considerando-se uma tolerância de três semanas).

Cinco critérios do componente “normas e rotinas” foram obtidos através de entrevista com os profissionais (presença de rotinas técnicas de procedimentos escritas, atualizadas e disponíveis em todos os setores para assistência pré-natal, utilização do cartão da gestante para acompanhar a evolução da gestação, realização de atividades educativas em grupo, solicitação de exames bioquímicos e de exames de glicemia de jejum na rotina de atendimento à gestante), um critério foi obtido através de observação direta (registro de manutenção preventiva das balanças) e outro através de entrevista com gestantes (oferta de atividades educativas em grupo para gestantes pelas equipes de saúde da família).

Os três critérios do componente “sistema de referência” foram obtidos através de entrevistas com profissionais (referência formal para o atendimento com nutricionista, utilização da ficha de referência e contra-referência e laboratório de referência formalizada para exames no atendimento às gestantes).

Para a avaliação da estrutura foi apresentada a frequência absoluta de unidades de saúde da família em conformidade para cada critério, para cada componente e para todos os componentes da estrutura, segundo informações obtidas através de observação direta e entrevista com os profissionais de saúde, as quais são representativas de cada unidade de saúde da família. As informações obtidas através de entrevistas com gestantes foram apresentadas na forma de frequências absolutas e relativas de conformidade dos critérios para as unidades de saúde da família em conjunto. Todas as análises foram realizadas no software R versão 2.7.0.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Não há conflito de interesse em relação aos métodos utilizados como parte da investigação ou interesse financeiro dos pesquisadores.

Resultados

Participaram do estudo sete unidades de saúde da família implantadas entre 1999 e 2007. O número de equipes nas unidades de saúde da família variou entre dois e oito. As informações obtidas através de entrevistas com profissionais de saúde da família e de observação direta da estrutura apontaram que as sete unidades de saúde da família tinham pelo menos um consultório por equipe (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das unidades de saúde da família selecionadas. Rio de Janeiro - RJ, 2008. (n=7)

Características	Unidades de saúde da família						
	A	B	C	D	E	F	G
Área programática	3.1	3.1	3.3	4.0	5.1	5.1	5.2
Ano de implantação	2000	2004	2007	1999	2004	2004	2005
Nº Equipes	8	5	7	3	2	3	5
Nº Consultórios	17	6	7	6	2	3	5
Nº Médicos	4	6	1	3	1	2	5
Nº Enfermeiros	8	6	5	3	2	2	5
Nº Técnicos/auxiliares de enfermagem	8	5	7	6	2	3	5
Nº Agentes comunitários de saúde	43	25	40	18	10	10	25
Nº Cidadãos cadastrados	29347	16780	13834	6720	4982	12769	8283
Nº de Cidadãos/ Equipe	3668	3356	1976	2240	2491	4256	1657
Nº de Cidadãos/ Agente comunitário de Saúde	682	671	346	373	498	1277	331

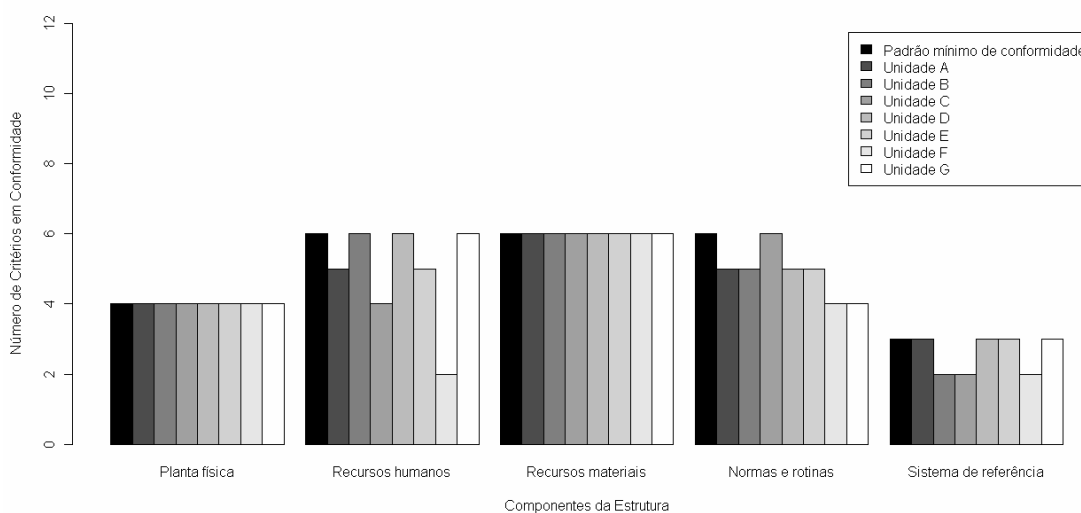
Todas as unidades avaliadas apresentaram conformidade para os critérios de planta física e recursos materiais avaliados, atingindo o padrão mínimo de conformidade para esses componentes (figura 1). Vale ressaltar que as sete unidades de saúde da família possuíam balanças mecânicas e apenas três unidades possuíam balanças digitais.

Quanto aos recursos humanos, todas as unidades de saúde da família afirmaram que os profissionais de saúde participam de programas de capacitação desenvolvidos pela Secretaria de Saúde. A tabela 1 revela que quatro unidades de saúde da família não tinham um médico por equipe de saúde da família e duas não tinham um enfermeiro por equipe. Todas as equipes possuíam um ou mais técnicos/ auxiliares de enfermagem. Para uma unidade de saúde da família encontraram-se equipes com cobertura maior do que 4.000 habitantes e agentes comunitários de saúde que cobriam mais de 750

habitantes (tabela 1). Ressalta-se que uma unidade de saúde da família (unidade A) apresentava nutricionista em duas de suas equipes multiprofissionais.

A heterogeneidade entre as unidades de saúde da família com relação aos recursos humanos também pode ser observada na figura 1, onde se verifica que três unidades alcançaram o padrão mínimo de conformidade (unidades B, D e G), duas unidades cumpriram cinco critérios, uma cumpriu quatro critérios e outra apenas dois.

Figura 1. Número de critérios em conformidade, segundo componentes da estrutura, para cada unidade de saúde da família. Rio de Janeiro - RJ, 2008. (n=7)



Com relação às normas e rotinas, seis unidades de saúde da família não tinham registro de manutenção preventiva das balanças e duas não apresentavam rotinas técnicas de procedimentos escritas, atualizadas e disponíveis em todos os setores para assistência pré-natal. Todas as equipes afirmaram realizar atividades educativas em grupo, solicitar exames bioquímicos e de glicemia no atendimento e utilizar o cartão de pré-natal no acompanhamento da gestante. Para esse componente verifica-se, na figura 1, que mais da metade das unidades (n=4) teve conformidade em cinco dos seis critérios mínimos, sem grandes oscilações entre as demais. A conformidade para todas as normas e rotinas avaliadas foi observada em uma unidade de saúde da família (unidade C).

Quanto ao sistema de referência, três unidades de saúde da família afirmaram não realizar referência formal para o atendimento com nutricionista, enquanto a utilização da ficha de referência e contra-referência e a presença de laboratório de

referência formalizada para exames no atendimento às gestantes foram referidas por todas as unidades de saúde da família.

Na figura 1 observa-se que quatro unidades (A, D, E e G) cumpriram os três critérios mínimos do sistema de referência e as outras três unidades cumpriram dois.

Ressalta-se que nenhuma unidade de saúde da família apresentou todos os componentes da estrutura em conformidade, segundo informações obtidas através de entrevista com profissionais e observação direta da estrutura.

As informações obtidas através de entrevista com gestantes, que complementam a avaliação da estrutura, revelam que, com relação aos recursos materiais, entre as 230 gestantes entrevistadas 95,7% (n=220) receberam o cartão de pré-natal. Entre as que portavam o cartão e permitiram que o mesmo fosse utilizado na pesquisa (n=219), 87,2% (n=191) portavam algum cartão de pré-natal do Ministério da Saúde, 9,1% (n=20) portavam cartões da prefeitura do Rio de Janeiro e 3,7% (n=8) portavam cartões de laboratórios ou de clínicas particulares. O modelo atual do cartão de pré-natal do Ministério da Saúde, que começou a ser utilizado em 2005, só foi encontrado com 45,2% (n=99) das gestantes.

Ressalta-se que entre os cartões portados pelas gestantes, todos continham campos para o registro de peso pré-gestacional, peso atual, pressão arterial e idade gestacional nas consultas de pré-natal; 90,9% (n=199) possuíam campo para registro de estatura; 90,4% (n=198) para o registro dos resultados dos exames de hemoglobina e glicemia de jejum; 58% (n=127) para registro de edema e 45,2% (n=99) para registro da prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico e o gráfico de IMC/semana de gestação, recomendado pelo Ministério da Saúde³.

Ainda referente aos recursos materiais, entre as 140 gestantes que apresentavam 23 ou mais semanas de gestação na data da entrevista, 94,3% (n=132) tentaram conseguir o sulfato ferroso na unidade de saúde da família e, entre estas, 73,5% (n=97) tiveram acesso ao suplemento. Já para as 106 gestantes que tentaram conseguir o ácido fólico, o acesso foi relatado por 71,7% (n=76) das gestantes.

As informações obtidas através de entrevista com gestantes sobre as normas e rotinas revelaram que entre as 230 gestantes entrevistadas, 37,4% (n=86) sabiam da realização de atividades educativas em grupo com gestantes na unidade de saúde da família.

Discussão

Todas as unidades de saúde da família estudadas, segundo informações obtidas por meio de observação direta da estrutura e entrevista com os profissionais de saúde da família, apresentaram a planta física mínima para a oferta da assistência nutricional^{22,24,25} e equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas²².

As sete unidades de saúde da família estudadas tinham dispensário de medicamentos e tanto o sulfato ferroso quanto o ácido fólico, citados entre os medicamentos essenciais na atenção pré-natal^{3,23}, estavam disponíveis no segundo semestre de 2007, segundo informação obtida com os profissionais de saúde das unidades estudadas. Como as gestantes foram entrevistadas entre janeiro e agosto de 2008, o fato de 26,5% e 28,3% das gestantes não terem tido acesso ao sulfato ferroso e ao ácido fólico, respectivamente, pode apontar para um abastecimento irregular de medicamentos, como descrito por Canabarro e Hahan (2009) em um estudo realizado com 15 equipes de saúde da família em um município do Rio Grande do Sul²⁶. O desabastecimento periódico de suplementos preocupa, devido à prevalência de anemia (28,4%)⁶ e à deficiência de folato na dieta das gestantes (51,3%)²⁷ atendidas em unidades de saúde públicas no Município do Rio de Janeiro.

A realização de atividades educativas é uma prática preconizada pelo Manual de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde³, e está entre os critérios recomendáveis para avaliação no instrumento de pesquisa do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde²¹. No caso específico da assistência nutricional, vale a pena destacar que o recebimento de orientação alimentar durante o pré-natal relaciona-se a melhores resultados no consumo de energia e nutrientes na gestação⁴.

A disponibilidade de sala para a realização de atividades educativas e a efetiva realização de tais atividades, como referido pelos profissionais, em contraposição com o achado de que poucas gestantes sabiam da existência de ações educativas em grupo, sugere uma divulgação inadequada dessas ações.

Com respeito ao cartão de pré-natal, vale destacar que menos da metade dos cartões portados pelas gestantes eram os modelos atualmente recomendados pelo Ministério da Saúde, como encontrado por Coutinho *et al* (2003) em uma maternidade no estado de Minas Gerais¹⁴. Assim, mesmo com o adequado preenchimento dos cartões, como referido pelos profissionais, a baixa utilização do modelo atual do cartão

implica na carência de campos específicos de registro e pode levar ao menor registro das informações. O registro completo dessas informações é de grande importância para permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, incluindo o estado nutricional, e para garantir o fluxo de informações entre os serviços de saúde³.

Com relação às normas e rotinas, destaca-se a falta do registro de manutenção preventiva das balanças em seis unidades de saúde da família, o que está em desacordo com as normas do Ministério da Saúde³ e pode implicar na qualidade das medidas de peso e, conseqüentemente, nos diagnósticos nutricionais, tratamentos e encaminhamentos.

Entre os componentes da estrutura avaliados, o que apresentou maior heterogeneidade entre as unidades de saúde da família estudadas foi o de recursos humanos. Para esse componente, ressalta-se que os critérios que apresentaram menor conformidade foram a presença de um médico e um enfermeiro por equipe de saúde da família e que, entre as unidades de saúde da família com falta de médico e enfermeiro, uma ainda apresentou agentes comunitários de saúde e equipes com cobertura superior à máxima. Apesar do nutricionista não estar incluído na concepção de equipe mínima de saúde da família descrita na Portaria 648/06²², destaca-se que uma unidade de saúde da família contava com este profissional.

A Portaria 648/06, a qual fornece as normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família, estabelece que a equipe de saúde da família deve garantir a referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar²². Ressalta-se que a maior deficiência no componente “sistema de referência”, ao avaliar a assistência nutricional, foi encontrada na referência formal para o atendimento com nutricionista, não realizada por três unidades de saúde da família.

Os problemas mais preocupantes detectados na estrutura da assistência nutricional prestada pelas sete unidades de saúde da família da rede do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro foram as carências de recursos humanos e de referência para um profissional especializado, também descritas por Conill (2002), em um estudo realizado com cinco equipes de saúde da família em Florianópolis¹⁶.

A carência de profissionais da equipe mínima ou o número de cidadãos cadastrados superior ao máximo recomendado pode impedir a realização das atividades de menor complexidade por baixa disponibilidade de profissionais, enquanto os

problemas de referência para as especialidades fazem com que não seja oferecida uma atenção integral à saúde da população atendida pelas equipes de saúde da família.

Face ao exposto, destaca-se a importância da dimensão correta da equipe mínima e da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela portaria 154/08²⁸, na ampliação da abrangência, da integralidade e da resolutividade da assistência pré-natal. Espera-se que, através da parceria entre as equipes de saúde da família e os NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre eles o nutricionista, sejam reduzidos os problemas da dificuldade de referenciar a gestante para o profissional especializado, prevendo um acompanhamento longitudinal da mesma, de responsabilidade das equipes multiprofissionais.

O Nutricionista, ao ser inserido em uma estratégia que tem como campos de intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente tem a competência necessária, no âmbito da assistência pré-natal, para realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis, ações vigilância e segurança alimentar e nutricional, prevenção, diagnóstico e tratamento dos distúrbios nutricionais pré-gestacionais, gestacionais, carências nutricionais específicas e rastrear e cuidar das intercorrências da gestação, bem como fazer a educação permanente dos componentes da equipe mínima de saúde da família na área de alimentação e nutrição.

Os resultados apresentados também apontam para a necessidade do cumprimento de um cronograma de manutenção periódica dos equipamentos, visando à qualidade das medidas obtidas; da utilização de um modelo único de cartão de pré-natal, bem como do treinamento dos profissionais da equipe de saúde da família para o correto preenchimento do mesmo e do incentivo à realização de atividades educativas em grupo, que também são um espaço importante para a promoção de práticas alimentares saudáveis e propiciam momentos de troca entre os profissionais, as gestantes, os familiares e a comunidade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

2. Ministério da Saúde. DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). Informações de Saúde [acesso em: dez. 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Barros DC, Perreira RA, Gama SGN, Leal MC. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (1 Suppl):121-9.
5. Silva BDL. Avaliação da adesão e percepção de puérperas e profissionais de saúde sobre uma proposta de assistência nutricional pré-natal [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro / Instituto de Nutrição José de Castro; 2009.
6. Chagas CB. Assistência nutricional pré-natal na prevenção e controle da deficiência de vitamina A e anemia em gestantes [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro / Instituto de Nutrição José de Castro; 2007.
7. Institute of Medicine and National Research Council. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
8. Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF *et al*. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(10):511-8.
9. Sebire NJ, Jolly M, Harris J, Regan L, Robinson S. Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London. *BJOG* 2001; 108:61-6.

10. Melo ASO, Assunção PL, Gondim SSR, Carvalho DF, Amorim MMR, Benicio MHDA, Cardoso MAA. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 249-57.
11. Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Britto MMS. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 502-7.
12. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health* 2001; 91:436-40.
13. Kac G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:455-66.
14. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(10):717-24.
15. Santos LA dos, Mamede FV, Clapis MJ, Bernardi JVB. Nutritional guidance during prenatal care in public health services in Ribeirão Preto: discourse and care practice. *Rev Latinoam Enferm* 2006; 14(5):689-94.
16. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública* 2002, 18(Suplemento):191-202.
17. Ministério da Saúde, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Nutrição, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. *Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco*. Recife: Bagaço; 2000.
18. Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Prenatal care at the primary health care level: an assessment of the structure and process. *Cad Saúde Pública* 2001;17(1):131-9.

19. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:63-72.
20. Ministério da Saúde. “Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados para o Componente I do PROESF” Região Sudeste II - Instrumento para Levantamento de Informações nos Estabelecimentos de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
21. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648. Diário Oficial da União 2006; 29 mar.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.587. Diário Oficial da União 2002; 5 set.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
26. Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde* 2009;18 (4):345-355.
27. Fonseca VM, Sichieri R, Basilio L, Ribeiro LVC. Consumo de folato em gestantes de um hospital público do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6:319-27.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154. Diário Oficial da União 2008; 25 jan.

Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro

Evaluation of Prenatal nutritional care process in seven Family Health units in the city of Rio de Janeiro

Autores: Roberta Pereira Niquini; Sonia Azevedo Bittencourt; Maria do Carmo Leal

Resumo

Com o objetivo de avaliar o processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro, um estudo transversal foi conduzido em 2008. Foram entrevistadas 230 gestantes e obtidas as cópias dos cartões de pré-natal. Os dados foram coletados por profissionais treinados e os questionários passaram por revisão e dupla digitação. Os resultados indicaram que a aferição e o registro no cartão de pré-natal da pressão arterial e do peso, bem como a prescrição de suplementos e exames de sangue estão estabelecidos como rotinas do pré-natal. Também indicaram que, no cartão, há sub-registro de: estatura, peso inicial, edema, IMC por semana gestacional e resultados de exames. Verificou-se a carência de orientações específicas sobre utilização do sulfato ferroso, consumo de alimentos e ganho de peso. Os resultados revelaram uma grande necessidade de assistência nutricional e deficiências no seu processo, o que aponta para a importância do treinamento da equipe mínima e da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Palavras chave:** Assistência pré-natal, Nutrição Pré-Natal, Avaliação em saúde, Avaliação de Processos, Programa Saúde da Família.

Abstract

With the aim of evaluate the prenatal nutritional care process offered to users of seven Family Health units, a cross-sectional study was conducted. In 2008, 230 pregnant women were interviewed in seven units in the city of Rio de Janeiro, and copies of the women's prenatal cards were obtained. The data were collected by trained professionals and the research instruments were submitted to revision and double keying-in. The results indicated that assessment and record on the prenatal card of blood pressure and weight and prescription of supplements and blood tests are established parts of routine prenatal care, but indicates either an under-recording on the prenatal card of the height,

initial weight, edema, BMI by gestational age and laboratory tests results. A lack of specific orientation on adequate use of the iron supplement, food consumption and weight gain was observed. The results revealed a big demand by prenatal nutritional care and deficiencies in this process and showed the importance of training Family Health teams and of the implantation of Family Health Support Centers. **Key words:** Prenatal Care, Prenatal Nutrition, Health Evaluation , Process Assessment, Family Health Program.

Introdução

Os estudos realizados com gestantes em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e com mulheres em idade reprodutiva em nível domiciliar, sejam os de abrangência nacional ou os representativos de demandas restritas, revelam uma expressiva quantidade de mulheres com desvio ponderal pré-gestacional e/ou ganho de peso gestacional excessivo ou insuficiente¹⁻³, bem como com anemia^{1,3}, deficiência de vitamina A^{1,3}, consumo inadequado de nutrientes⁴, síndromes hipertensivas^{1,3} e diabetes^{1,3}.

A grande demanda por assistência nutricional no pré-natal, a associação do estado nutricional pré-gestacional e gestacional com desfechos para a mulher e para o recém-nascido^{3,5-7}, bem como a associação do recebimento de assistência nutricional com a melhora no consumo de energia e nutrientes⁸, reforçam a importância dessa assistência no pré-natal.

Apesar de ser verificada a ampliação na cobertura da atenção pré-natal no Brasil¹ e a importância das equipes de saúde da família nessa extensão⁹, é evidente a persistência de problemas associados à assistência oferecida. Tal comprometimento pode ser destacado pela predominância das causas obstétricas diretas no padrão de mortalidade materna no Brasil¹⁰ e pelo fato de um pequeno percentual de mulheres estar recebendo as atividades assistenciais mínimas recomendadas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento¹¹, o que indica que a realização dessas atividades preconizadas é o maior desafio na assistência pré-natal e aponta para a necessidade de permanentes avaliações com o objetivo de melhorar a qualidade da mesma.

Destaca-se que grande parte dos estudos que avaliam a qualidade da assistência nutricional no pré-natal, revela dados com dimensões parcialmente incompletas, que

compreendem: realização de pesagem¹¹⁻¹⁴, aferição de pressão arterial¹¹⁻¹⁴, solicitação de hemograma¹¹⁻¹⁵ e de glicemia de jejum¹¹⁻¹³.

Verifica-se uma menor divulgação de estudos que avaliam aferição de estatura¹², verificação de edema^{11,14}, oferta de orientação alimentar^{12,15} utilização de sulfato ferroso¹⁵ e de ácido fólico¹⁶ e utilização do gráfico do estado nutricional^{11,14}.

Tendo em vista a relevância da assistência nutricional no pré-natal, a carência de estudos que avaliem as várias dimensões do seu processo e a importância das equipes de saúde da família na ampliação da cobertura da assistência pré-natal, este estudo objetiva avaliar a conformidade do processo da assistência nutricional oferecida durante o pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro, segundo as recomendações do Ministério da Saúde.

Método

Foi selecionada uma amostra de sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro e 230 gestantes, com qualquer idade gestacional (IG), foram selecionadas, sistematicamente, nessas unidades, no período de janeiro a agosto de 2008, conforme descrito por Niquini *et al* (2010)¹⁷.

Para a coleta de dados foi utilizada a cópia do cartão de pré-natal das gestantes e um instrumento de entrevista com gestantes, desenvolvido para verificar características demográficas, socioeconômicas e obstétricas das mesmas e avaliar a conformidade do processo da assistência nutricional recebida.

O instrumento de entrevista foi pré-testado e foi realizado o estudo piloto. A equipe de campo foi constituída de seis supervisores e 36 entrevistadores treinados. Cada instrumento, após o preenchimento, passou por três etapas de revisão e por dupla digitação no programa Access.

Para a análise dos dados, inicialmente foi apresentada a frequência absoluta e relativa de gestantes entrevistadas de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas (idade, raça/cor, escolaridade, situação de trabalho, situação conjugal, número de pessoas no domicílio, paridade, recebimento do benefício bolsa família e indicador de bens). Esse último foi construído com base em informações sobre a presença de dez bens para cada gestante da amostra, como descrito por Niquini *et al* (2009)¹⁸.

Para a avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal utilizou-se

como referencial teórico o modelo desenvolvido por Donabedian (1988)¹⁹ de avaliação dos serviços de saúde. Foi realizada uma avaliação normativa²⁰ e formativa²¹ do processo da atenção nutricional no pré-natal. Essa avaliação consistiu na verificação da conformidade das atividades de assistência nutricional oferecidas durante o pré-natal, segundo informações obtidas através do cartão de pré-natal e entrevistas com gestantes, com critérios e normas pré-determinados pelo Ministério da Saúde²²⁻²⁴, escolhidos por serem entendidos como padrões mínimos esperados para a assistência de qualidade.

Foi calculada, para cada gestante, a IG (semanas completas) no início do pré-natal e no momento da consulta em que foi feita a entrevista. Para o cálculo da IG foi utilizada, em ordem de preferência, a data da última menstruação (DUM) anotada no cartão, a DUM referida pela mulher na data da entrevista e a informação da ultrasonografia (USG) anotada no cartão. Na ausência da informação sobre IG, as gestantes foram excluídas da análise. Para testar se as mulheres sem informação sobre IG e as com informação diferiam com relação à idade e à escolaridade, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Obedecendo-se às recomendações do Ministério da Saúde de que seja realizada a primeira consulta de pré-natal com até 120 dias de gestação, duas consultas no segundo trimestre de gestação e três no terceiro trimestre²², delimitou-se, para um início precoce do pré-natal, que a primeira consulta deveria ser realizada com menos de 17 semanas de gestação, a segunda com 17 a 22 semanas, a terceira com 23 a 28 semanas, a quarta com 29 a 34 semanas, a quinta com 35 a 37 semanas e a sexta com 38 ou mais semanas.

Como apontado no quadro 1, a periodicidade dos procedimentos analisados nesse estudo foi então categorizada em A (que devem ser realizados em todas as consultas), B (que devem ser realizados na primeira consulta), C (realizados a partir da 17ª semana de gestação), D (realizados a partir da 23ª semana de gestação) e E (realizados a partir da 29ª semana de gestação), apresentada segundo o início do pré-natal precoce (com menos de 17 semanas de gestação) ou tardio (com 17 ou mais semanas de gestação). Os procedimentos foram classificados também segundo a fonte de informação (cartão de pré-natal e entrevista com gestantes) e agrupados em quatro categorias de acordo com o tipo de procedimento, em: (I) aferição e registro das medidas antropométricas, da pressão arterial e registro de presença de edema, (II) solicitação de exames e registro dos resultados, (III) suplementação de vitaminas e minerais e (IV) orientações alimentares e sobre a adequação do ganho de peso.

Quadro 1. Procedimentos de assistência nutricional no pré-natal, segundo periodicidade, tipo e fontes de informação. Rio de Janeiro - RJ, 2007.

Procedimentos	Periodicidade		Tipo	Fonte	
	Início do PN < 17 sem	Início do PN ≥ 17 sem		Cartão de Pré-natal	Entrevista com gestantes
1) Registro/aferição do peso atual	A	A	I		
2) Registro/aferição da pressão arterial	A	A	I		
3) Registro de verificação de presença de edema	A	A	I		
4) Marcação no gráfico de avaliação do estado nutricional	A	A	I		
5) Registro de peso pré-gestacional	B	B	I		
6) Registro/aferição de estatura	B	B	I		
7) Solicitação de exame de sangue	B	B	II		
8) Orientações alimentares: (1) comer mais frutas e legumes; (2) beber mais leite, iogurte ou queijo; (3) beber bastante água; (4) comer menos sal; (5) comer mais feijão; (6) comer fígado 1 vez por semana; (7) as quantidades e os alimentos que deveria comer em cada refeição; (8) se recebeu alguma orientação por escrito sobre alimentação na gravidez.	C	D	IV		
9) Registro /prescrição de ácido fólico	D	D	III		
10) Registro/prescrição de sulfato ferroso	D	D	III		
11) Orientação para o uso do sulfato ferroso	D	D	III		
12) Orientação correta sobre ganho de peso	D	D	IV		
13) Registro do resultado do 1º exame de Hemoglobina	D	E	II		
14) Registro do resultado do 1º exame de Glicemia de Jejum	D	E	II		

Notas: PN= pré-natal; Sem = semanas; Periodicidade: A - em todas as consultas, B - na primeira consulta, C - a partir da 17ª semana de gestação, D - a partir da 23ª semana de gestação, E - a partir da 29ª semana de gestação; Tipos de procedimentos: I -Aferição e registro das medidas antropométricas, da pressão arterial e registro de presença de edema, II - Solicitação de exames e registro dos resultados, III - Suplementação de vitaminas e minerais, IV - Orientações alimentares e sobre a adequação do ganho de peso.

Os registros de peso, pressão arterial, edema e marcação do gráfico de IMC por semana gestacional no cartão foram mensurados como razão desses registros por número de consultas e foram considerados em conformidade quando a razão apresentou

valores entre 0,75 e 1,0. Para as orientações alimentares, foi considerado em conformidade ter recebido mais de 75% das oito orientações avaliadas. Os demais procedimentos foram avaliados de forma dicotômica.

A verificação da adequação da orientação recebida sobre o ganho de peso entre a penúltima e a última consulta foi feita para gestantes com duas ou mais consultas, que tiveram a penúltima consulta após a 13ª semana de gestação. Nessa etapa, foram excluídas as gestantes com gestação gemelar e que apresentaram edema em algumas das consultas de pré-natal, segundo informações presentes no cartão de pré-natal.

Para a verificação da adequação do ganho de peso, foi realizado o cálculo do índice de massa corporal (IMC) inicial de cada gestante. Para tal, foram utilizadas as médias dos valores de estatura referido pela gestante na entrevista e registrado no cartão (coeficiente de correlação intraclassa (CCIC) 0,81; IC 95% de 0,53 a 0,96) e as médias dos valores de peso pré-gestacional referido pela gestante na entrevista e registrado no cartão (CCIC 0,95; IC 95% 0,92 a 0,98). Quando só uma fonte de informação estava disponível, a mesma foi utilizada. O estado nutricional inicial, segundo IMC pré-gestacional, foi classificado utilizando o critério indicado pela *World Health Organization* (WHO) (1995) para adolescentes e adultas⁷. Quando o IMC pré-gestacional não estava disponível, foi utilizado o IMC na primeira consulta de pré-natal, e o estado nutricional foi classificado segundo WHO (1995)⁷, quando IG na primeira consulta <14 semanas e segundo a tabela de IMC por semana de gestação²⁵, quando \geq 14 semanas.

Foram estimados valores máximos e mínimos de ganho de peso semanal para cada gestante, segundo os limites superior e inferior de ganho de peso gestacional total fornecidos pelo IOM (1992) para cada categoria de estado nutricional inicial²⁶. A primeira etapa do cálculo consistiu em subtrair o ganho de peso da gestante até a penúltima consulta de gestação do limite superior e do limite inferior do ganho total recomendado, enquanto a segunda etapa versou em dividir os dois resultados encontrados na primeira etapa pelo tempo restante de gestação, contando a partir da penúltima consulta.

Como para obesas não existem limites máximos e mínimos de ganho de peso total, o ganho total estipulado para obesas (7 kg) foi considerado como ganho total mínimo e o ganho total máximo foi calculado multiplicando-se o ganho de peso médio semanal para o segundo e terceiro trimestres para obesas (0,3 kg/semana) por 27 semanas, totalizando 8,1 kg.

Para gestantes cujo valor de ganho de peso mínimo/semanal estimado foi inferior ao modesto recomendado (0,250 kg/semana para gestantes com IMC inicial normal e de baixo peso e de 0,125 kg/semana para gestantes com sobrepeso e obesidade)^{27,28}, os valores modestos foram utilizados como mínimos. Quando o valor de ganho de peso máximo/semanal estimado foi inferior ou igual ao modesto recomendado, utilizaram-se como valores máximos os valores modestos recomendados acrescidos de 20%²⁸. No caso de ausência de informação sobre o peso antes de 14 semanas de gestação, a faixa de adequação do ganho de peso foi construída com o ganho de peso semanal médio recomendado para o 2º e 3º trimestres, segundo categoria de estado nutricional inicial^{22, 26} +/- 20%²⁸. Os valores máximos semanais estimados para a faixa de adequação do ganho de peso individual não ultrapassaram 0,750kg/semana²⁷.

Com base nos limites de ganho de peso calculados para cada gestante foi verificada a adequação da orientação recebida sobre o ganho de peso.

Para avaliar se existe diferença da proporção de conformidade de cada procedimento entre os grupos divididos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas das gestantes, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson, com correção de Yates ou o teste exato de Fisher, quando as condições para a utilização do teste qui-quadrado não foram verificadas. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes para um valor de $p < 0,05$.

A estatística Kappa ajustada²⁹ foi utilizada para verificar a confiabilidade entre as informações obtidas através do cartão de pré-natal e entrevista com as gestantes e a concordância das duas fontes de informação foi classificada segundo Landis e Koch (1977)³⁰. As análises foram realizadas no software R versão 2.7.0.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Não há conflito de interesse em relação aos métodos utilizados como parte da investigação ou interesse financeiro dos pesquisadores.

Resultados

Nas sete unidades de saúde da família selecionadas para o estudo foram entrevistadas 230 gestantes e 214 tinham informação sobre a IG. As mulheres com e

sem informação sobre IG (7%) não diferiram com relação à idade e anos de estudo ($p>0,05$).

Na tabela 1, apresenta-se a distribuição das gestantes que tinham informação sobre IG, de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas.

Tabela 1. Distribuição das gestantes com informação sobre idade gestacional de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas. Rio de Janeiro - RJ, 2007. (n=214)

Variáveis	n	%
Idade		
≥ 20 anos	160	74,8
< 20 anos	54	25,2
Cor/Raça		
Branca	47	22,0
Preta	40	18,7
Pardas	124	57,9
Amarelas e Indígenas	3	1,4
Escolaridade		
Menos de 8 anos de estudo	91	42,5
8 ou mais anos de estudo	123	57,5
Situação de Trabalho		
Com trabalho remunerado	51	23,8
Sem trabalho remunerado	163	76,2
Situação Conjugal		
Vive com companheiro	175	81,8
Não vive com companheiro	39	18,2
Nº de pessoas no domicílio		
1 a 3	111	51,9
4 ou mais	103	48,1
Indicador de Bens		
≤1	101	47,2
>1	113	52,8
Recebe Bolsa Família		
Sim	33	15,4
Não	181	84,6
Nuliparidade		
Não	131	61,2
Sim	83	38,8
Idade Gestacional no Início do Pré-Natal		
< 17 semanas	152	71,0
≥ 17 semanas	62	29,0
Idade Gestacional na Entrevista		
< 17 semanas	41	19,2
17 a 22 semanas	33	15,4
23 a 28 semanas	39	18,2
29 a 34 semanas	46	21,5
35 a 37 semanas	33	15,4
≥ 38 semanas	22	10,3

A amostra de gestantes era composta, em sua maioria, de mulheres adultas (74,8%), pardas (57,9%), com 8 ou mais anos de estudo (57,5%), sem trabalho remunerado (76,2%), que viviam com companheiro (81,8%) e que moravam com até mais duas pessoas (51,9%).

O valor do indicador de bens variou de zero a cinco e 52,8% das gestantes apresentaram indicador de bens maior que um. Destaca-se, entretanto, que 84,6% (n=181) das gestantes relataram não serem beneficiárias do programa bolsa família, embora 39 dessas tenham informado uma renda *per capita* menor que R\$120,00.

Entre as 214 gestantes entrevistadas, 61,2% já tinham tido um ou mais filhos e 71% tiveram início precoce do pré-natal.

Como pode ser observado na tabela 2, 87,4% das gestantes tiveram a razão de registros de peso atual no cartão de pré-natal por número de consultas em conformidade, valor que foi de 93,9% para a razão de registro de pressão arterial por número de consultas.

Tabela 2. Conformidade dos procedimentos de assistência nutricional no pré-natal, segundo registros do cartão de pré-natal. Rio de Janeiro - RJ, 2007.

Procedimentos	Conformidade % (n)	Total
Razão de registros do peso atual por nº de consultas $\geq 0,75$	87,4 (187)	214
Razão de registros de pressão arterial por nº de consultas $\geq 0,75$	93,9 (201)	214
Razão de registros de presença de edema por nº de consultas $\geq 0,75$	17,1 (20)	117
Razão de marcações no gráfico de avaliação do estado nutricional por nº de consultas $\geq 0,75$	3,1 (3)	97
Registro de peso pré-gestacional	65,9 (141)	214
Registro de estatura	57,7 (112)	194
Registro de prescrição de sulfato ferroso	16,4 (23)	140
Registro de prescrição de ácido fólico	16,4 (23)	140
Registro do resultado do exame de Hemoglobina	67,8 (82)	121
Registro do resultado do exame de Glicemia de Jejum	78,5 (95)	121

A razão de registros de edema por números de consultas estava em conformidade para 17,1% (n=20) das gestantes que portavam cartões com campos para registro de edema (n=117).

O modelo de cartão atual do Ministério da Saúde (2005), único que possui o gráfico de IMC/semana de gestação, era portado por 97 gestantes, sendo que 90,7% não tinham qualquer marcação no gráfico e apenas 3,1% possuíam conformidade da razão do número de marcações no gráfico por número de consultas.

O registro de peso pré-gestacional foi feito em 65,9% dos cartões de pré-natal. Entre as gestantes que possuíam cartões com campos para registro de estatura (n=194), 57,7% apresentaram registro.

Ao considerar apenas as gestantes com 23 ou mais semanas de gestação na data da entrevista (n=140), o registro no cartão de pré-natal da prescrição de sulfato ferroso e de ácido fólico ocorreu para 16,4%.

O registro do primeiro exame de hemoglobina foi encontrado em 67,8% dos cartões avaliados (n=121) e o de glicemia de jejum em 78,5%.

Ao estratificar as gestantes segundo grupo de idade, de escolaridade, de situação de trabalho, de situação conjugal e de recebimento de bolsa família, não foi verificada diferença na proporção de conformidade para nenhum dos procedimentos, segundo registro no cartão de pré-natal, ao nível de 5% de significância.

Estratificando as gestantes segundo número de pessoas no domicílio, verificou-se diferença significativa da proporção de conformidade entre os grupos para dois procedimentos: registro de peso pré-gestacional no cartão ($p=0,023$) e registro de estatura no cartão ($p=0,023$). A conformidade desses procedimentos foi de, respectivamente, 73% e 65,7% para as gestantes que moram com até mais duas pessoas e de 58,2% e 49,5% para as que moram com três pessoas ou mais.

A diferença significativa da proporção de conformidade para o procedimento “registro de estatura no cartão”, também foi observada ao estratificar as gestantes segundo paridade ($p=0,022$), verificando-se uma conformidade de 68% para as nulíparas e 51,3% para as que já tiveram um ou mais partos.

Ao estratificar as gestantes em grupos segundo categorias do indicador de bens, verifica-se diferença significativa da proporção de conformidade entre os grupos para o procedimento “registro do 1º exame de glicemia” ($p=0,037$), com 72,7% entre as com indicador de bens menor ou igual a um e 88,1% para as com indicador de bens maior que um.

Como pode ser observado na tabela 3, segundo informações obtidas através das entrevistas, 92,1% das gestantes afirmaram que foram pesadas em todas as consultas de pré-natal e 60,7% responderam que sua estatura foi aferida no pré-natal.

A questão sobre aferição da pressão arterial foi respondida por 200 gestantes, das quais, 98,5% afirmaram que tiveram a pressão arterial aferida em todas as consultas. Todas as gestantes afirmaram que o exame de sangue foi solicitado durante o pré-natal.

Entre as gestantes para as quais foi avaliado o recebimento de orientações alimentares, 31,5% referiram o recebimento de 7 a 8 das orientações pesquisadas, 38,9% relataram terem sido orientadas quanto as quantidades e os alimentos que deveriam comer em cada refeição e 14,8% receberam alguma orientação por escrito sobre alimentação na gravidez.

Tabela 3. Conformidade dos procedimentos de assistência nutricional no pré-natal, segundo entrevista com a gestante. Rio de Janeiro - RJ, 2007.

Procedimentos	Conformidade %(n)	Total
Aferição do peso atual	92,1 (197)	214
Aferição da pressão arterial	98,5 (197)	200
Aferição de estatura	60,7 (130)	214
Solicitação de exame de sangue	100,0 (214)	214
Recebimento de 7 a 8 Orientações Alimentares	31,5 (51)	162
Recebimento de orientação sobre:		
comer mais frutas e legumes	88,3 (143)	162
beber mais leite, iogurte ou queijo	72,2 (117)	162
beber bastante água	90,1 (146)	162
comer menos sal	77,8 (126)	162
comer mais feijão	74,1 (120)	162
comer fígado 1 vez por semana	56,8 (92)	162
as quantidades e os alimentos que deveria comer em cada refeição	38,9 (63)	162
orientação por escrito sobre alimentação na gravidez	14,8 (24)	162
Orientação correta sobre ganho de peso	28,3 (26)	92
Prescrição de sulfato ferroso	98,6 (138)	140
Prescrição de ácido fólico	81,2 (112)	138
Orientação para o uso do sulfato ferroso	30,0 (42)	140

O recebimento de alguma forma de orientação sobre alimentação foi referido por 92% (n=149) das gestantes avaliadas para esse critério (n=162), das quais, 65,1% (n=97) afirmaram que quem fez a orientação foi o enfermeiro, 24,2% (n=36) o médico,

8,7% (n=13) o médico e o enfermeiro, 1,3% (n=2) o médico, o enfermeiro e o nutricionista e 0,7% (n=1) o nutricionista. Entre elas, 97,4% (n=145) informaram que receberam orientação na consulta.

Do total de gestantes com informações disponíveis para o cálculo do IMC inicial (n=171), 6,4% (n=11) foram classificadas com baixo peso, 62% (n=106) como eutróficas, 19,3% (n=33) como sobrepeso e 12,3% (n=21) como obesas.

Ao considerar as gestantes que tinham informação sobre o IMC inicial, 127 destas já deveriam ter recebido orientação nutricional, segundo o critério utilizado neste estudo. Para as que estavam com o IMC inicial inadequado (51/127), 47,1% (n=24) receberam orientação sobre as quantidades e os alimentos que deveriam comer em cada refeição e 19,6% (n=10) receberam alguma orientação por escrito sobre alimentação na gravidez. Entre as que estavam com o IMC inicial adequado (76/127), esses valores foram de 36,8% (n=28) e 15,8% (n=12). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa, ao nível de 5%, entre as proporções de recebimento de orientações entre os grupos com IMC inicial adequado e inadequado.

Para as 121 gestantes que seriam avaliadas quanto à adequação da orientação recebida sobre o ganho de peso da penúltima para a última consulta, segundo o critério utilizado neste estudo, 99 tinham informações disponíveis para o cálculo, nenhuma tinha gestação gemelar, entretanto, sete apresentaram edema, sendo excluídas dessa análise. Ao avaliar as 92 gestantes, verificou-se que 28,3% (n=26) receberam a orientação correta sobre o seu ganho de peso (tabela 4), valor que foi de 21,1% (n=15) para as gestantes que tiveram ganho de peso semanal abaixo ou acima do recomendado (n=71) e de 52,4% (n=11) ao considerar as gestantes que tiveram ganho de peso semanal adequado (n=21). A diferença entre as proporções de recebimento de orientação correta sobre o ganho de peso entre os grupos com ganho semanal adequado e inadequado foi significativa ao nível de 5% (p=0,005).

O ganho de peso inadequado foi observado entre 71 gestantes, das quais 43,7% (n=31) receberam orientação sobre as quantidades e os alimentos que deveriam comer em cada refeição e 15,5% (n=11) receberam alguma orientação por escrito sobre alimentação na gravidez. Para as que tiveram o ganho de peso adequado (n=21), esses valores foram de 52,4% (n=11) e 23,8% (n=5). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa, ao nível de 5%, entre as proporções de recebimento de orientações alimentares entre os grupos com ganho de peso inadequado e adequado.

Tabela 4. Ganho de peso da última para a penúltima consulta de pré-natal e orientação recebida sobre o ganho de peso. Rio de Janeiro - RJ, 2007. (n=92)

Orientação recebida sobre o ganho de peso	Ganho de peso da última para a penúltima semana			
	Abaixo do recomendado	Adequado	Acima do recomendado	Total
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Não receberam orientação	15,8 (6)	28,6 (6)	24,2 (8)	21,7 (20)
Correta	5,3 (2)	52,4 (11)	39,4 (13)	28,3 (26)
Incorreta	78,9 (30)	19,0 (4)	36,4 (12)	50,0 (46)
Total	100,0 (38)	100,0 (21)	100,0 (33)	100,0 (92)

Entre as gestantes que, na entrevista, estavam com 23 ou mais semanas de gestação (n=140), 98,6% (n=138) referiram a prescrição de sulfato ferroso e 30% (n=42) receberam orientação para tomar o suplemento uma hora antes das refeições. Vale ressaltar que 70,7% (n=99) das gestantes relataram o uso do sulfato ferroso ou outro remédio com ferro.

Ao considerar as gestantes que tinham registro no cartão de pré-natal do primeiro exame de hemoglobina e que foram entrevistadas com 23 ou mais semanas de gestação (n=82), entre as 13 que apresentaram anemia leve, moderada ou grave (hemoglobina menor que 11g/dL), 38,5% (n=5) receberam orientação para tomar o sulfato ferroso uma hora antes das refeições, valor que foi de 24,6% (n=17) entre as não-anêmicas (n=69). Ressalta-se, entretanto, que não foi verificada diferença significativa entre as proporções de orientações adequadas para uso do sulfato ferroso entre os grupos de mulheres com anemia e não anêmicas.

Para as 138 gestantes que estavam com 23 ou mais semanas de gestação e responderam a questão sobre a prescrição de ácido fólico, 81,2% (n=112) informaram que o mesmo foi prescrito.

Com relação às informações obtidas através de entrevista com as gestantes, ao estratificar as gestantes segundo grupo de idade, de situação de trabalho, de situação conjugal, de paridade e de recebimento de bolsa família, não foi verificada diferença da proporção de conformidade para nenhum dos procedimentos, ao nível de 5% de significância.

Estratificando as gestantes segundo escolaridade, o único procedimento para o qual se verificou diferença significativa da proporção de conformidade entre os grupos

foi “receber orientação para beber bastante água” ($p=0,037$), a qual foi de 95,7% entre as gestantes com menos de oito anos de estudo e 85,9% entre as com oito ou mais anos.

Ao estratificar os grupos segundo número de pessoas no domicílio, verificou-se diferença significativa da proporção de conformidade entre os grupos para o procedimento “receber orientação para comer mais frutas e legumes” ($p=0,024$), que foi de 93,9% para as gestantes que moram com até mais duas pessoas e 82,5% para as gestantes que moram com três pessoas ou mais.

A estratificação das gestantes segundo categorias do indicador de bens, apontou uma diferença significativa da proporção de conformidade entre os grupos para o procedimento “receber orientação por escrito sobre alimentação na gravidez” ($p=0,025$), com 8% entre as com indicador de bens menor ou igual a um e 20,8% para as com indicador de bens maior que um.

O valor da estatística Kappa ajustada das informações de registro/ aferição do peso atual (0,81) e da pressão arterial (0,84) foram quase perfeitas, enquanto a de registro/ aferição de estatura (0,47) foi moderada e as de registros/ prescrições de sulfato ferroso (-0,61) e de ácido fólico (-0,35) foram pobres.

O percentual de gestantes que tiveram todos os procedimentos tipo I, II, III e IV em conformidade foi de respectivamente, 0%, 79,9%, 7,1% e 13,6%.

Discussão

O estudo apontou que as aferições e registros de peso atual e pressão arterial nas consultas do pré-natal estão fixadas entre as atividades de rotina, com alta confiabilidade entre as informações fornecidas pelas gestantes na entrevista e registradas no cartão.

Embora os indicadores utilizados nesse estudo não sejam estritamente comparáveis com os de outros, a incorporação da pesagem e aferição de pressão arterial na rotina do pré-natal é corroborada pelo estudo de Carvalho *et al* (2004), que aponta que mais de 90% das gestantes entrevistadas relataram que essas aferições são sempre realizadas¹², pelo estudo de Parada (2008), que observou que menos de 10% dos prontuários não tinham registro de peso e pressão arterial em todas as consultas¹³ e pelo estudo de Coutinho *et al* (2003), que verificou que mais de 75% dos cartões tinham cinco ou mais registros dessas medidas¹¹.

O registro e aferição da estatura, no entanto, não são tão amplamente fixados nas rotinas de pré-natal das equipes de saúde da família, apresentando cerca de 60% de

conformidade para as duas fontes de informação, com confiabilidade moderada entre elas. Aponta-se, ainda, que o registro mostrou-se mais valorizado para mulheres nulíparas, porém não foi verificada a maior aferição ou registro de estatura de gestantes adolescentes, o que preocupa devido ao crescimento que estas gestantes apresentam ao longo da gestação²². Ressalta-se que a ausência de informação sobre estatura prejudica a avaliação do estado nutricional inicial da gestante, a avaliação do ganho de peso e do estado nutricional ao longo da gestação.

A baixa valorização dada à avaliação e ao acompanhamento do estado nutricional e ganho de peso é reforçada pelo baixo preenchimento do gráfico de IMC por semana gestacional e dos campos referentes à presença de edema, problemas já descritos em outros estudos^{11,14}. O baixo preenchimento dos campos presentes no cartão de pré-natal preocupa, pois esse instrumento de registro tem o papel de permitir o fluxo de informações entre os serviços de saúde e o acompanhamento da evolução da gravidez, do parto e do puerpério²².

Com relação aos procedimentos tipo II, verifica-se que a solicitação de exame de sangue é uma atividade já incorporada à rotina do pré-natal, porém cerca de um terço das gestantes avaliadas não têm registro do primeiro exame de hemoglobina e/ou de glicemia de jejum no cartão de pré-natal.

Ressalta-se que percentuais relativamente similares para registro desses dois exames no cartão foram encontrados em um estudo realizado no estado de Minas Gerais¹¹, enquanto dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 revelaram que a realização de exame de sangue no pré-natal foi referida por 94,1% das mulheres na região Sudeste¹. É possível que esteja ocorrendo uma carência de registro dos resultados dos exames no cartão de pré-natal e até uma demora na realização dos mesmos.

Com relação aos procedimentos tipo III, parece que a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico está bem implementada entre as rotinas de pré-natal das equipes de saúde da família, ainda que haja um baixo registro dessas prescrições nos cartões, com uma confiabilidade pobre entre as duas fontes de informação.

O baixo registro da prescrição dos suplementos pode ocorrer pelo fato deste campo não estar presente em todos os modelos dos cartões utilizados, desestimulando o preenchimento do mesmo pelos profissionais¹⁷. A confiabilidade pobre entre as informações sobre suplementação obtidas por meio dos cartões e das entrevistas com gestantes também pode ser resultado do desconhecimento, por parte de algumas gestantes, da composição dos suplementos que fazem uso¹⁶.

Apesar de ter sido encontrada uma prevalência importante de anemia (15,8%) entre as mulheres com mais de 23 semanas de gestação que tinham registro do exame de hemoglobina no cartão (n=82), a mesma foi inferior à observada para gestantes atendidas em uma maternidade do Município do Rio de Janeiro (22,9%)³ e para mulheres em idade reprodutiva residentes na Região Sudeste do Brasil (28,5%)¹, o que chama a atenção para a possível existência de gestantes com anemia não diagnosticada entre as sem registro de hemoglobina. Mostra-se relevante a carência de recebimento de orientações durante o pré-natal sobre a forma adequada de ingerir o sulfato ferroso e o fato de quase um terço das gestantes não estarem fazendo uso desse suplemento.

Para os procedimentos tipo IV foi observado 13,6% de conformidade. Verificou-se que orientações sobre alimentação saudável, mais amplamente divulgadas na sociedade, como comer mais frutas e legumes, beber mais leite, iogurte ou queijo, beber bastante água, comer menos sal, comer mais feijão foram recebidas por mais de 70% das gestantes. A orientação para comer fígado uma vez por semana foi recebida por 56,8% das gestantes, sugerindo uma necessidade de incentivo à introdução desse alimento na dieta das gestantes como fonte importante de ferro e vitamina A²⁴.

Ainda com relação à oferta de orientações alimentares, destaca-se que as gestantes que moravam com menos de três pessoas e as que tinham indicador de bens maior que um, tiveram um maior relato de recebimento de algumas orientações sobre o consumo de alimentos. Uma hipótese para esses achados é a de que os profissionais de saúde da família não abordem a questão da qualidade e quantidade de consumo de alimentos para algumas famílias grandes, de baixa renda, por saberem de sua dificuldade para adquirir os alimentos. Outra hipótese, é a de que as mulheres com famílias maiores e de baixa renda, não valorizem a orientação recebida, por não terem condição de adquirir esses alimentos ou por oferecerem os mesmos, preferencialmente, para seus filhos, sugerindo uma maior fixação da orientação quando ela está inserida na realidade vivida. Vale destacar que, o perfil das mulheres entrevistadas revelou gestantes em situação de pobreza³¹, que afirmaram não serem beneficiárias do programa bolsa família, apontando para uma possível condição de insegurança alimentar¹.

Ressalta-se que as orientações nutricionais mais específicas, como as quantidades e os alimentos que deveria comer em cada refeição, orientação por escrito sobre alimentação na gravidez, orientação correta sobre o ganho de peso (procedimentos tipo IV) e orientação para o uso do sulfato ferroso uma hora antes das refeições (procedimento tipo III) foram recebidas por menos de 40% das gestantes. Tal fato

aponta para o despreparo dos profissionais da equipe mínima para lidar com questões nutricionais, que não são específicas de suas profissões.

Em um estudo qualitativo realizado com equipes de saúde da família com o objetivo de apontar as principais dificuldades encontradas pela equipe mínima, os profissionais entrevistados, relataram realizar diversas atividades que não são específicas de suas profissões, devido à falta de profissionais na equipe. Os entrevistados referiram realizar orientação alimentar, através de “dicas” sobre alimentação saudável³². Entre os problemas encontrados pela equipe de saúde da família no atendimento à população ressaltam-se a carência de profissionais da equipe mínima¹⁷, a falta de outros profissionais que não fazem parte dessa equipe³² e a dificuldade para encaminhar os pacientes para as especialidades^{17,32}, problemas que levam à não oferta de uma atenção integral à saúde da população atendida pelas equipes de saúde da família¹⁷.

Destaca-se que 38% das gestantes que tinham informação sobre estatura e peso inicial estavam com risco nutricional no início da gestação (baixo peso, sobrepeso ou obesidade) e que entre as 92 gestantes para as quais a verificação da adequação da orientação sobre o ganho de peso foi possível, 77,2% tiveram o ganho de peso semanal menor do que o mínimo recomendado ou superior ao máximo recomendado.

Ressalta-se ainda, que a proporção de relato de recebimento de orientações nutricionais mais específicas, não mostrou diferença significativa, ao nível de 5%, ao comparar os grupos com IMC pré-gestacional adequado e inadequado e com ganho de peso semanal adequado e inadequado, o que pode ter ocorrido devido ao reduzido tamanho amostral. Já a proporção de orientação correta sobre o ganho de peso semanal foi significativamente menor, ao nível de 5%, entre as gestantes que tiveram ganho de peso semanal inadequado. Preocupa ainda mais a presença de 18,2% (n= 22) das gestantes que não tinham informações disponíveis para a avaliação do ganho de peso e que possivelmente não receberam uma orientação correta.

Estes resultados apontam para uma grande necessidade de assistência nutricional na população atendida pelas sete unidades de saúde da família avaliadas, visando obter melhores desfechos materno-infantis. Ressaltam a necessidade de treinamento da equipe de saúde da família para a valorização e correta realização dos seguintes procedimentos: aferição e registro das informações antropométricas e de exame físico; avaliação do estado nutricional inicial da gestante, do ganho de peso e do estado nutricional ao longo da gestação; oferta de orientações gerais para as gestantes sobre alimentação saudável; encaminhamento oportuno da gestante para o nutricionista.

A importância dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela portaria 154/08³³, bem como da inclusão do nutricionista como componente dos mesmos, para a ampliação da abrangência, da integralidade e da resolutividade da assistência pré-natal, ganha maior visibilidade neste trabalho. Esse profissional, ao ser inserido em uma estratégia que tem como campos de intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente, tem a competência necessária para realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção, diagnóstico e tratamento dos distúrbios nutricionais pré-gestacionais, gestacionais e carências nutricionais específicas, educação dos componentes da equipe de saúde da família na área de alimentação e nutrição e, como descrito por Assis *et al* (2002), propor orientações nutricionais adequadas à cultura, às condições fisiológicas e à disponibilidade de alimentos³⁴. Os profissionais da equipe mínima e do NASF devem compartilhar seus conhecimentos, permitindo uma visão ampliada da saúde a partir do trabalho multidisciplinar, em direção a uma assistência integral à saúde da população.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília : Ministério da Saúde; 2009.
2. Nucci LB, Duncan BB, Mengue SS, Branchtein L, Schmidt MI, Fleck ET. Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2001, 17(6):1367-74.
3. Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF, Accioly E. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(10):511-8.
4. Lacerda EMA, Kac G, Cunha CB, Leal MC. Consumo alimentar na gestação e no pós-parto segundo cor da pele no município do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(6): 985-94.

5. Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Britto MMS. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 502-7.
6. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health* 2001; 91:436-40.
7. WHO (World Health Organization). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1995.
8. Barros DC, Perreira RA, Gama SGN, Leal MC. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1 Suppl):121-9.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10-49 anos, com ênfase na mortalidade materna – Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde; 2006.
11. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(10):717-24.
12. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2 Suppl): 220-30.
13. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev Bras Saúde Matern. Infant* 2008; 8 (1): 113-12.

- 14.Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Prenatal care at the primary health care level: an assessment of the structure and process. *Cad Saúde Publica*. 2001;17(1):131-9.
- 15.Santos LA dos, Mamede FV, Clapis MJ, Bernardi JVB. Nutritional guidance during prenatal care in public health services in Ribeirão Preto: discourse and care practice. *Rev Latinoam Enferm* 2006; 14(5):689-94.
- 16.Mezzomo CLS, Garcias GL, Scowitz ML, Scowitz IT, Brum CB, Fontana T, Unfried RI. Prevenção de defeitos do tubo neural:prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11):2716-26.
- 17.Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação da estrutura da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades do Programa de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* 2010; submetido.
- 18.Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Leal MC. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(3): 446-57.
- 19.Donabedian A. The Quality of Care – How can it be accessed? *JAMA* 1988; 260(12): 1145-50.
- 20.Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos. IN: Hartz, ZMA. Avaliação em Saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29 – 47.
- 21.Scriven M. The Methodology of Evaluation. *Social Science Education Consortium* 1966; (110): 1-58.
- 22.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

- 23.Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 24.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 25.Atalah E, Castillo C, Castro R, Aldea A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Revista Médica do Chile* 1997; 125: 1429-36.
- 26.Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Nutrition During Pregnancy and Lactation: An Implementation Guide. Washington DC: National Academy Press; 1992.
- 27.Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Nutrition during Pregnancy. Washington DC: National Academy Press; 1990.
- 28.Saunders C, Bessa TCCA, Padilha PC. Assistência Nutricional Pré-natal. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009: 103-124.
- 29.Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, Prevalence and Kappa. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(5): 423-29.
- 30.Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-174.
- 31.Brasil. Decreto nº. 5.749. Diário Oficial da União 2006; 12 abr.
- 32.Loeh-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA.Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(Supl. 1):1463-1472.

33. Brasil. Portaria nº. 154. Diário Oficial da União 2008; 25 jan.

34. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutr Campinas 2002; 15(3):255-266.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresenta informações que possibilitarão um maior entendimento sobre o funcionamento da assistência nutricional no pré-natal em unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro e tem o papel de subsidiar reflexões e discussões entre profissionais e gestores, com um objetivo fundamental de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção oferecida à população. Nesta etapa de conclusão do trabalho, mostra-se oportuno destacar limitações do estudo e alguns resultados e discussões relevantes, bem como recomendações para o aprimoramento da assistência nutricional no pré-natal.

Uma limitação do estudo que merece ser destacada refere-se à possibilidade de incompletude dos registros no cartão de pré-natal e das informações obtidas através de entrevistas com as gestantes, utilizadas para a avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal. Os procedimentos podem ter sido realizados, porém não registrados ou registrados de forma inadequada no cartão de pré-natal e as entrevistadas podem ter tido dificuldades em entender algumas perguntas ou não terem lembrado se os procedimentos foram ou não realizados. A estratégia utilizada para minimizar este problema foi a conjugação de mais de uma fonte de informação para avaliar a assistência e a verificação da confiabilidade das informações obtidas de duas fontes.

Uma outra limitação importante refere-se à generalização dos resultados obtidos. A avaliação da assistência nutricional no pré-natal realizada é referente a sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro, as quais estavam inseridas em cinco das seis áreas programáticas de maior expansão da Estratégia de Saúde da Família, já tinham pelo menos seis meses de implantação, possuíam um maior número de equipes e não estavam inseridas em comunidades de alta violência no período de coleta de dados. Pode-se supor que essas unidades apresentem um atendimento melhor estruturado que o oferecido em outras unidades que não apresentem essas características.

A avaliação da conformidade da estrutura apontou que todas as unidades estudadas apresentaram os equipamentos adequados ao elenco de ações de assistência nutricional (balança eletrônica ou mecânica, esfigmomanômetro e antropômetro), enquanto os resultados obtidos com a avaliação do processo revelaram que as aferições e registros de peso atual e pressão arterial nas consultas do pré-natal estão fixadas entre as atividades de rotina. Apesar disso, verificou-se, por meio da observação direta da

estrutura, a falta do registro de manutenção preventiva das balanças para seis unidades de saúde da família.

Observou-se que o registro e a aferição da estatura não estão tão amplamente fixados nas rotinas de pré-natal e que o preenchimento dos campos referentes à presença de edema e do gráfico de IMC por semana gestacional foi muito baixo, o que aponta para a baixa valorização dada à avaliação e ao acompanhamento do estado nutricional e do ganho de peso das gestantes.

Esses resultados reforçam a necessidade de um cronograma de manutenção periódica dos equipamentos, visando à qualidade das medidas obtidas, e também apontam para a necessidade de treinamento da equipe de saúde da família para a valorização e correta realização dos seguintes procedimentos: aferição e registro das informações antropométricas e de exame físico; avaliação do estado nutricional inicial da gestante, do ganho de peso e do estado nutricional ao longo da gestação; da oferta de orientações gerais para as gestantes sobre alimentação saudável.

Durante a avaliação da conformidade da estrutura, todos os profissionais entrevistados afirmaram que a solicitação de exames bioquímicos e de exames de glicemia de jejum faz parte da rotina de atendimento à gestante e os resultados obtidos com a avaliação do processo também apontaram que a solicitação de exame de sangue é uma atividade já incorporada à rotina do pré-natal. Entretanto, verificou-se que cerca de um terço das gestantes avaliadas não apresentaram registro do primeiro exame de hemoglobina e/ou de glicemia de jejum, levando a supor que esteja ocorrendo uma carência de registro dos resultados dos exames no cartão de pré-natal e até uma demora na realização dos mesmos.

A avaliação da conformidade da estrutura também revelou que as sete unidades de saúde da família estudadas tinham dispensário de medicamentos. A prescrição dos suplementos vitamínicos e minerais mostrou-se bem implementada entre as rotinas de pré-natal das equipes de saúde da família, apesar do baixo registro da mesma nos cartões. A possível distribuição irregular dos suplementos, a carência de recebimento de orientações durante o pré-natal sobre a forma adequada de ingerir o sulfato ferroso e o fato de quase um terço das gestantes não estarem fazendo uso desse suplemento preocupam devido à prevalência de anemia importante encontrada na amostra estudada (15,8%) e a possível existência de gestantes com anemia não diagnosticada entre as sem registro de hemoglobina.

Apesar dos profissionais das sete unidades de saúde da família terem afirmado utilizar o cartão de pré-natal no acompanhamento da gestante, verificou-se uma baixa

utilização do modelo mais recente (2005), o que acarreta a carência de campos específicos de registro e pode levar ao menor registro das informações por parte dos profissionais. Face ao exposto, considera-se de grande importância a utilização de um modelo único de cartão de pré-natal e o treinamento e a conscientização dos profissionais para que façam o registro correto das informações, as quais são importantes para permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério e para garantir o fluxo de informações entre os serviços de saúde.

Todas as unidades de saúde da família tinham uma sala para a realização de atividades educativas e os profissionais asseguraram que tais atividades são realizadas. Destaca-se que apenas 37,4% das gestantes entrevistadas afirmaram saber que a unidade de saúde da família realiza atividades educativas em grupo com gestantes. Na avaliação da conformidade do processo verificou-se que as orientações nutricionais foram fornecidas principalmente por enfermeiros, em consultas individuais, apontando para a baixa valorização dada às atividades educativas em grupo, que também são um espaço importante para a promoção de práticas alimentares saudáveis e propiciam momentos de troca entre os profissionais, as gestantes, os familiares e a comunidade.

Orientações sobre alimentação saudável, mais amplamente divulgadas na sociedade, como comer mais frutas e legumes, beber mais leite, iogurte ou queijo, beber bastante água, comer menos sal, comer mais feijão foram recebidas por mais de 70% das gestantes. A orientação para comer fígado uma vez por semana, foi recebida por 56,8% das gestantes, sugerindo uma necessidade de incentivo à introdução desse alimento na dieta das mesmas, como fonte importante de ferro e vitamina A^{54,90}.

Ainda com relação à oferta de orientações alimentares, destaca-se que as gestantes que moravam com menos de três pessoas e as que tinham indicador de bens maior que um, tiveram um maior relato de recebimento de algumas orientações sobre o consumo de alimentos. Uma hipótese para esses achados é a de que os profissionais de saúde da família não abordem a questão da qualidade e quantidade de consumo de alimentos para algumas famílias grandes, de baixa renda, por saberem de sua dificuldade para adquirir os alimentos. Outra hipótese, é a de que as mulheres com famílias maiores e de baixa renda, não valorizem a orientação recebida, por não terem condição de adquirir esses alimentos ou por oferecerem os mesmos, preferencialmente, para seus filhos, sugerindo que orientações fragmentadas e descontextualizadas da realidade das famílias podem não fazer sentido para quem, passivamente, as recebe. Vale destacar que, o perfil das mulheres entrevistadas revelou gestantes em situação de

pobreza¹¹⁴, que afirmaram não serem beneficiárias do programa Bolsa Família, apontando para uma possível condição de insegurança alimentar³⁰.

Mostrou-se relevante o fato de que as orientações nutricionais mais específicas foram recebidas por menos de 40% das gestantes, o que aponta para o despreparo dos profissionais da equipe mínima para lidar com questões nutricionais, que não são específicas de suas profissões.

Observou-se que 38% das gestantes que tinham informação sobre estatura e peso inicial (pré-gestacional ou na primeira consulta) estavam com risco nutricional no início da gestação (baixo peso, sobrepeso ou obesidade) e que entre as 92 gestantes para as quais a verificação da adequação da orientação sobre o ganho de peso foi possível, 77,2% tiveram o ganho de peso semanal inadequado. Ressalta-se ainda, que a proporção de relato de recebimento de orientações nutricionais mais específicas não mostrou diferença significativa, ao nível de 5%, ao comparar os grupos com IMC pré-gestacional adequado e inadequado e com ganho de peso semanal adequado e inadequado, o que pode ter ocorrido devido ao reduzido tamanho amostral. Já a proporção de orientação correta sobre o ganho de peso semanal foi significativamente menor, ao nível de 5%, entre as gestantes que tiveram o ganho de peso semanal inadequado. Preocupa ainda mais a presença de 18,2% das gestantes que não tinham informações disponíveis para a avaliação do ganho de peso e que possivelmente não receberam uma orientação correta.

Os problemas mais preocupantes detectados na estrutura da assistência nutricional prestada pelas sete unidades de saúde da família da rede do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro foram as carências de recursos humanos e de referência das gestantes para um profissional especializado. Com relação ao processo, preocupam a grande necessidade de assistência nutricional, a baixa valorização dada à avaliação e ao acompanhamento do estado nutricional e do ganho de peso e a pouca oferta de orientações nutricionais específicas.

A carência de profissionais da equipe mínima ou o número de cidadãos cadastrados superior ao máximo recomendado pode impedir a realização das atividades de menor complexidade por baixa disponibilidade de profissionais, enquanto os problemas de referência para as especialidades fazem com que não seja oferecida uma atenção integral à saúde da população atendida pelas equipes de saúde da família. Devido à falta de um profissional especializado para desempenhar ações de alimentação e nutrição e capacitado para educar, permanente, os componentes da equipe de saúde da família, os profissionais da equipe mínima acabam realizando diversas atividades para

as quais não estão treinados e que não são específicas de suas profissões e fornecem uma assistência nutricional fragmentada e incompleta.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de que sejam incorporadas ao Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde⁸³ as orientações alimentares gerais a serem fornecidas a todas as gestantes, atualmente disponíveis no Guia Alimentar para a População Brasileira⁹⁰, os pontos de corte de IMC pré-gestacional da WHO (1995)⁴⁰ para adultas e adolescentes, atualmente disponíveis no Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional⁸⁹, bem como os critérios de encaminhamento para consultas com nutricionistas, tendo em vista que uma adequada realização pela equipe de saúde da família das atividades de avaliação nutricional propostas no Manual do Ministério da Saúde revelará uma grande demanda por assistência nutricional especializada.

As informações apresentadas apontam a importância dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela portaria 154/08¹¹⁵, na ampliação da abrangência, da integralidade e da resolutibilidade da assistência pré-natal. Espera-se que através da parceria das equipes de saúde da família e dos NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre eles o nutricionista, haja uma redução na dificuldade de referenciar a gestante para o profissional especializado, prevendo um acompanhamento integral e longitudinal da mesma, de responsabilidade das equipes multiprofissionais.

O Nutricionista, ao ser inserido na estratégia de saúde da família, no âmbito da assistência pré-natal, tem a competência necessária para realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção, diagnóstico e tratamento dos distúrbios nutricionais pré-gestacionais (baixo peso, sobrepeso/obesidade), gestacionais (ganho de peso inadequado), carências nutricionais específicas (anemia e hipovitaminose A), rastrear e cuidar das intercorrências da gestação (hipertensão arterial e diabetes gestacional) e, como descrito por Assis *et al* (2002), propor orientações nutricionais adequadas à cultura, às condições fisiológicas e à disponibilidade de alimentos no meio¹¹⁶. Essas ações, dentro da estratégia de saúde da família, podem ser desenvolvidas através de consultas multiprofissionais, visitas domiciliares, grupos educativos e educação permanente dos componentes da equipe de saúde da família¹¹⁷, de forma que os nutricionistas e demais profissionais compartilhem seus conhecimentos específicos com a equipe e com a comunidade, permitindo uma visão ampliada da saúde a partir do trabalho em equipe multidisciplinar, em direção a uma assistência integral à saúde da população.

É evidente o papel da estratégia de saúde da família como instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde e é apontada para o futuro uma adoção mais homogênea dessa estratégia pelos municípios brasileiros⁴. Ressalta-se, entretanto, que o alcance de um novo modelo de assistência, que tenha como foco o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente e que ofereça um atendimento integral à saúde das gestantes, ainda é um grande desafio no Município do Rio de Janeiro.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. *Public Health Rep* 2001; 116:306-16.
2. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10 (3): 651-7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Viana ALDA, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 1998; 8 (2): 11-48.
5. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
6. Brasil. Portaria nº 1.886. Diário Oficial da União 1997; 22 dez.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Brasil. Portaria nº 95. Diário Oficial da União 2001; 29 jan.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Pan American Health Organization (PAHO). The Millennium Development Goals in the Americas. *Epidemiological Bulletin* 2004; 25(2): 1-2.
11. Countdown Coverage Writing Group. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. *The Lancet* 2008; 371: 1247 – 58.

12. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos Para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde [Internet]. Brasília: MS [acessado durante o ano de 2009, para informações de 2000, 2004, 2007 e 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
14. Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF *et al*. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(10):511-8.
15. Visnadi, HG CJ. Avaliação do consumo alimentar no início da gestação de mulheres obesas e resultados maternos e perinatais após a implantação de um programa de orientação dietética [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
16. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:487-92.
17. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:371-8.
18. Menezes AMB, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R, Oliveira ALB. Risk factors for perinatal mortality in an urban area of Southern Brazil, 1993. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:209-16.
19. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Med J* 2001; 119:33-43.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10-49 anos, com ênfase na mortalidade materna – Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde; 2006.

21. Theme-Filha MM, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(2):397-403.
22. Geller SE, Adams MG, Kominiarek MA, Hibbard JU, Endres LK, Cox SM, *et al.* Reliability of a preventability model in maternal death and morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(1):57-8.
23. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *Br Med Bull* 2003; 67:231-43.
24. Souza JPD, Duarte G, Basile Filho A. Near miss maternal mortality in developing countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104:80.
25. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:985–90.
26. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 2001; 322:1089–93.
27. Souza JP, Cecatti JG. The near-miss maternal morbidity scoring system was tested in a clinical setting in Brazil. *J Clin Epidemiol* 2005; 58(9):962.
28. Geller SE, Rosenberg D, Cox S, Brown M, Simonson L, Kilpatrick S. A scoring system identified near-miss maternal morbidity during pregnancy. *J Clin Epidemiol* 2004; 57:716–20.
29. Luz AG, Tiago DB, Silva JCG, Amaral E. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(6): 281-86.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília : Ministério da Saúde; 2009.

31. Assunção PL, Melo ASO, Gondim SSR, Benício MHDA, Amorim MMR, Cardoso MAA. Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(3): 352-60.
32. Almeida SD, Barros MB. Equity and access to health care for pregnant women in Campinas (SP), Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(1):15-25.
33. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR *et al.* Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6(1):93-98.
34. Silva BDL. Avaliação da adesão e percepção de puérperas e profissionais de saúde sobre uma proposta de assistência nutricional pré-natal [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Instituto de Nutrição José de Castro; 2009.
35. Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Britto MMS. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 502-7.
36. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health* 2001; 91:436-40.
37. OMS (Organización Mundial de la Salud). Reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Clasificación NLM:HB 1322.5. Ginebra: OMS; 1999.
38. Engstrom EM, Silva DO, Barros DC, Zaborowsky EL, Monteiro KA. SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de Orçamentos

Familiares 2002-2003- Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

40. WHO (World Health Organization). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1995.

41. Andreto LM, Souza AI, Figueiroa JN, Cabral-Filho JE. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(11):2401-09.

42. Melo ASO, Assunção PL, Gondim SSR, Carvalho DF, Amorim MMR, Benicio MHDA *et al.* Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 249-57.

43. Stulbach TE, Benício MHDA, Andreazza R, Kono S. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(1): 99-108.

44. Atalah E, Castillo C, Castro R, Aldea A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Revista Médica do Chile* 1997; 125: 1429-36.

45. Rocha DS, Netto MP, Priore SE, Lima NMM, Rosado LEFPL, Franceschini SCC. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. *Rev Nutr Campinas* 2005; 18(4):481-89.

46. Lima HT, Saunders C, Ramalho A. Ingestão dietética de folato em gestantes do Município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2002; 2:303-11.

47. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Nutrition During Pregnancy and Lactation: An Implementation Guide. Washington DC: National Academy Press; 1992.

48. Nucci LB, Duncan BB, Mengue SS, Branchtein L, Schmidt MI, Fleck ET. Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(6):1367-74.

49. Amorim AR, Linné Y, Kac G, Lourenço PM. Assessment of weight changes during and after pregnancy: practical approaches. *Matern Child Nutr* 2008; 4(1):1-13.
50. Nascimento E, Souza SB. Avaliação da dieta de gestantes com sobrepeso. *Rev Nutr Campinas* 2002; 15(2):173-79.
51. Barros DC, Perreira RA, Gama SGN, Leal MC. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (1 Suppl):121-9.
52. Azevedo DV, Sampaio HAC. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. *Rev Nutr Campinas* 2003; 16(3):273-280.
53. Fonseca VM, Sichieri R, Basilio L, Ribeiro LVC. Consumo de folato em gestantes de um hospital público do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6:319-27.
54. Chagas CB. Assistência nutricional pré-natal na prevenção e controle da deficiência de vitamina A e anemia em gestantes [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Instituto de Nutrição José de Castro; 2007.
55. Nogueira, LMT. Avaliação da Assistência Pré-Natal na XIX^a R.A. do Município do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 2008.
56. Silveira SD, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (5): 131-9.
57. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4):1244-1250.
58. Leal MC, da Gama SGN, Ratto KMN, da Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (1 Suppl):63-72.

59. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25(10):717-24.
60. World Health Organization. Antenatal Care in developing countries. Promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. Geneva: WHO; 2003
61. Padilha PC. Validação de metodologia de avaliação antropométrica de gestantes [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Instituto de Nutrição José de Castro; 2006.
62. Padilha PC, Accioly E, Veiga GV, Bessa TC, Libera BD, Nogueira JL *et al.* The performance of various anthropometric assessment methods for predicting low birth weight in pregnant women. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2009; 9(2):197-206.
63. Institute of Medicine and National Research Council. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
64. Sebire NJ, Jolly M, Harris J, Regan L, Robinson S. Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London. *BJOG* 2001; 108:61-6.
65. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, *et al.* Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obesity* 2001; 25 (8): 1175-82.
66. Jolly MC, Sebire NJ, Harris JP, Regan L, Robinson S. Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111:9-14.
67. Kac G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:455-66.

68. Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.
69. Peña-Rosas JP, Viteri FE. Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004736.
70. Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD001059.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
72. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos. IN: Hartz, ZMA. Avaliação em Saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29 – 47.
73. Scriven M. The Methodology of Evaluation. Social Science Education Consortium 1966; (110): 1-58.
74. Habitch JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. International Journal of Epidemiology 1999; 28:10-18.
75. Dhália CBC, Diaz-Bermudez, XP. Teste rápido – Por que não? Estudos que contribuíram para a política de ampliação da testagem para o HIV no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
76. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pública 1994; 10(1): 80-91.

77. Donabedian A. The Quality of Care – How can it be accessed? JAMA 1988; 260(12): 1145-50.
78. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad Saúde Pública 2002; 18(6): 1561-69.
79. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
80. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
81. Brasil. Portaria nº 648. Diário Oficial da União 2006; 29 mar.
82. Brasil. Portaria nº. 1.587. Diário Oficial da União 2002; 5 set.
83. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS. Brasília, Ministério da Saúde; 2004.
86. Brasil. Ministério da Saúde. “Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados para o Componente I do PROESF” Região Sudeste II - Instrumento para Levantamento de Informações nos Estabelecimentos de Saúde. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde; 2005.

87. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(3):725-31.
88. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
89. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
90. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
91. Kogan MD, Alexander GR, Kotelchuck M, Nagey DA, Jack BW. Comparing mother's reports on the content of prenatal care received with recommended national guidelines for care. *Public Health Rep* 1994; 109:637-46.
92. Saunders C, Bessa TCCDA. A Assistência Nutricional Pré-Natal. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p. 119- 146.
93. Carvalho GM, Folco G, Barros LMR, 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. *REME rev min enferm* 2004; 8(4):449-54.
94. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

96. Serruya SJ, Cecatti JG, do Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5):1281- 89.
97. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *RBGO* 2002; 24 (5):293-99.
98. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(Suppl):191-202.
99. Ministério da Saúde, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Nutrição, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. *Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco*. Recife: Bagaço; 2000.
100. Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Prenatal care at the primary health care level: an assessment of the structure and process. *Cad Saúde Publica* 2001; 17(1):131-9.
101. Leite RMB. Mortalidade materna no Recife: análise das trajetórias das mulheres [Dissertação de Mestrado]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco/ Saúde Coletiva; 2006.
102. Ribeiro Filho, B. Avaliação da Qualidade da Atenção Pré-natal em quatro unidades do Programa de Saúde da Família do Município de Manaus-Am [dissertação de Mestrado]. Manaus: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.
103. Lima BGC; Pimentel CO. Qualidade do pré-natal de gestantes assistidas numa maternidade pública de Salvador, 2000-2001. *Rev Baiana Saúde Pública* 2003; 27(1/2): 50-59.
104. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2 Suppl): 220-30.

105. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2008; 8 (1): 113-12.
106. Santos LA dos, Mamede FV, Clapis MJ, Bernardi JVB. Nutritional guidance during prenatal care in public health services in Ribeirão Preto: discourse and care practice. *Rev Latinoam Enferm* 2006; 14(5):689-94.
107. Mezzomo CLS, Garcias GL, Sclowitz ML, Sclowitz IT, Brum CB, Fontana T *et al.* Prevenção de defeitos do tubo neural:prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11):2716-26.
108. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP. State of animus among Brazilians: influence of socioeconomic context? *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1: 33-42.
109. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
110. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Nutrition during Pregnancy*. Washington DC: National Academy Press; 1990.
111. Saunders C, Bessa TCCA, Padilha PC. Assistência Nutricional Pré-natal. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009: 103-124.
112. Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, Prevalence and Kappa. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(5): 423-29.
113. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-174.
114. Brasil. Decreto nº. 5.749. *Diário Oficial da União* 2006; 12 abr.

115. Brasil. Portaria n.º. 154. Diário Oficial da União 2008; 25 jan.

116. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutr Campinas 2002; 15(3):255-266.

117. Silva JP, Rotenberg S, Marcolan S, Damião J, Tavares E, Teixeira MH et al. Apoio matricial do nutricionista na estratégia saúde da família (ESF): a experiência da cidade do Rio de Janeiro. Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2009; Recife, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 2009.

Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro

QUESTIONÁRIO DE ESTRUTURA
PSF

Questionário N°

2008

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) _____

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a continuar participando do projeto de pesquisa: **“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro”**, de responsabilidade da pesquisadora Maria do Carmo Leal, da FIOCRUZ.

Como já informado, o estudo além de avaliar a qualidade de atendimento das gestantes nas unidades de saúde, também tem como objetivo avaliar os aspectos relacionados à estrutura da mesma.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer uma nova entrevista, quando serão feitas perguntas sobre o(a) Sr(a) e sobre a unidade de saúde onde trabalha, não havendo qualquer risco envolvido.

Suas respostas serão confidenciais, e o seu nome não será divulgado em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, em eventos ou publicações científicas, não sendo possível identificar as pessoas que participaram da pesquisa.

O(a) Sr(a) tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar, ou parar de participar dela a qualquer momento, sem que isto prejudique o (a) Sr(a) em nada.

Declaro ter sido informado(a) e concordo participar, como voluntário(a), desta pesquisa.

Assinatura do(a) profissional de saúde

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____

Para esclarecimentos, entrar em contato com Maria do Carmo Leal ou Sonia Bittencourt.
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1.480, sala 808, Manguinhos. Tel: 2598-2620 ou 2598-2621.
Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.
Tel e Fax - (21) 2598-2863 e-mail : cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>
O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES NAS UNIDADES DE SAÚDE

Para todo questionário, preencher **8** ou **88** para não se aplica e **9** ou **99** para não informado.

1. Entrevistador:	2. Código: _ _
3. Número da Unidade de Saúde: _ _ _ _	
4. Revisado por:	5. Data: _ _ / _ _ / _ _
6. Digitador:	7. Data da digitação: _ _ / _ _ / _ _

I. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

8. Nome do entrevistado: _____

9. Função/Cargo: _____

10. Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

11. Nome da Unidade de Saúde completo: _____

12. Número do CNES: |_|_|_|_|_|_|_|_|

13. Endereço completo: _____

14. Bairro: _____

15. Cep: |_|_|_|_|_|_|_|_|

16. Qual o ano de inauguração dessa Unidade de Saúde: |_|_|_|_|

17. Horário de funcionamento da Unidade de Saúde: |_|_|

1 – 07 às 12 h

2 – 07 às 17 h e sábado 07 às 12h

3 – 07 às 20 h

4 – Funcionamento 24 h

5 – Outro: Especifique início: _____ término: _____ h

18. Possui telefone? |_|_|

0 – Não

1 – Sim. Especificar: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

19. Possui Fax?

0 – Não

1 – Sim. Especificar: /

20. Possui endereço eletrônico do estabelecimento?

0 – Não

1 – Sim. Especificar: _____

21. Possui Homepage (página na Internet)?

0 – Não

1 – Sim. Especificar: _____

II - PERFIL DE SERVIÇOS, CAPACIDADE INSTALADA E EQUIPAMENTOS

ATENÇÃO: TODAS AS PERGUNTAS SE REFEREM AO ATENDIMENTO DO PRÉ-NATAL

22. A Unidade de Saúde presta serviço de pré-natal com marcação (agendamento) de consulta?

0 – Não (Ir para 25)

1 – Sim. Qual o percentual das consultas com marcação? %

23. O agendamento de consulta da gestante é realizado?

1 - Por hora

2 - Por turno (manhã/tarde)

24. A Unidade de Saúde faz agendamento de consulta pelo telefone?

0 – Não

1 – Sim

25. A Unidade de Saúde presta serviço de pré-natal por demanda espontânea (pronto atendimento)?

0 – Não

1 – Sim. Qual o percentual das consultas por demanda espontânea? %

26. A Unidade de Saúde realiza consulta de puerpério?

0 – Não

1 – Sim. Das mulheres que realizam pré-natal neste serviço, qual é o percentual que retorna para a consulta de puerpério? %

27. A Unidade de Saúde oferece acolhimento mulher?

Nota: Acolhimento mulher: Dirigido para as mulheres que abortaram ou tiveram natimorto.

0 – Não

1 – Sim

28. A Unidade de Saúde oferece acolhimento mãe/bebê? |__|

0 – Não

1 – Sim

29. A Unidade de Saúde realiza teste imunológico instantâneo (TIG) para diagnóstico da gravidez? |__|

0 – Não

1 – Sim (Ir para 31)

30. A Unidade de Saúde tem referência para a gestante realizar o teste imunológico (TIG)? |__|

0 – Não

1 – Sim

31. Antes da 1ª consulta com médico/enfermeiro existe algum atendimento de triagem? |__|

Nota: Triagem: Quando o profissional de saúde pede o TIG e os exames para serem utilizados na consulta com médico.

0 – Não

1 – Sim

32. A primeira consulta de pré-natal é realizada mediante: |__|

1 - Consulta médica

2 - Consulta de enfermagem

3 - Consulta médica e/ou de enfermagem

4 - Consulta com outros profissionais de nível superior.

Especifique: _____

33. A Unidade de Saúde realiza classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta? |__|

0 – Não

1 – Sim

34. Existe atendimento específico para:

Gestantes	Existe o atendimento? 0 – Não 1 - Sim	Tipo de atendimento: 1 – Grupo 2 – Consulta individual 3 - Grupo e consulta individual
a. Gestantes adolescentes	<input type="checkbox"/> Se não, Ir para “b”	<input type="checkbox"/>
b. Gestantes de risco	<input type="checkbox"/> Se não, Ir para “c”	<input type="checkbox"/>
c. Gestantes com doença sexualmente transmissível (DST- HIV)	<input type="checkbox"/> Se não, Ir para “d”	<input type="checkbox"/>
d. Outros. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Se não, Ir para “e”	<input type="checkbox"/>
e. Outros. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Se não, Ir para “39”	<input type="checkbox"/>

ATENÇÃO: NAS QUESTÕES 35, 36, 37 e 38, AS RESPOSTAS DEVERÃO SER ASSINALADAS CONFORME O RELATO DO ENTREVISTADO E OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR. CASO HAJA DISCORDÂNCIA ENTRE O RELATO DO ENTREVISTADO E A OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR, DEVERÁ SER PRIORIZADA A OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR.

35. Registrar o número de consultórios e/ou salas utilizadas na atenção à gestante (indicar o n° absoluto de salas e não o n° de turnos) por tipo:

Tipo	1. Números de salas	2. Número de salas que permitem privacidade visual e auditiva nos atendimentos	3. Número de salas que possuem dimensões adequadas	4. Sala Compartilhada 0. Não 1. Sim. Especificar
a. Consultório de Pré-natal (9 m ²)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
b. Consultório de Ginecologia (consultório indiferenciado = 7,5 m ² com dimensões mínimas = 2,2 m ²)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
c. Consultório de Enfermagem (consultório indiferenciado = 7,5 m ² com dimensões mínimas = 2,2 m ²)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
d. Consultório de Odontologia (9 m ²)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Tipo	1. Números de salas	2. Número de salas que permitem privacidade visual e auditiva nos atendimentos	3. Número de salas que possuem dimensões adequadas	4. Sala Compartilhada 0. Não 1. Sim Especificar
e. Consultório (outro): _____	_ _	_ _	_ _	_ _____
f. Sala de Uso Multiprofissional (consultório indiferenciado = 7,5 m ² com dimensões mínimas = 2,2 m ²)	_ _	_ _	_ _	_ _____
g. Sala de Triagem	_ _	_ _	_ _	_ _____
h. Sala de Vacinação (6m ²)	_ _	_ _	_ _	_ _____
i. Sala de Procedimentos (pesagem, etc)	_ _	_ _	_ _	_ _____
j. Sala de Reunião dos Profissionais	_ _	_ _	_ _	_ _____
k. Sala de Atividades Educativas para a Gestante	_ _	_ _	_ _	_ _____
l. Dispensário de Medicamentos	_ _	_ _	_ _	_ _____
m. Arquivo de Registros de Saúde	_ _	_ _	_ _	_ _____
n. Sala de Coleta	_ _	_ _	_ _	_ _____
o. Almojarifado	_ _	_ _	_ _	_ _____
p. Área/Sala de Espera	_ _	_ _	_ _	_ _ _____

36. Responda sobre as condições de lavagem das mãos desta Unidade de Saúde:

Nota: Indicar número absoluto e assinalar quantas opções forem necessárias.

Tipo	1. Número de salas	2. Pia lavatória	3. Torneira funcionando	4. Dispensador com sabão líquido	5. Suporte com papel toalha	6. Observações (Condições de piso, parede, teto, fiação elétrica)
a. Consultório de Pré-Natal	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
b. Consultório de Ginecologia	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
c. Consultório de Enfermagem	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
d. Consultório de Odontologia	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
e. Consultório. Outro: _____	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
f. Sala de Uso Multiprofissional	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
g. Sala de Triagem	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
h. Sala de Vacinação	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
i. Sala de Procedimentos (pesagem, etc)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	
j. Sala de Coleta	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	

37. Responda sobre o mobiliário pertencente a esta Unidade de Saúde:

Nota: Indicar número absoluto e assinalar quantas opções forem necessárias. Caso a mesa de exame esteja acoplada ao armário, considerar que a unidade possui os dois itens.

Tipo	1. Número de salas	2. Armário	3. Mesa de exame	4. Cadeira para usuário	5. Cadeira para acompanhante	6. Cadeira profissional	7. Mesa profissional
a. Consultório de Pré-Natal	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
b. Consultório de Ginecologia	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
c. Consultório de Enfermagem	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
d. Consultório de Odontologia	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
e. Consultório. Outro:	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
f. Sala de Uso Multiprofissional	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
g. Sala de Triagem	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
h. Sala de Vacinação	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
i. Sala de Procedimentos (pesagem, etc)	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
j. Dispensário de Medicamentos	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
k. Sala de Coleta	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□

38. A Unidade de Saúde possui os seguintes equipamentos para o atendimento das gestantes?

Equipamentos	A unidade possui o equipamento?	
	0 - Não	1 - Sim
a. Antropômetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Autoclave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Balança eletrônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Balança mecânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Escada com dois degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Escova para coleta endocervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Esfigmomanômetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Espátula de Ayres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Espéculo vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Estetoscópio de Pinard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Estufa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Fita métrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Foco de pedestal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Frasco com conservante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Geladeira exclusiva para vacinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Lâminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Mesa para exame ginecológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Mocho (banqueta giratória)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Negatoscópio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Pinças Cheron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Sonar Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Termômetro clínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. A Unidade de Saúde realiza atividades educativas para promoção à saúde dirigida ao pré-natal?

Atividades Educativas	0 - Não	1 - Sim
a. Visitas domiciliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Palestras (sala de espera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Palestras extra-muro (comunidade, escolas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Abordagem alternativa (teatro, dramatização)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. A Unidade de Saúde dispõe de material educativo para atuação junto às gestantes (álbum seriado, fita de vídeos, cartazes explicativos) para as seguintes atividades?

Atividades	0 - Não 1 - Sim
a. Pré-natal	<input type="checkbox"/>
b. Aleitamento materno	<input type="checkbox"/>
c. Planejamento familiar	<input type="checkbox"/>
d. Outro. Especifique: _____	

III - ORGANIZAÇÃO/ESTRUTURAÇÃO INTERNA DE SERVIÇOS.

41. Em relação à assistência pré-natal existem rotinas técnicas de procedimentos escritas, atualizadas e disponíveis em todos os setores?

0 - Não

1 - Sim

TIPOS DE FORMULÁRIOS UTILIZADOS NA UNIDADE DE SAÚDE:

42. O cadastramento das gestantes na unidade é realizado através do prontuário?

0 - Não. Especifique a forma de cadastramento _____ (Ir para 44)

1 - Sim

43. Os prontuários das gestantes são armazenados por:

1 - Nome

2 - Número

3 - Outro. Especifique: _____

44. A Unidade de Saúde utiliza a ficha de matrícula no pré-natal desde a primeira consulta?

0 - Não

1 - Sim

45. A Unidade de Saúde utiliza o cartão da gestante para acompanhar a evolução da gestação?

0 - Não

1 - Sim

46. A Unidade de Saúde utiliza formulário de solicitação de exame laboratorial?

0 - Não

1 - Sim

47. A Unidade de Saúde utiliza receituário médico?

0 - Não

1 - Sim

48. A Unidade de Saúde utiliza a ficha de referência e contra-referência?

0 – Não

1 – Sim

IV – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

49. Quais são os sistemas de informação em saúde utilizados nesta Unidade de Saúde?

Nota: Marque quantas opções forem necessárias.

- | | | | |
|----------------|--------------------------|--------|--------|
| 1. SIGAB | <input type="checkbox"/> | 0. Não | 1. Sim |
| 2. GIL | <input type="checkbox"/> | 0. Não | 1. Sim |
| 3. SISPRENATAL | <input type="checkbox"/> | 0. Não | 1. Sim |
| 4. SIAB | <input type="checkbox"/> | 0. Não | 1. Sim |
| 5. SINAN | <input type="checkbox"/> | 0. Não | 1. Sim |
| 6. SIA | <input type="checkbox"/> | 0. Não | 1. Sim |
| 7. Cartão SUS | <input type="checkbox"/> | 0. Não | 1. Sim |

AS PERGUNTAS DE 50 A 68 SÃO REFERENTES AO SIAB E DEVEM SER RESPONDIDAS PELO RESPONSÁVEL POR ESTE SISTEMA NA UNIDADE.

50. Qual o percentual de cadastramento do SIAB gestante nesta Unidade de Saúde? |||%

51. Em sua opinião, qual é a importância da utilização do SIAB no grupo de gestantes?

52. Você poderia informar a formação e o número de profissionais lotados nesta Unidade de Saúde capacitados para manipular o SIAB?

Formação profissional	Número de profissionais
a. _____ (Especifique)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. _____ (Especifique)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. _____ (Especifique)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. _____ (Especifique)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

53. As normas do SIAB estão disponíveis na unidade?

0 - Não (ir para 55)

1 - Sim

54. O pessoal responsável pela coleta e registro da informação do SIAB conhece estas normas? |__|

0 - Não

1 - Sim

55. A Unidade de Saúde utiliza a Ficha de Acompanhamento da Gestante do SIAB? |__|

0 - Não

1 - Sim

56. Qual(is) o(s) profissional responsável(is) pelo preenchimento da Ficha de Acompanhamento da Gestante do SIAB? |__|

1- ACS

2- Profissional de saúde

3- Ambos

57. Você conhece o fluxo de informação do SIAB dentro desta Unidade de Saúde? |__|

0 - Não

1 - Sim. Especifique: _____

58. Em sua opinião, há excesso de formulários do SIAB ao nível desta Unidade de Saúde? |__|

0 - Não

1 - Sim

59. Existe supervisão do preenchimento da Ficha de Acompanhamento da Gestante do SIAB? |__|

0 - Não

1 - Sim

60. Existem procedimentos para o controle de qualidade dos dados produzidos no SIAB? |__|

0 - Não

1 - Sim. Qual(is) o(s) procedimento(s)? _____

61. A Unidade de Saúde processa e analisa periodicamente essas estatísticas? |__|

0 - Não (Ir para 63)

1 - Sim

62. Para qual finalidade a Unidade de Saúde processa e analisa periodicamente essas estatísticas? |__|

1 - Perfil da demanda de gestantes

2 - Planejamento de ações

3 - Ambos

63. O gestor do SIAB da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) envia relatórios consolidados periodicamente? |__|

- 0 - Não
1 - Sim

64. Os profissionais envolvidos no atendimento as gestantes recebem as estatísticas referentes ao SIAB? |__|

- 0 - Não
1 - Sim

65. Você identifica dificuldades no manejo do SIAB? |__|

- 0 - Não (Ir para 69)
1 - Sim

66. As dificuldades no manejo do SIAB são relacionadas:

DIFICULDADES	0 - Não	1 - Sim
a. A letra do profissional de saúde que executou o atendimento	__	__
b. A falta de informações adequadas nos prontuários	__	__
c. Entendimento das informações contidas nos prontuários de atendimento	__	__
d. Dificuldade no manejo do programa SIAB	__	__
e. Dificuldade com os computadores (problemas técnicos)	__	__
f. Quantidade de prontuários que devem ser transcritos durante o horário de trabalho	__	__

67. Tais dificuldades foram comunicadas a SMS? |__|

- 0 - Não (Ir para 69)
1 - Sim

68. Houve resposta/solução da SMS em relação às dificuldades encontradas? |__|

- 0 - Não
1 - Sim

69. Em relação aos agravos de notificação compulsória, a Unidade de Saúde utiliza o Sistema de Comunicação das Doenças e à Vigilância Epidemiológica da SMS? |__|

*Nota: Verificar a existência da Ficha Individual de Notificação - FIN. Caso a Unidade não possua a mesma, considerar a opção **Não**.*

- 0 - Não
1 - Sim

V - REGISTROS DE SAÚDE E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO

70. A Unidade de Saúde possui microcomputadores? |__|

- 0 - Não (Ir para o Bloco VI)
1 - Sim

71. Há um serviço, núcleo ou equipe de informática no estabelecimento? |__|

0 – Não

1 – Sim

72. Existem computadores nas salas de atendimento pré-natal? |__|

0 – Não (Ir para 74)

1 – Sim. Em quantas salas? |__||__|

73. Os computadores existentes nas salas estão em funcionamento? |__|

0 – Não

1 – Sim

74. Quantos são os computadores utilizados para o preenchimento do SIAB? |__||__|

75. Quantos computadores utilizados para o preenchimento do SIAB estão funcionando? |__||__|

76. No caso de dificuldades/defeitos nos computadores, qual a média de tempo para resolver o problema? |__||__| dias

VI - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

ATENÇÃO: AS PERGUNTAS DEVERÃO SER OBSERVADAS PELO ENTREVISTADOR.

EM RELAÇÃO À PESAGEM DAS GESTANTES RESPONDA:

77. A balança se localiza na: |__|

1 – Sala de pesagem

2 – Sala de enfermagem

3 – Sala do obstetra

4 – Outro. Especifique: _____

78. Qual o tipo de balança disponível? |__|

1 - Eletrônica

2 - Manual

3 – Ambas

79. Há registro de manutenção das balanças de forma preventiva? |__|

0 – Não

1 – Sim. Qual a data do último registro? |__||__|/|__||__|/|__||__|

EM RELAÇÃO À MEDIÇÃO DA ESTATURA DAS GESTANTES RESPONDA:

80. Qual o instrumento disponível para medição da altura das gestantes?

1 - Fita métrica fixada corretamente na parede

2 - Antropômetro acoplado a balança

3 - Antropômetro

VII – SALA DE EXAMES, VACINAS E MEDICAMENTOS

EM RELAÇÃO ÀS VACINAS:

81. A Unidade de Saúde disponibiliza a vacina dupla adulto (dT) para as gestantes?

0 – Não

1 – Sim

82. As vacinas do dia ficam em caixas de isopor e/ou frásqueira (caixa térmica)?

0 – Não

1 – Sim

ATENÇÃO: NAS QUESTÕES 83 a 89 AS RESPOSTAS DEVERÃO SER ASSINALADAS CONFORME O RELATO DO ENTREVISTADO E OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR. CASO HAJA DISCORDÂNCIA ENTRE O RELATO DO ENTREVISTADO E A OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR, DEVERÁ SER PRIORIZADA A OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR.

A SALA DE EXAME OBSTÉTRICO POSSUI:

83. Banheiro anexo?

0 – Não

1 – Sim

84. Coletor específico, devidamente identificado, para resíduos pérfuro-cortantes?

0 – Não

1 – Sim

85. Lixeira com saco plástico e tampa de acionamento por pedal para resíduos comuns?

0 – Não

1 – Sim

86. Lixeira com saco plástico branco leitoso e tampa de acionamento por pedal para resíduos com sangue/secreções vaginais?

0 – Não

1 – Sim

87. Os sacos dos resíduos são identificados pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT?

Nota: Rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PÉRFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

0 – Não

1 – Sim

88. Avental descartável para uso das gestantes?

0 – Não

1 – Sim

89. Lençol descartável para uso das gestantes?

0 – Não

1 – Sim

EM RELAÇÃO AO DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS:

90. A Unidade de Saúde possui dispensário de medicamentos?

0 – Não

1 – Sim (Ir para 92)

91. Caso a unidade não possua dispensário de medicamentos, há encaminhamento para unidade de referência para obtenção do medicamento?

Nota: Independente da resposta, o entrevistador deverá (Ir para a questão 102)

0 – Não

1 – Sim. Qual é a unidade de referência? _____

92. Qual a qualificação do profissional responsável pelo dispensário de medicamentos?

1 - Farmacêutico

2 - Outro profissional de nível superior. Especificar a categoria: _____

3 - Profissional de nível médio. Especificar a categoria: _____

4 – Não há profissional responsável

ATENÇÃO: NAS QUESTÕES 93 a 100, AS RESPOSTAS DEVERÃO SER ASSINALADAS CONFORME O RELATO DO ENTREVISTADO E OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR. CASO HAJA DISCORDÂNCIA ENTRE O RELATO DO ENTREVISTADO E A OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR, DEVERÁ SER PRIORIZADA A OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR.

CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS (CONDIÇÕES FÍSICA DO LOCAL, AVALIADOS PELO ENTREVISTADOR):

93. A luminosidade é adequada?

0 – Não

1 – Sim

94. Há presença de umidade?

0 – Não

1 – Sim

95. Há presença de ar condicionado?

0 – Não

1 – Sim

SOBRE OS MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA UNIDADE RESPONDA:

96. Existe controle de rede de frio para medicamentos termolábeis? |__|

0 – Não

1 – Sim

97. Existe controle de prazo de validade dos medicamentos e produtos para saúde? |__|

0 – Não

1 – Sim

98. A Unidade de Saúde possui armazenamento exclusivo para medicamentos controlados em conformidade com a Portaria MS nº344/98? |__|

Nota: Tais medicamentos deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico ou químico.

0 – Não

1 – Sim

99. Os medicamentos são armazenados em ordem cronológica inversa, ou seja, medicamentos que estão próximos a vencer estão dispostos na frente dos demais? |__|

Nota: Entrevistador deverá eleger uma prateleira no dispensário de medicamentos e verificar se existe esta prática.

0 – Não

1 – Sim

100. Em relação à dispensação de medicamentos e estoque de materiais, como tem sido a disponibilidade dos diferentes tipos de medicamentos, no segundo semestre de 2007, utilizados para gestantes?

Nota: Preencha as caselas com os números que antecedem as opções de resposta.

Tipo de medicamento/material	1. Disponibilidade na visita 2. Indisponibilidade na visita 3. Não faz parte da rotina
1. Ácido fólico	__
2. Albendazol	__
3. Álcool etílico 70% (antiséptico)	__
4. Amoxicilina	__
5. Ampicilina	__
6. Atenolol	__
7. Azitromicina	__
8. Betametasona injetável	__
9. Cefalexina	__
10. Ciprofloxacino	__
11. Cloridrato de verapamil	__

Tipo de medicamento/material	1. Disponibilidade na visita 2. Indisponibilidade na visita 3. Não faz parte da rotina
12. Cloridrato de hidralazina	<input type="checkbox"/>
13. Cloridrato de metoclopramida	<input type="checkbox"/>
14. Complexo vitamínico mineral	<input type="checkbox"/>
15. Cremes vaginais com metronidazol	<input type="checkbox"/>
16. Cremes vaginais com Nistatina	<input type="checkbox"/>
17. Dipirona	<input type="checkbox"/>
18. Espiramicina	<input type="checkbox"/>
19. Estearato de eritromicina	<input type="checkbox"/>
20. Fluconazol	<input type="checkbox"/>
21. Hidróxido de alumínio	<input type="checkbox"/>
22. Hidróxido de magnésio	<input type="checkbox"/>
23. Hioscina	<input type="checkbox"/>
24. Hipoclorito de sódio	<input type="checkbox"/>
25. Insulina NPH	<input type="checkbox"/>
26. Insulina regular	<input type="checkbox"/>
27. Iodopovidine	<input type="checkbox"/>
28. Mebendazol	<input type="checkbox"/>
29. Metildopa	<input type="checkbox"/>
30. Metronidazol	<input type="checkbox"/>
31. Miconazol creme vaginal	<input type="checkbox"/>
32. Nitrofurantoína	<input type="checkbox"/>
33. Norfloxacino	<input type="checkbox"/>
34. Paracetamol	<input type="checkbox"/>
35. Penicilina benzatina	<input type="checkbox"/>
36. Pirimetamina	<input type="checkbox"/>
37. Propranolol	<input type="checkbox"/>
38. Sulfadiazina	<input type="checkbox"/>
39. Sulfato ferroso	<input type="checkbox"/>

101. Quais são os exames solicitados no atendimento das gestantes?

Tipos de exames	Os exames são oferecidos? 0 - Não 1- Sim
a. Bioquímica	<input type="checkbox"/>
b. Cultura de urina	<input type="checkbox"/>
c. EAS	<input type="checkbox"/>
d. Glicemia de Jejum	<input type="checkbox"/>
e. Glicemia pós-prandial	<input type="checkbox"/>
f. Hematologia	<input type="checkbox"/>
g. Leucometria	<input type="checkbox"/>
h. Parasitologia de fezes	<input type="checkbox"/>
i. Sorologia para HIV	<input type="checkbox"/>
j. Sorologia para toxoplasmose	<input type="checkbox"/>
k. Sorologia Hepatite B	<input type="checkbox"/>
l. Teste de Combs direto	<input type="checkbox"/>
m. Teste de Combs indireto	<input type="checkbox"/>
n. Tipagem sanguínea e fator RH	<input type="checkbox"/>
o. VDRL	<input type="checkbox"/>
Outros. Especifique _____	

OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES

Tipos de exames	Os exames são oferecidos? 0 - Não 1 - Sim
a. Ultra-sonografia	<input type="checkbox"/>
b. Ultra-sonografia morfológica	<input type="checkbox"/>
c. Cardiotocografia	<input type="checkbox"/>
d. Dopplerfluxometria	<input type="checkbox"/>
e. Raio X	<input type="checkbox"/>
f. Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>
g. Outros. Especifique: _____	

SALA DE ESTUDOS**102. A Unidade possui acervo de livros e revistas técnicas?**

0 – Não

1 – Sim

103. A unidade realiza reuniões ou atividades com a finalidade de discutir o atendimento das gestantes? |__|

0 – Não (Ir para 105)

1 – Sim

104. Qual a periodicidade dessas reuniões ou atividades com a equipe? |__|

1 – Ocasional

2 – Semanal

3 – Quinzenal

4 – Mensal

105. A Unidade de Saúde possui outras instâncias para realizar reuniões ou atividades com a equipe responsável pelo atendimento das gestantes? |__|

0 – Não (Ir para o Bloco VIII)

1 – Sim

106. Qual a periodicidade dessas reuniões ou atividades com a equipe? |__|

1 – Ocasional

2 – Semanal

3 – Quinzenal

4 – Mensal

VIII. O ESTABELECIMENTO, O TERRITÓRIO E A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

107. O estabelecimento trabalha com adscrição de clientela (cobertura populacional)? |__|

0 – Não

1 – Sim

108. Há busca de gestantes faltosas das consultas de pré-natal? |__|

0 – Não

1 – Sim. Como é feita esta busca? _____

109. A Unidade de Saúde possui uma relação das gestantes com data prevista de parto para o acompanhamento do desfecho na gestação? |__|

0 – Não

1 – Sim

110. As informações sobre o parto são preenchidas no cartão da gestante na maternidade para seguimento na consulta puerperal? |__|

0 – Não

1 – Sim

111. A Unidade de Saúde possui fluxo de referência formalizado visando à continuidade da atenção as gestantes?

0 – Não (vá para o bloco IX)

1 – Sim

112. Marque a disponibilidade de referência programada para o atendimento a gestante em relação às seguintes especialidades?

Nota: Preencha as caselas com os números que antecedem as opções de resposta.

Especialidades	1. Nome do Estabelecimento	2. Tipo de referência	3. Existe central de agendamento?
		1 - Não oferece 2 - Informal 3 - Formal	0 - Não 1 - Sim
a. Cardiologia		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “b”	<input type="checkbox"/>
b. Clínica médica		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “c”	<input type="checkbox"/>
c. Nutricionista		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “d”	<input type="checkbox"/>
d. Parto		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “e”	<input type="checkbox"/>
e. Pré-natal de alto risco		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “f”	<input type="checkbox"/>
f. Ultrassonografia obstétrica e morfológica		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “g”	<input type="checkbox"/>
g. Cardiotocografia		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “h”	<input type="checkbox"/>
h. Dopplerfluxometria		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “i”	<input type="checkbox"/>
i. Raio X		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “j”	<input type="checkbox"/>
j. Eletrocardiograma		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “k”	<input type="checkbox"/>
k. Outros. Especifique:		<input type="checkbox"/> Se 1 ou 2, vá para “114”	<input type="checkbox"/>

113. Esta Unidade de Saúde possui laboratório de referência formalizada para exames no atendimento às gestantes?

0 – Não

1 – Sim

IX – DIREÇÃO OU RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DE GESTANTES

COORDENADOR OU RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER

Nota: O entrevistador deverá entrevistar o Coordenador ou Responsável pelo Programa da Saúde da Mulher

114. Nome do entrevistado: _____

115. Função/Cargo: _____

116. Data |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|

117. Há quanto tempo você está nessa função?

|__|_|_| meses

|__|_|_| anos

118. Qual a sua formação na graduação? |__|

Nota: Assinale uma única opção, considerando a formação mais importante.

1. Médico

2. Enfermeiro

3. Outro. Especifique: _____

119. Qual é a sua maior qualificação?

Nota: No caso de mais de um curso do mesmo nível, especifique aquele mais adequado à função.

|__| 1. Especialização completa.

Especifique curso: _____

Especifique ano que concluiu o curso: |__|_|_|_|_|

|__| 2. Mestrado completo.

Especifique curso: _____

Especifique ano que concluiu o curso: |__|_|_|_|_|

|__| 3. Doutorado completo.

Especifique curso: _____

Especifique ano que concluiu o curso: |__|_|_|_|_|

120. Qual o tempo de dedicação ao cargo? |__|

1 - 40 ou mais horas semanais

2 - Entre 20 e 39 horas semanais

3 - Menos de 20 horas semanais

121. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa? |__|

0 - Não

1 – Sim. De que forma? _____

122. Avalia periódica e sistematicamente a produção e consumo de insumos? |__|

0 - Não

1 – Sim. De que forma? _____

123. Realiza reuniões com a equipe de saúde?

0 – Não (Ir para 125)

1 – Sim

124. Qual a periodicidade dessas reuniões ou atividades com a equipe?

1 – Ocasional

2 – Semanal

3 – Quinzenal

4 – Mensal

125. Realiza sessões clínicas/reuniões de comitês de morbimortalidade com a equipe responsável pelo atendimento das gestantes?

0 – Não (Ir para 127)

1 – Sim

126. Qual a periodicidade dessas reuniões ou atividades com a equipe?

1 – Ocasional

2 – Semanal

3 – Quinzenal

4 – Mensal

127. A Unidade de Saúde conhece o trabalho do Comitê de Morte Materna?

0 – Não

1 – Sim

X – CARACTERIZAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

128. O estabelecimento participa de programas de capacitação para os profissionais de saúde desenvolvidos pela Secretaria de Saúde?

0 - Não (Ir para 130)

1 - Sim

2 - Não existe programa de capacitação para profissionais (Ir para 130)

129. Que tipos de incentivos à formação o estabelecimento oferece aos profissionais?

Nota: Assinale quantas opções forem necessárias.

1- Liberação de carga horária para realização de cursos 0.Não 1. Sim

2 - Realização de parcerias para oferta de cursos 0.Não 1. Sim

3 - Promoção de eventos científicos 0.Não 1. Sim

4 - Pesquisa em serviço 0.Não 1. Sim

5 - Apoio para participação em eventos científicos
(financeiro, logístico, liberação de carga horária) 0.Não 1. Sim

6 - Outro. Especifique: _____

130. O estabelecimento mede e avalia o desempenho dos trabalhadores? |__|

0 - Não

1 – Sim. De que forma? _____

131. O estabelecimento mede e avalia a satisfação dos trabalhadores? |__|

0 - Não

1 – Sim. De que forma? _____

132. Você poderia informar o número de profissionais lotados nesta Unidade de Saúde que atuam na assistência as gestantes e quantos desses são capacitados nas seguintes ações?

Nota: Assinale quantas opções forem necessárias.

Profissional de saúde	1. Número	2. Aleitamento Materno	3. Preparação para o parto	4. Planejamento familiar
a. Médico	_ _	_ _	_ _	_ _
b. Enfermeiro	_ _	_ _	_ _	_ _
c. Enfermeira obstetra	_ _	_ _	_ _	_ _
d. Técnico/ Auxiliar de enfermagem	_ _	_ _	_ _	_ _
e. Odontólogo	_ _	_ _	_ _	_ _
f. Agentes Comunitários	_ _	_ _	_ _	_ _
g. Outros profissionais Especifique: _____ _____	_ _	_ _	_ _	_ _

XI – PRÁTICAS DE SAÚDE

REGISTROS DOS SEQUITES AGRAVOS:

133. A Unidade possui o número de casos de HIV em gestantes no segundo semestre de 2007? |__|

0 – Não. Por quê? _____

1 – Sim. Qual o número de casos? |__||__||__|

134. A Unidade possui o número de casos de sífilis em gestantes no segundo semestre de 2007? |__|

0 – Não. Por quê? _____

1 – Sim. Qual o número de casos? |__||__||__|

135. A Unidade possui o número de casos de hipertensão em gestantes no segundo semestre de 2007?

0 – Não. Por quê? _____

1 – Sim. Qual o número de casos? |__||__||__|

136. A Unidade possui o número de casos de colpocitologia alterada em gestantes no segundo semestre de 2007? |__|

0 – Não. Por quê? _____

1 – Sim. Qual o número de casos? |__||__||__|

137. Você poderia informar o número dos seguintes tipos de ações de saúde realizados em gestantes no segundo semestre de 2007?

Nota: Caso a unidade não ofereça a ação, marque as caselas com 0000. Porém, se a unidade oferecer as ações de saúde e não informar, o entrevistador deverá marcar 9999.

Ações de Saúde	1. Quantidade
a. Consulta médica de gestante	__ __ __ __
b. Consulta de ginecologia	__ __ __ __
c. Consulta médica de puerpério	__ __ __ __
d. Consulta de enfermagem	__ __ __ __
e. Pronto-atendimento	__ __ __ __
f. Visitas domiciliares	__ __ __ __
g. Grupos realizados com as gestantes	__ __ __ __
h. Outro. Especifique: _____	__ __ __ __

138. Registre os seguintes indicadores de atenção à gestante para a área de cobertura (atuação) no segundo semestre de 2007:

Indicadores	1. Número
a. Gestantes sem risco	__ __ __ __
b. Gestante de risco	__ __ __ __
c. Gestantes de risco encaminhadas	__ __ __ __
d. Óbitos maternos	__ __ __ __
e. Colpocitologias realizadas	__ __ __ __
f. Colpocitologias alteradas	__ __ __ __

VIGILÂNCIA NUTRICIONAL

139. A Unidade de Saúde possui algum programa de combate as carências nutricionais?

Nota: Exemplo de programas de combate às carências nutricionais: Bolsa família, Saúde do Ferro.

0 - Não

1 - Sim. Qual(is)? _____

VIOLÊNCIA

140. Quanto ao direcionamento para atenção às famílias, o estabelecimento identifica dinâmicas familiares de risco, como situações de violência doméstica?

0 - Não (Ir para Bloco XII)

1 - Sim, através das consultas individuais

2 - Sim, através dos trabalhos de grupo

3 - Sim, através das consultas individuais e trabalhos de grupo

4 - Sim. Outro: _____

141. São realizadas intervenções em equipe sobre o problema?

0 - Não

1 - Sim

142. Existe alguma capacitação específica para trabalho com dinâmicas familiares de risco?

0 - Não

1 - Sim

XII- INSTRUMENTOS E PRÁTICAS GERENCIAIS UTILIZADOS

143. Já recebeu alguma visita de supervisão sobre atenção à gestante?

0 - Não (Ir para 145)

1 - Sim

144. Com qual periodicidade a Unidade recebe alguma visita de supervisão?

1 - Anual

2 - Semestral

3 - Trimestral

4 - Ocasional

5 - Outra: _____

PROJETOS

145. A Unidade desenvolve ou oferece serviços/atividades a partir da identificação das necessidades de saúde da gestante de sua área de abrangência? |___|

0 - Não (Ir para 147)

1 - Sim

146. Informe os serviços ou atividades desenvolvidos ou ofertados a partir desta análise.

1. _____

2. _____

3. _____

147. Realiza divulgação de serviços ou atividades oferecidos? |___|

0 - Não

1 – Sim. De que forma? _____

148. Mantém canal de comunicação ativo que permita aos usuários expressarem e terem atendidas suas reclamações, sugestões e solicitações? |___|

0 - Não

1 – Sim. De que forma? _____

XIII - CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS DO DIRIGENTE

149. Há alguma questão sobre a Unidade de Saúde que gostaria de comentar que não foi abordada no questionário? |___|

0 – Não - Finalizar o questionário com o (a) entrevistado (a)

1 – Sim

150. No caso de SIM, comente livremente a seguir:

Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro

GESTANTE

2007

Questionário N°

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada _____

você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa: “**Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro**”, de responsabilidade da FIOCRUZ.

O estudo pretende avaliar como as gestantes e puérperas vêm sendo atendidas nas unidades de saúde.

A sua participação irá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer uma entrevista, quando serão feitas perguntas sobre você e sobre como foi atendida nesta unidade de saúde. Suas respostas serão anotadas em um formulário.

Suas informações ficarão em segredo, e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Assinatura da entrevistada

Rio de Janeiro, ___ / ___ / _____ Entrevistador _____|____|____|

Para esclarecimentos, entrar em contato com: Dra. Maria do Carmo Leal ou Dra. Silvana Granado.
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 808, Manguinhos. Tel: 2598 2621 ou 2598 2620.
Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel e Fax - (21) 2598-2863.
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ: Rua Afonso Cavalcanti 455/601
e-mail: cep@ensp.fiocruz.br e <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>
O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00.

Informações adicionais no caso de recusa da mulher em participar da pesquisa:

Motivo da Recusa: _____

- 1) Recusa: 1. Gestante na 1ª consulta 2. Gestante em consulta subsequente 3. Puérpera
- 2) Idade: _____ anos
- 3) Escolaridade: _____ Série/anos completos de faculdade _____ 1. fundamental 2.médio 3. superior
- 4) Raça ou cor: _____ 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena

Entrevista com a Gestante no Pré-Natal

QUESTIONÁRIO | _ | _ | _ | _ | _ |

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Para todo questionário, preencher 8 para não se aplica e 9 para não sabe informar ou não se lembra.

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Nome da Unidade	
2. N° do prontuário da gestante _ _ _ _ _ _ _ _	
3. Entrevistador _ _ _	4. Data da entrevista _ _ / _ _ / _ _
5. Supervisor _ _ _	6. Data da 1ª revisão _ _ / _ _ / _ _
7. Revisor _ _ _	8. Data da 2ª revisão _ _ / _ _ / _ _
9. Digitador _ _ _	10. Data da digitação _ _ / _ _ / _ _

II. IDENTIFICAÇÃO DA MULHER E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Vou fazer algumas perguntas sobre você, sua família e sua casa.

11. Hora de início da entrevista _ _ : _ _	
12. Qual o seu nome completo?	
13. Quantos anos você tem?	_ _ _ anos
14. Qual a data do seu nascimento?	_ _ / _ _ / _ _
15. Qual o seu endereço completo?	
16. Tem algum ponto de referência?	
17. Em que bairro você mora?	_ _ _ _
18. Em que comunidade ou sub-bairro você mora?	_ _ _ _
19. Em que Município? 1. Rio de Janeiro 2. Outro _____ _	
20. Você tem telefone(s) para contato? 0. Não Sim qual(is)? _ _ _ _ _ _ _ _ _____ _ _ _ _ _ _ _ _ _____	
21. A respeito da sua situação conjugal, você... 1. Vive com companheiro 2. Tem companheiro, mas não vive com ele 3. Não tem companheiro _	
22. Qual a sua raça ou cor? 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena _	
23. Qual foi a última série que você completou na escola? _ _ Série/ anos completos de faculdade _ 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)	
24. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente?(remunerado) 0. Não (vá para a 27) 1. Sim _	

25. Qual o seu trabalho atual? 1.Servidora pública 2.Empregada, não servidora pública 3.Autônoma (vá para a 27) 4.Empregadora (vá para a 27)	<input type="text"/>
26. Você tem carteira assinada? 0.Não 1.Sim	<input type="text"/>
27. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscoite ou bolsa família? 0.Não 1.Pensão 2.Aposentadoria 3.Biscoite 4.Bolsa família 5.Outro _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
28. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você?	<input type="text"/>
29. Quem é o chefe da família? (ler até a alternativa 3) 1. Você (a própria mulher) (vá para a 31) 2. O companheiro 3. Outra pessoa da família 4. Outro _____	<input type="text"/>
30. Qual foi a última série que o (chefe da família) completou na escola? <input type="text"/> Série/ anos completos de faculdade <input type="text"/> 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)	
31. Qual é a renda do (chefe da família)?	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
32. Qual a renda familiar total?	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>Agora, vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.</i>	
Na sua casa tem...	
33. Rádio	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
34. Geladeira	0. Não Sim, quantas? <input type="text"/>
35. Freezer	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
36. Videocassete	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
37. DVD	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
38. Máquina de lavar roupa (não incluir tanquinho)	0. Não Sim, quantas? <input type="text"/>
39. Forno de microondas	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
40. Linha de telefone fixo	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
41. Computador	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
42. Televisão	0. Não (vá para a 44) Sim, quantas? <input type="text"/>
43. Quantas são as cores?	<input type="text"/>
44. Aspirador de pó	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
45. Ar condicionado	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
46. Carro particular	0. Não Sim, quantos? <input type="text"/>
47. Você paga alguém para te ajudar no cuidado da casa ou dos teus filhos? 0. Não (vá para a 49) 1. Sim	<input type="text"/>
48. Você tem empregada mensalista?	0. Não Sim, quantas? <input type="text"/>

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Agora vou fazer algumas perguntas sobre gravidez.

49. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta gravidez e algum aborto ou perda que você tenha tido? Se 01, vá para o bloco IV.	<input type="text"/>
---	----------------------

50. Você fez pré-natal nas outras vezes em que ficou grávida? 0. Em nenhuma 1. Apenas em algumas 2. Sim, em todas	___
51. Você já teve algum aborto ou perda? 0. Não (vá para a 53) Sim, quantos?	___
52. Quantos abortos foram espontâneos?	___
53. Quantos partos você já teve? (Se 0, vá para 60)	___
54. Quantos partos foram cesarianas?	___
55. Quantos filhos nasceram vivos?	___
56. Algum filho nasceu morto? 0. Não Sim, quantos?	___
57. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida? 0. Não Sim, quantos?	___
58. Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg)? 0. Não Sim, quantos?	___
59. Qual foi a data do seu último parto (bebê vivo ou morto), antes desta gravidez?	___/___/___

IV. HISTÓRIA DA GRAVIDEZ ATUAL

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua gravidez atual.

60. Qual foi a data da sua última menstruação? (se não informado, vá para 62)	___/___/___
61. Você tem certeza desta data? 0. Não 1. Sim	___
62. Com quanto tempo de gravidez o médico ou enfermeiro disse que você está?	___ semanas ___ meses
63. Você procurou atendimento pré-natal em outra unidade de saúde antes desta? 0. Não (vá para a 65) 1. Sim	___
64. Por que você veio para este posto/maternidade? (não ler as alternativas) 1. Não consegui atendimento na outra 2. Não gostou do atendimento na outra 3. Foi encaminhada para cá 4. Este é o mais próximo da sua casa 5. Outro _____	___ ___
65. Antes da 1ª consulta de pré-natal, você teve algum atendimento em que pediram exame de sangue e/ou urina? 0. Não 1. Sim	___
Atenção! Se primeira consulta vá para a 67.	
66. Com quanto tempo de gravidez você teve a 1ª consulta individual de pré-natal com médico ou enfermeiro?	___ sem ___ meses
Atenção! Se início do pré-natal antes de 14 semanas ou 3 meses, vá para 68.	
67. Por que você não teve esta 1ª consulta mais no início da gravidez? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes) 2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte) 4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo) 5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas) 6. Não sabia que estava grávida 7. Outro _____	___ ___ ___
68. Quantas consultas você já teve desde que começou o pré-natal, contando com a de hoje?	___
69. Depois de cada consulta de pré-natal você teve a sua próxima consulta marcada? 0. Nunca (vá para 74) 1. Às vezes 2. Sempre 3. Vai ser marcada hoje	___
70. Por problema no posto/maternidade ou por dificuldade sua você perdeu alguma consulta marcada? 0. Não (vá para a 74) 1. Sim	___

71. Por que você perdeu a consulta? (não ler as alternativas)				
1. Dificuldades de acesso (o posto não funcionou, profissional faltou, etc)				<input type="checkbox"/>
2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse)				<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte)				<input type="checkbox"/>
4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante fazer todas as consultas de pré-natal)				<input type="checkbox"/>
5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas)				<input type="checkbox"/>
6. Outro _____				<input type="checkbox"/>
72. Teve dificuldade para remarcar essa(s) consulta(s) perdida(s)? 0.Não (vá para a 74) 1.Sim				<input type="checkbox"/>
73. Que dificuldade você teve para remarcar a consulta? (não ler as alternativas)				
1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu a consulta)				<input type="checkbox"/>
2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse)				<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte)				<input type="checkbox"/>
4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha que é problema perder uma consulta de pré-natal)				<input type="checkbox"/>
5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas)				<input type="checkbox"/>
6. Outro _____				<input type="checkbox"/>
EXAMES				
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre exames feitos durante a gravidez atual.</i>				
74. Em alguma consulta deste pré-natal o médico ou enfermeiro examinou suas mamas? 0.Não 1.Sim				<input type="checkbox"/>
75. Você fez o exame preventivo durante este pré-natal? 0.Não 1.Sim (vá para a 77)				<input type="checkbox"/>
76. Quando você fez seu último exame preventivo? (não ler as alternativas)				
1. Há menos de 1 ano 2. Entre 1 e 3 anos 3. Há mais de 3 anos 4. Nunca fez				<input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal foi pedido...	a) 0.Não 1.Sim	b) Foi feito? 0.Não 1.Sim 2. Foi pedido hoje	c) Teve dificuldade para fazer? 0.Não 1.Sim	d) Qual foi a dificuldade? (*)
77. Exame de sangue?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 78)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para a 78)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 78)	<input type="checkbox"/>
78. Exame de urina?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 79)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para a 79)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 79)	<input type="checkbox"/>
79. Exame de fezes?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 80)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para a 80)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 80)	<input type="checkbox"/>
80. Ultra-sonografia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para a 83)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 81)	<input type="checkbox"/>
(*) Não ler as alternativas				
1- Dificuldades de acesso (aparelho quebrado, não conseguiu marcar, não tinha o exame)				
2- Questões pessoais (ficou com medo, não achou importante fazer o exame, não quis fazer o exame)				
3- Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem)				
4- Outra				
Atenção! Caso a gestante não tenha feito ultra-sonografia nesta gravidez, vá para a 83.				
81. Quantas ultra-sonografias foram feitas?				<input type="text"/>
82. Você pagou por algum exame de ultra-sonografia ou fez pelo plano de saúde? 0. Não 1. Sim				<input type="checkbox"/>
83. Durante esta gravidez você teve algum problema de saúde que te incomodou? 0. Não (vá para a 105) 1. Sim				<input type="checkbox"/>

Qual foi o tipo de problema? (não ler as alternativas)		
84. Enjôo	0.Não 1.Sim	__
85. Vômito	0.Não 1.Sim	__
86. Azia/Queimação	0.Não 1.Sim	__
87. Prisão de ventre	0.Não 1.Sim	__
88. Hemorróida	0.Não 1.Sim	__
89. Dor de cabeça	0.Não 1.Sim	__
90. Nervosismo	0.Não 1.Sim	__
91. Dor nas costas	0.Não 1.Sim	__
92. Inchaço nas pernas	0.Não 1.Sim	__
93. Pressão alta	0.Não 1.Sim	__
94. Açúcar no sangue	0.Não 1.Sim	__
95. Sífilis	0.Não 1.Sim	__
96. Corrimento vaginal	0.Não 1.Sim	__
97. Anemia	0.Não 1.Sim	__
98. Infecção na urina	0.Não 1.Sim	__
99. Ameaça de aborto	0.Não 1.Sim	__
100. Ameaça de parto prematuro	0.Não 1.Sim	__
101. Perda de líquido	0.Não 1.Sim	__
102. Sangramento	0.Não 1.Sim	__
103. Outro _____	0.Não 1.Sim	__
104. Você acha que o pré-natal te ajudou a resolver esse(s) problema(s)? 0. Não 1. Sim, todos 2. Sim, alguns _____ _____ _____		__
105. Durante esta gravidez você foi internada alguma vez? 0.Não (vá para o bloco V) 1.Sim		__
Por que você foi internada? (não ler as opções para a entrevistada)		
106. Pressão alta	0.Não 1.Sim	__
107. Diabetes	0.Não 1.Sim	__
108. Sangramento vaginal	0.Não 1.Sim	__
109. Perda de líquido	0.Não 1.Sim	__
110. Ameaça de aborto	0.Não 1.Sim	__
111. Ameaça de parto prematuro	0.Não 1.Sim	__
112. Anemia	0.Não 1.Sim	__
113. Infecção urinária	0.Não 1.Sim	__
114. Vômitos	0.Não 1.Sim	__
115. Outro _____	0.Não 1.Sim	__

V. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e alimentação.

116. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	_ _ , _
117. Você foi pesada hoje? 0. Não Sim, qual o peso? (anotar em kg)	_ _ , _
118. Nesta consulta de pré-natal, falaram para você como estava o seu ganho de peso? 0. Não falaram nada 1. Disseram que estava normal 2. Disseram que estava ganhando pouco peso 3. Disseram que estava ganhando muito peso	_
Atenção! Se primeira consulta vá para a questão 120.	
119. Em cada consulta de pré-natal, aqui neste posto/maternidade, você foi pesada? 0. Nunca 1. Às vezes 2. Sempre	_
120. Qual é a sua altura? (anotar em metros)	_ , _ _
121. Sua altura foi medida em alguma consulta deste pré-natal? 0. Não 1. Sim	_
Durante o pré-natal, aqui no(a) posto/maternidade, falaram para você ...	
122. comer mais frutas e legumes? 0. Não 1. Sim	_
123. beber mais leite, iogurte ou queijo? 0. Não 1. Sim	_
124. beber bastante água? 0. Não 1. Sim	_
125. comer menos sal? 0. Não 1. Sim	_
126. comer mais feijão? 0. Não 1. Sim	_
127. comer fígado 1 vez por semana? 0. Não 1. Sim	_
128. as quantidades e os alimentos que você deveria comer em cada refeição? 0. Não 1. Sim	_
Atenção! Se todas as questões de 122 a 128 forem Não (0), vá para a questão 131.	
129. Neste posto/maternidade, quem falou com você sobre alimentação? (pode marcar mais de 1) 1. Nutricionista 2. Enfermeiro 3. Médico 4. Outro _____	_ _ _
130. Conversaram com você sobre alimentação: (pode marcar mais de 1) 1. Na consulta 2. Em grupo 3. De outro jeito _____	_ _
131. Neste posto/maternidade, você recebeu alguma orientação por escrito sobre alimentação na gravidez? 0. Não 1. Sim	_

VI. ACONSELHAMENTO PRÉ-NATAL

Vou fazer algumas perguntas sobre o pré-natal deste posto/maternidade.

132. Você foi convidada a participar de algum grupo de gestantes neste posto/maternidade? 0. Não 1. Sim	_
133. Você participou de alguma atividade de grupo, neste posto/maternidade? 0. Não 1. Sim (marque 1 na 135 e vá para a 136)	_
134. Por que não participou da atividade? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu vaga) 2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte) 4. Questões pessoais (não quis ir, não achou importante) 5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola 6. Não tem/ não sabe da existência de trabalho de grupo com gestantes (marque 0 na 135 e vá para a 136) 7. Outro _____	_ _ _ _
135. Neste posto/maternidade tem trabalho de grupo com gestantes? 0. Não 1. Sim	_
Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, falaram para você...	
136. Não faltar às consultas marcadas? 0. Não 1. Sim	_

137. Não fumar?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
138. Evitar bebida alcoólica?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
139. Sobre a importância de você ter uma consulta com um dentista durante a gestação?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
140. Trazer sempre o cartão de pré-natal nas consultas?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, conversaram sobre...		
141. Relação sexual na gravidez?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
142. Situações em que deveria procurar atendimento de emergência?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
143. Direitos trabalhistas durante a gravidez, como licença maternidade, licença paternidade, licença para amamentação ou algum outro?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Atenção! Se gestante com menos de 7 meses ou 28 semanas de gestação (questão 62), vá para a o bloco VII.		
144. Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, te explicaram sobre os diferentes tipos de parto?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
145. Explicaram sobre as vantagens do parto normal?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
146. Durante o pré-natal neste posto/maternidade, te explicaram sobre os sinais do trabalho de parto?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
147. Explicaram sobre o que acontece durante o trabalho de parto normal?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, explicaram que, para ajudar no trabalho de parto e sentir menos dor, você deve...		
148. Tomar banho para relaxar?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
149. Caminhar e mudar de posição?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, explicaram...		
150. Que você não precisa fazer raspagem dos pelos para o parto?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
151. Que você não precisa fazer lavagem intestinal para o parto?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
152. Explicaram que você tem direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto?	0.Não (vá para a 154) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
153. Explicaram que esse direito à acompanhante é garantido por lei?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Atenção! Se todas as questões de 144 a 153 forem Não (0), vá para a questão 155.		
154. Neste posto/maternidade, conversaram com você sobre o parto: (pode marcar mais de 1) 1. Na consulta 2. Em grupo 3. De outro jeito. _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
155. Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, disseram para qual maternidade você deveria ir no momento do parto?	0.Não (vá para a 157) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
156. Para qual maternidade disseram que você deveria ir? _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
157. Falaram para você levar o cartão de pré-natal para a maternidade?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

VII. INFORMAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Vou fazer algumas perguntas sobre o que explicaram para você sobre amamentação neste pré-natal.

158. Aqui neste posto /maternidade falaram com você sobre amamentação?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
159. Aqui, explicaram para você como colocar o bebê no peito para mamar?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
160. Explicaram como tirar o leite do peito com as mãos, depois do parto, se precisar?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
161. Neste posto/maternidade explicaram que quanto mais o neném mamar, mais leite a mãe vai ter?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
162. E explicaram que não se deve dar mamadeira ao bebê?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
163. Falaram até quando o bebê deve mamar <u>só</u> no peito?	0. Não Sim, até quantos meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atenção! Se todas as questões de 158 a 163 forem Não (0), vá para a questão 165.		

164. Neste posto/maternidade conversaram com você sobre amamentação:(pode marcar mais de 1) 1. Na consulta 2. Em grupo 3. De outro jeito _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
165. Você acha que este posto/maternidade está apoiando você para poder amamentar o seu bebê? (não ler as alternativas) 0.Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>

VIII. MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

166. Você já teve problema de pressão alta <u>sem</u> estar grávida? (excluir hipertensão gestacional) 0.Não 1. Sim (vá para 172)	<input type="checkbox"/>
Atenção !! Se for primeira gestação vá para a 168.	
167. Em alguma gravidez, antes desta, você teve pressão alta?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
168. Mediram a sua pressão hoje?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
Atenção! Se primeira consulta vá para a questão 170.	
169. Nas consultas deste pré-natal, mediram a sua pressão? 0. Nunca (vá para bloco IX). 1. Às vezes 2. Sempre	<input type="checkbox"/>
170. Em alguma consulta deste pré-natal te falaram que sua pressão estava alta? 0.Não (vá para o bloco IX) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
171. Nesta consulta em que a pressão estava alta, o médico ou enfermeiro mediu sua pressão outra vez para ter certeza que ela estava alta?	0.Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
172. O médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da pressão alta para você e para o bebê? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Neste pré-natal, para cuidar da sua pressão, conversaram com você sobre...	
173. fazer repouso	0.Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
174. sua alimentação	0.Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
175. Passaram remédio para pressão alta?	0.Não (vá para a 178) 1. Sim <input type="checkbox"/>
176. Você conseguiu o(s) remédio(s) aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1. Sim, apenas alguns 2. Sim, todos (vá para a 178) 3. Não tentou (vá para a 178)	<input type="checkbox"/>
177. Qual foi a dificuldade para conseguir? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____	<input type="checkbox"/>
178. Você toma remédio para pressão alta no momento?	0.Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
Neste pré-natal, por causa da pressão alta, você foi encaminhada para uma consulta:	0. Não 1. Sim
	b) Você conseguiu ter a consulta? 0. Não 1. Sim 2. Foi encaminhada hoje
	c) Teve alguma dificuldade para ter a consulta? 0. Não 1. Sim
	d) Qual dificuldade? (*)
179. com um clínico geral?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 180)
180. com um cardiologista?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 181)
181. com um nutricionista?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 182)
182. com algum outro profissional?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 183)
(*) Não ler as alternativas. 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar consulta, não tinha médico, demorou para marcar) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis ir) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra	

183. Você foi encaminhada para continuar seu pré-natal em outro posto ou maternidade por causa da pressão alta? 0.Não (vá para o bloco IX) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
184. Você conseguiu ser atendida nesse outro posto ou maternidade? (não ler as alternativas) 0.Não 1. Sim (vá para o bloco IX) 2. Foi encaminhada hoje (vá para o bloco IX) 3. Data já foi marcada (vá para o bloco IX)	<input type="checkbox"/>
185. Qual foi a dificuldade que você teve para ser atendida? (não ler as alternativas) 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar a consulta, não tinha vaga) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis ir) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____	<input type="checkbox"/>

IX. MANEJO DO DIABETES MELLITUS

186. Você tem diabetes, problema de açúcar alto no sangue, quando <u>não</u> está grávida? (excluir diabetes gestacional) 0.Não 1.Sim (vá para 189)	<input type="checkbox"/>
Atenção! Se primeira gestação vá para 188.	
187. Você já teve diabetes nas outras vezes em que esteve grávida? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
188. Durante esta gravidez seu exame de sangue mostrou açúcar alto? 0.Não (vá para o bloco X) 1. Sim 2. Não fez exame (vá para o bloco X) 3.Não recebeu o resultado do exame (vá para o bloco X)	<input type="checkbox"/>
189. Neste pré-natal, o médico ou enfermeiro explicou os riscos do açúcar alto no sangue para você e seu bebê? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
190. Explicaram sobre a alimentação que você deve ter para ajudar a controlar o açúcar no sangue? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
191. Foi passado remédio para controlar o açúcar no sangue? (não ler as alternativas) 0. Não (vá para a 194) 1. Sim, insulina 2. Sim, outro remédio	<input type="checkbox"/>
192. Você conseguiu este remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1. Sim (vá para a 194) 2. Não tentou (vá para a 194)	<input type="checkbox"/>
193. Qual foi a dificuldade para conseguir? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____	<input type="checkbox"/>
194. Você usa algum remédio para diabetes no momento? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Neste pré-natal, por causa do açúcar alto no sangue, você foi encaminhada para uma consulta:	0. Não 1.Sim
195. com um clínico geral?	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 196
196. com um endocrinologista?	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 197
197. com um nutricionista?	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 198
198. com algum outro profissional?	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 199
b) Você conseguiu ter a consulta? 0. Não 1.Sim 2. Foi encaminhada hoje	<input type="checkbox"/> Se 2, vá para 196
c) Teve alguma dificuldade para ter a consulta? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 196
d) Qual dificuldade?*	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 197
d) Qual dificuldade?*	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 198
d) Qual dificuldade?*	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 199
(*) Não ler as alternativas. 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar consulta, não tinha médico) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis ir) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4.Outra _____	

199. Você foi encaminhada para continuar seu pré-natal em outro posto ou maternidade por causa do diabetes? 0.Não (vá para o bloco X) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
200. Você conseguiu ser atendida nesse outro posto ou maternidade? (não ler as alternativas) 0.Não 1.Sim (vá para o bloco X) 2.Foi encaminhada hoje (vá para o bloco X) 3.Data já foi marcada (vá para o bloco X)	<input type="checkbox"/>
201. Qual foi a dificuldade que você teve? (não ler as alternativas) 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar a consulta, não tinha vaga) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis ir) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____	<input type="checkbox"/>

X. MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Neste pré-natal foi pedido um exame de sífilis/VDRL...	<input type="checkbox"/>
202. Antes da sua primeira consulta, na triagem? (não ler as alternativas) 0.Não 1.Sim (vá para a 204) 2. Não sabe o que é Sífilis/ VDRL (vá para o bloco XI)	<input type="checkbox"/>
203. Na sua 1ª consulta de pré-natal? 0.Não (vá para a 205) 1.Sim 9. Não sabe (vá para a 205)	<input type="checkbox"/>
204. Você fez esse exame? 0.Não 1.Sim (vá para a 206) 2. Foi pedido hoje (vá para o bloco XI)	<input type="checkbox"/>
205. Você fez algum exame de sífilis/VDRL neste pré-natal? 0.Não (vá para o bloco XI) 1.Sim 9. Não sabe (vá para o bloco XI)	<input type="checkbox"/>
206. Qual foi o resultado do seu primeiro exame para sífilis/VDRL? 0. Negativo (vá para a 216) 1. Positivo 2. Não chegou o resultado (vá para a 216)	<input type="checkbox"/>
207. Neste pré-natal, o médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da sífilis para você e o bebê? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
208. Foi passado algum tratamento para você? 0.Não (vá para 213) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
209. Qual foi o tratamento passado para você? 1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 14 dias 5. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 30 dias 6. Sim, Outro _____	<input type="checkbox"/>
210. Você fez o tratamento? 0.Não 1.Sim (vá para a 212) 2.Ainda está em tratamento (vá para 213)	<input type="checkbox"/>
211. Por que não fez o tratamento? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) (vá para 213) 2. Questões pessoais (não quis tratar, teve medo do tratamento) (vá para 213) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) (vá para 213) 4.Outra _____ (vá para 213)	<input type="checkbox"/>
212. Você fez um novo exame de sífilis após terminar o tratamento? 0.Não 1. Sim 2.Ainda está em tratamento(tratamento há menos de 1 mês)	<input type="checkbox"/>
213. Neste pré-natal, foi pedido um exame de sífilis para o seu parceiro? 0.Não 1.Sim 2.Não tem parceiro (vá para 215)	<input type="checkbox"/>
214. Foi passado tratamento para o seu parceiro? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
215. Explicaram sobre o uso de camisinha, neste pré-natal? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO	
Atenção! Se gestante com <u>menos</u> de 7 meses ou 28 semanas (questão 62) vá para o bloco XI.	
216. Foi pedido um exame de sífilis depois do <u>sétimo mês de gravidez</u> ? 0.Não (vá para o bloco XI) 1.Sim 2.Sim, só foi feito 1 exame e este foi após 7 meses (vá para o bloco XI)	<input type="checkbox"/>

217. Qual foi o resultado desse outro exame para sífilis, o exame de VDRL, pedido após o <u>sétimo mês de gravidez</u> ? 0. Negativo (vá para o bloco XI) 1. Positivo 2. Não recebeu o resultado (vá para o bloco XI) 3. Não fez o exame (vá para o bloco XI)	___
218. Neste pré-natal, o médico ou enfermeiro informou sobre os riscos da sífilis para você e o bebê? 0. Não 1. Sim	___
219. Foi passado algum tratamento para você? 0. Não (vá para 224) 1. Sim	___
220. Qual foi o tratamento passado para você? 1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 14 dias 5. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 30 dias 6. Sim, Outro _____	___
221. Você fez o tratamento? 0. Não 1. Sim (vá para a 223) 2. Ainda está em tratamento (vá para 224)	___
222. Por que não fez tratamento? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) (vá para 224) 2. Questões pessoais (não quis tratar, teve medo do tratamento) (vá para 224) 3. Dificuldades financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) (vá para 224) 4. Outra _____ (vá para 224)	___
223. Você fez novo exame depois de terminar o tratamento? 0. Não 1. Sim	___
224. Foi pedido exame para o seu parceiro? 0. Não 1. Sim 2. Não tem parceiro (vá para 226)	___
225. Foi passado tratamento para o seu parceiro? 0. Não 1. Sim	___
226. Conversaram com você sobre o uso de camisinha? 0. Não 1. Sim	___

XI. MANEJO DO HIV NA GESTAÇÃO

Neste pré-natal, foi pedido um exame para diagnóstico da infecção pelo HIV, o vírus da Aids...	
227. Antes da sua primeira consulta, na triagem? (não ler as alternativas) 0. Não 1. Sim (vá para a 229) 2. Não sabe o que é HIV/AIDS (vá para o bloco XII)	___
228. Na sua 1ª consulta de pré-natal? 0. Não (vá para a 231) 1. Sim 9. Não sabe (vá para a 231)	___
229. Conversaram com você sobre esse exame antes dele ser pedido? 0. Não 1. Sim	___
230. Você fez esse exame? 0. Não 1. Sim (vá para a 232) 2. Foi pedido hoje (vá para o bloco XII)	___
Atenção! Se primeira consulta vá para o bloco XII.	
231. Você fez algum exame para diagnóstico da infecção pelo HIV, o vírus da Aids neste pré-natal? 0. Não (vá para o bloco XII) 1. Sim 9. Não sabe (vá para o bloco XII)	___
232. Você teve alguma dificuldade para fazer esse exame? (não ler as alternativas) 0. Não 1. Dificuldade de acesso (exame não disponível) 2. Questões pessoais (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame 5. Outra _____	___
233. Qual foi o resultado do primeiro exame que você fez? 0. Negativo 1. Positivo (vá para o bloco XII) 2. Indeterminado (vá para o bloco XII) 3. Não recebeu o resultado (vá para o bloco XII)	___
MANEJO DO HIV NA GESTAÇÃO	
Atenção! Se gestante com <u>menos</u> de 7 meses ou 28 semanas (questão 62) vá para o bloco XII.	
234. Foi pedido um outro exame para diagnóstico da infecção pelo HIV, o vírus da Aids, depois do	___

sétimo mês de gravidez?	0. Não (vá para o bloco XII)	1. Sim	
235. Você fez este exame?	0. Não (vá para o bloco XII)	1. Sim	
	2. Sim, só foi feito um exame e este foi após 7 meses (vá para o bloco XII)		<input type="text"/>
236. Qual foi o resultado?	0. Negativo	1. Positivo	2. Indeterminado
	3. Não recebeu o resultado		<input type="text"/>

XII. MANEJO DA INFECÇÃO URINÁRIA

237. Você teve alguma infecção na urina durante esta gravidez?	0. Não (vá para o bloco XIII)	1. Sim	9. Não sabe (vá para o bloco XIII)	<input type="text"/>
238. O médico ou enfermeiro falou sobre os riscos da infecção na urina para você e o bebê?	0. Não			1. Sim
239. Foi pedido um exame de cultura de urina?	0. Não (vá para a 242)			1. Sim
	2. Foi pedido exame de urina, mas não sabe qual			<input type="text"/>
240. Você conseguiu fazer o exame?	0. Não			1. Sim (vá para a 242)
	2. Data já foi marcada (vá para a 242)			<input type="text"/>
241. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas)				<input type="text"/>
1. Dificuldade de acesso (exame não disponível)				
2. Questões pessoais (não achei importante, não quis fazer)				
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem)				
4. Outra _____				
242. Foi passado algum remédio para você?	0. Não (vá para o bloco XIII)			1. Sim
243. Você conseguiu o(s) remédio(s) aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública?	0. Não			1. Sim (vá para a 245)
	2. Não tentou (vá para a 245)			<input type="text"/>
244. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas)				<input type="text"/>
1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio)				
2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar)				
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem)				
4. Outra _____				
245. Você tomou o remédio como o médico passou?	0. Não (vá para 247)			1. Sim
	2. Ainda está tomando o remédio (vá para 247)			<input type="text"/>
246. Após o tratamento o médico pediu um novo exame de urina?	0. Não			1. Sim
	2. Ainda está em tratamento			<input type="text"/>

XIII. MANEJO DO CRESCIMENTO INTRA-UTERINO

Atenção! Se gestante com menos de 20 semanas ou 5 meses (questão 62) vá para o bloco XIV.				
247. Mediram sua barriga hoje?	0. Não			1. Sim
				<input type="text"/>
248. Em algum momento deste pré-natal o médico ou enfermeiro disse para você que a sua barriga:				<input type="text"/>
1. Estava crescendo normalmente (vá para o bloco XIV)				
2. Estava crescendo menos do que deveria				
3. Estava crescendo mais do que deveria (vá para o bloco XIV)				
4. Nunca falou sobre o assunto (vá para o bloco XIV)				
249. Explicaram o motivo da sua barriga estar crescendo pouco?	0. Não			1. Sim
				<input type="text"/>
250. Foi pedido um exame de ultrasonografia para avaliar o crescimento do bebê?	a)	b) Foi feito?	c) Teve dificuldade para fazer?	d) Qual foi a dificuldade(*)?
	0. Não	0. Não	0. Não	
	1. Sim	1. Sim	1. Sim	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(se 0, vá para 251)	(se 2, vá para 251)	(se 0, vá para 251)	
(*) Não ler as alternativas				
1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar o exame, exame não disponível)				
2. Questões pessoais (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer o exame)				
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem)				

4. Outra		
251. Quando o médico disse que sua barriga estava crescendo pouco, ele marcou para você voltar para a consulta em menos de um mês?	0. Não 1.Sim	__
252. Você foi encaminhada para continuar o pré-natal em outro posto ou maternidade por causa da sua barriga estar crescendo pouco?	0. Não (vá para o bloco XIV) 1. Sim	__
253. Você conseguiu ser atendida no posto ou maternidade para o qual foi encaminhada?	0. Não 1. Sim (vá para o bloco XIV) 2. Foi encaminhada hoje (vá para o bloco XIV) 3. Data já foi marcada (vá para o bloco XIV)	__
254. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas)		__
1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar a consulta, não tinha vaga)		
2. Questões pessoais (fiquei com medo, não achei importante)		
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem)		
4. Outra _____		

XIV. MANEJO DA ANEMIA

255. Durante este pré-natal o médico ou enfermeiro disse que você estava com anemia?	0. Não (vá para a 264) 1. Sim	__
256. Neste pré-natal, foi passado sulfato ferroso ou outro remédio com ferro?	0. Não (vá para a 261) 1. Sim	__
257. Você conseguiu o remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública?	0. Não 1.Sim (vá para a 259) 2. Não tentou (vá para a 259)	__
258. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas)		__
1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio)		
2. Questão pessoal (não achei importante)		
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem)		
4.Outra _____		
259. Neste pré-natal falaram para você que esse remédio deve ser tomado...		__
1. Durante as refeições		
2. Uma hora antes das refeições		
3. De algum outro jeito _____		
260. Você está tomando sulfato ferroso ou outro remédio com ferro?	0. Não 1.Sim	__
261. Você foi encaminhada para continuar pré-natal em outro posto ou maternidade por causa da anemia?	0. Não (vá para a 269) 1. Sim	__
262. Você conseguiu ser atendida?	0. Não 1.Sim (vá para a 269) 2.Foi encaminhada hoje (vá para a 269) 3. Data já foi marcada (vá para a 269)	__
263. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas)		__
1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar a consulta, não tinha vaga) (vá para a 269)		
2. Questões pessoais (não achei importante) (vá para a 269)		
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) (vá para 269)		
4. Outra _____ (vá para a 269)		
264. Mesmo sem anemia, passaram para você sulfato ferroso ou outro remédio com ferro?	0. Não (vá para a 269) 1. Sim	__
265. Você conseguiu o remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública?	0. Não 1.Sim (vá para a 267) 2. Não tentou (vá para a 267)	__
266. Por que você não conseguiu o remédio? (não ler as alternativas)		__
1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio)		
2. Questão pessoal (não achei importante)		
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem)		
4.Outra _____		
267. Falaram para você que esse remédio deve ser tomado...		__
1. Durante as refeições		
2. Uma hora antes das refeições		

3. De algum outro jeito _____	___
268. Você está tomando este remédio? 0. Não 1.Sim	___
269. Neste pré-natal passaram para você ácido fólico? 0. Não (vá para o bloco XV) 1. Sim 9. Não sabe (vá para o bloco XV)	___
270. Você conseguiu o ácido fólico aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1.Sim (vá para o bloco XV) 2. Não tentou (vá para o bloco XV)	___
271. Por que você não conseguiu o ácido fólico? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questão pessoal (não achei importante) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4.Outra _____	___

XV. MANEJO DA PREVENÇÃO DA PREMATURIDADE

Atenção! Se mulher na primeira gravidez, vá para o bloco XVI.

272. Você já teve algum bebê que tenha nascido antes de completar 9 meses de gravidez? 0.Não (vá para o bloco XVI) 1.Sim	___
<i>Agora vou perguntar sobre o pré-natal desta gravidez atual...</i>	
273. Foi feito toque vaginal na 1ª consulta? 0. Não 1.Sim	___
274. Foi pedida uma ultra-sonografia na primeira consulta deste pré-natal? 0. Não 1.Sim	___
275. Foi coletado material da vagina para exame, em alguma consulta deste pré-natal? 0. Não 1.Sim	___
276. Foi passado algum tratamento para inflamação na vagina? 0. Não (vá para 279) 1. Sim	___
277. Você conseguiu o remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1. Sim (vá para 279) 2. Não tentou (vá para a 279)	___
278. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____	___
Atenção!! Se gestante com menos de 6 meses ou 24 semanas de gestação (questão 62), (vá para o bloco XVI)	
279. Neste pré-natal foi passada alguma injeção para ajudar a amadurecer o pulmão do bebê? (injeção de corticóide) 0. Não (vá para o bloco XVI) 1.Sim	___
280. Você conseguiu o remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1. Sim (vá para o bloco XVI) 2. Não tentou (vá para o bloco XVI)	___
281. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____	___

XVI. SATISFAÇÃO COM O PRÉ-NATAL

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua satisfação com o pré-natal.

282. Você diria que o tempo de espera para ser atendida na(s) consulta(s) é ... 1. Ótimo (muito bom) 2. Bom 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssimo	___
283. A maneira que te tratam antes da(s) consulta(s), na pesagem, para medir pressão, é... 1. Ótima (muito boa) 2. Boa 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssima	___
284. A maneira que te tratam durante a(s) consulta(s) é... 1. Ótima (muito boa) 2. Boa 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssima	___
285. A maneira como a tua privacidade foi respeitada durante a(s) consulta(s)? 1. Ótima (muito boa) 2. Boa 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssima	___
286. As explicações dos profissionais de saúde são...	___

1. Ótimas (muito boas) 2. Boas 3. Regulares (mais ou menos) 4. Ruins 5. Péssimas	__
287. O horário de funcionamento da unidade de saúde é ... 1. Ótimo (muito bom) 2. Bom 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssimo	__
288. Você diria que o seu atendimento pré-natal, até hoje, foi... 1. Ótimo (muito bom) 2. Bom 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssimo	__

XVII. OPINIÃO DA ENTREVISTADA

289. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 0. Não Sim (escrever o que for relatado)	__
--	----

Obrigada pela sua colaboração!

XIII. PARA SER PREENCHIDO PELO ENTREVISTADOR AO FINAL DA ENTREVISTA

290. A cooperação da entrevistada foi: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca	__
Observações:	

Horário de término |__|__| : |__|__|

CARTÃO DA GESTANTE

QUESTIONÁRIO | _ | _ | _ | _ | _ |

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Nome da Unidade	
2. Nº do prontuário da gestante _ _ _ _ _ _ _ _	
3. Entrevistador _ _ _	4. Data da entrevista _ _ _ / _ _ _ / _ _
5. Supervisor _ _ _	6. Data da 1ª revisão _ _ _ / _ _ _ / _ _
7. Revisor _ _ _	8. Data da 2ª revisão _ _ _ / _ _ _ / _ _
9. Digitador _ _ _	10. Data da digitação _ _ _ / _ _ _ / _ _

II. Cartão da Gestante

Anotar as informações do cartão. Atenção! Como existem vários tipos de cartão em uso na rede de saúde, quando a variável não constar do cartão da gestante anotar 88.

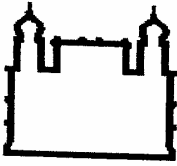
11. Nome da Gestante:		
12. Hora de início do preenchimento do cartão		_ _ : _ _
13. Posso ver o seu cartão de pré-natal?	0.Não 1.Sim 2.Não tenho 3.Não trouxe	_
14. Nº do SISPRENATAL		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
15. Qual o tipo de Cartão da Gestante utilizado?		_ _
1. Rosa (MS)	5. Amarelo e branco (SUS – Projeto Nordeste)	
2. Verde e amarelo(MS)	6. Espelho azul e branco	
3. Cartão azul e branco (SMS)	7. Próprio do hospital	
4. Branco e amarelo (CLAP)	8. Outro _____	
16. Nome da gestante	9. Não informado 1. Informado	_
17. Nome da Unidade de Saúde do pré-natal	9. Não informado 1. Informado	_
18. Número do prontuário	9. Não informado 1. Informado	_
19. Escolaridade	9. Não informado 1. Informado	_
20. Idade	9. Não informado 1. Informado	_
21. Idade gestacional calculada pelo revisor		_ _ _ sem
Antecedentes Familiares:		
22. Diabetes mellitus	9. Não informado 0.Não 1.Sim	_
23. Hipertensão arterial	9. Não informado 0.Não 1.Sim	_
Antecedentes pessoais:		
24. Hipertensão arterial	9. Não informado 0.Não 1.Sim	_
25. Diabetes mellitus	9. Não informado 0.Não 1.Sim	_

26. Infecção urinária	9. Não informado	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
27. Infertilidade	9. Não informado	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
28. Cirurgia pélvica /uterina	9. Não informado	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
29. Outros	9. Não informado	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
30. Antecedentes pessoais de risco (avaliado pelo revisor)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
Antecedentes obstétricos:	anotar os valores que constam no cartão				
31. Gesta				<input type="checkbox"/>	
32. Abortos				<input type="checkbox"/>	
33. Partos vaginais/ normais				<input type="checkbox"/>	
34. Partos vaginais a fórceps				<input type="checkbox"/>	
35. Cesarianas				<input type="checkbox"/>	
36. Filhos nascidos vivos				<input type="checkbox"/>	
37. Filhos nascidos mortos (natimorto)				<input type="checkbox"/>	
38. Filhos nascidos a termo				<input type="checkbox"/>	
39. Filhos nascidos prematuros				<input type="checkbox"/>	
40. Filhos nascidos com peso < 2500g				<input type="checkbox"/>	
41. Neomortos precoces (morreram na primeira semana)				<input type="checkbox"/>	
42. Antecedentes obstétricos de risco (avaliado pelo revisor)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
Gravidez atual / controle pré-natal:					
43. Peso anterior (Kg)				<input type="text"/>	
44. Altura /estatura				<input type="text"/>	
45. Número de doses de vacina anti-tetânica				<input type="checkbox"/>	
46. Reforço ou vacinação prévia	9. Não informado	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
47. Grupo sanguíneo	1. A	2. B	3. O	4. AB	<input type="checkbox"/>
48. Fator RH	0. Negativo	1. Positivo		<input type="checkbox"/>	
49. Coombs	0. Negativo	1. Positivo		<input type="checkbox"/>	
50. Sensibilização	0. Negativo	1. Positivo		<input type="checkbox"/>	
51. Tabagismo	0. Negativo	1. Positivo		<input type="checkbox"/>	
52. Sorologia para Lues (VDRL) – 1º exame	0. Negativo	1. Positivo		<input type="checkbox"/>	
53. Data do 1º exame VDRL				<input type="text"/>	
54. Sorologia para Lues (VDRL) – 2º exame	0. Negativo	1. Positivo		<input type="checkbox"/>	
55. Data do 2º exame VDRL				<input type="text"/>	
56. Hematócrito – 1º exame				<input type="text"/>	
57. Hematócrito – 2º exame				<input type="text"/>	
58. Hemoglobina - 1º exame				<input type="text"/>	
59. Hemoglobina - 2º exame				<input type="text"/>	
60. Glicemia de jejum – 1º exame				<input type="text"/>	
61. Glicemia de jejum – 2º exame				<input type="text"/>	
62. Sorologia HIV – 1º exame	0. Negativo	1. Positivo	2. Indeterminado	<input type="checkbox"/>	
63. Data do 1º exame HIV				<input type="text"/>	
64. Sorologia HIV – 2º exame	0. Negativo	1. Positivo	2. Indeterminado	<input type="checkbox"/>	

65. Data do 2º exame HIV	_ _ / _ _ / _ _										
66. EAS (urina) 1º exame – descrever	_										
67. Avaliação do revisor	0. Normal 1. Alterado										_
68. EAS (urina) 2º exame – descrever	_										
69. Avaliação do revisor	0. Normal 1. Alterado										_
70. Número de USG realizadas	_ _										
71. Idade gestacional na 1ª USG	_ _ sem										
72. Peso fetal na 1ª USG	_ _ _ _ g										
73. Data da 1ª USG	_ _ / _ _ / _ _										
74. Idade gestacional na 2ª USG	_ _ sem										
75. Peso fetal na 2ª USG	_ _ _ _ g										
76. Data da 2ª USG	_ _ / _ _ / _ _										
77. Idade gestacional na 3ª USG	_ _ sem										
78. Peso fetal na 3ª USG	_ _ _ _ g										
79. Data da 3ª USG	_ _ / _ _ / _ _										
Observar as anotações no gráfico:											
80. Tipo de gráfico de avaliação antropométrica:	_										
0. Não tem gráfico											
1. Gráfico IMC / semana de gestação											
2. Gráfico aumento de peso materno / semanas de amenorréia											
3. Gráfico % de peso materno em relação ao peso ideal para altura / semana de gestação											
4. Outro (escrever eixo Y/X) _____											
81. Número de anotações no gráfico de avaliação antropométrica	_ _										
82. Número de anotações altura uterina/idade gestacional na curva	_ _										
83. Risco na gravidez atual (avaliado pelo revisor)	0.Não 1.Sim										_
Anotações das consultas pré-natais:											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
84. Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
85. IG (DUM)											
86. IG (semanas)											
87. Semanas de amenorréia											
88. IG(USG)											
89. Peso											
90. PA											
91. AU/FU											

92. BCF												
Anotar todas as informações descritas no cartão:												
93. Possui risco gestacional (avaliado pelo revisor)							0.Não	1.Sim	__			
Tipo de risco:												
94.	Hipertensão arterial						0.Não	1.Sim	__			
95.	Diabetes mellitus						0.Não	1.Sim	__			
96.	Sífilis						0.Não	1.Sim	__			
97.	HIV						0.Não	1.Sim	__			
98.	Infecção urinária						0.Não	1.Sim	__			
99.	CIUR						0.Não	1.Sim	__			
100.	Anemia						0.Não	1.Sim	__			
101.	Prematuridade						0.Não	1.Sim	__			
102.	Nati/neomortalidade						0.Não	1.Sim	__			
103.	Adolescente (< 15 anos)						0.Não	1.Sim	__			

Horário de término do preenchimento do cartão |__|__| : |__|__|



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 05 de março de 2007.

Parecer N° 142 /06
CAAE: 0140.0.031.000-06

Título do Projeto: “Avaliação da qualidade e da efetividade da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro: ênfase à gestante adolescente”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde – DEMQS/ENSP/FIOCRUZ.


Tipo do projeto: Individual

Data de recebimento no CEP-ENSP: 21 / 11 / 2006

Data de apreciação: 06 / 12 / 2006

O projeto “Avaliação da qualidade e da efetividade da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro: ênfase à gestante adolescente”, da pesquisadora Maria do Carmo Leal foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e considerado aprovado.

Parecer do CEP: Aprovado


Inês Nascimento de Carvalho Reis
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer n.º 145A/2007

Rio de Janeiro, 17 de setembro de 2007.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS n.º 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 113/07

TÍTULO: Avaliação da qualidade e da efetividade da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro: ênfase à gestante adolescente.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria do Carmo Leal.

UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

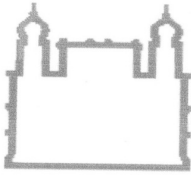
DATA DA APRECIÇÃO: 17/09/2007.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado 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 publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 28 de outubro de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 175/09
CAAE: 0187.0.031.000-09

Título do Projeto: “Avaliação da estrutura e do processo da assistência no pré-natal ES sete unidades do Programa Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Roberta Pereira Niquini

Orientadores: Maria do Carmo Leal e Sonia Azevedo Bittencourt

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ/ENSP

Data de recebimento no CEP-ENSP: 21 / 09 / 2009

Data de apreciação: 07 / 10 / 2009

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Lúcia Nascimento de Carvalho Reis
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP