

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro”

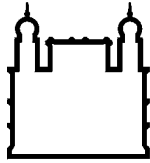
por

Melanie Noël Maia

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha

Rio de Janeiro, dezembro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Melanie Noël Maia

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Soares Madeira Domingues

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom

Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha – Orientadora

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

M217 Maia, Melanie Noël
A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por
equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro. /
Melanie Noël Maia. -- 2014.
94 f. : tab. ; graf.

Orientador: Theme Filha, Mariza Miranda
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Assistência à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Estratégia Saúde da Família. 4. Serviços de Saúde
Materno-Infantil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 618.24098153

A todas as gestantes e bebês, que, apesar de hoje
dividirem minha atenção com o restante da família,
fizeram despertar o interesse pela Medicina.

Agradecimentos

Aos meus pais, com lamento à ausência dele, que adoraria me ver mestra.

A Leonardo Graever, colega de turma que virou marido, pelo apoio incondicional, interlocução valiosa, e provimento contínuo de amor, carinho e café nos momentos mais difíceis;

A todos os meus queridos familiares e amigos, por compreenderem a ausência, e em especial à minha sobrinha Joaquina, a quem pretendo recompensar todas as horas em que não estive disponível para brincar;

À Mariza Theme, minha orientadora, pela confiança, liberdade, disponibilidade e paciência durante todo o processo;

À Victoria Brant, Carlos Eduardo Aguilera e demais profissionais do Laboratório de Currículo e Ensino (LCE/NUTES) e do Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS) da UFRJ, por me mostrarem os caminhos da Medicina de Família durante a graduação, e Valéria Romano, que chegou depois, mas parece ser desde sempre;

À Escola Nacional de Saúde Pública, por constituir-se mais uma vez em campo de aprendizado, e aos professores e alunos do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, pela enriquecedora experiência;

Aos gerentes e membros das equipes de Saúde da Família do subsistema Leopoldina Norte, aos profissionais da CAP 3.1, e às equipes de Sistemas de Informação da Viva Rio e Prime Saúde, pelo apoio indispensável à pesquisa de campo;

Aos agentes comunitários da equipe Vila Cruzeiro, gerentes e administrativos da Clínica da Família Felipe Cardoso e profissionais da OTICS-Penha, sempre parceiros em momentos fundamentais;

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em especial aos gestores da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, pelo investimento na qualificação profissional e na consolidação da ESF no município.

A todas as mulheres entrevistadas, pela participação voluntária na pesquisa, contribuindo para a produção científica em saúde.

Resumo

O município do Rio de Janeiro, apesar da ampla cobertura da assistência pré-natal e de partos hospitalares, apresenta incidência elevada de desfechos perinatais desfavoráveis e evitáveis. Por muito tempo, o município foi reconhecido pelo baixo investimento em serviços de Atenção Primária à Saúde e pela precária integração entre a assistência ao pré-natal e ao parto. O Programa Cegonha Carioca, lançado em 2010, fundamenta-se na organização da rede de atenção ao pré-natal e ao parto para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Aliada ao programa, a expansão da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família ocorrida a partir de 2009 torna o cenário do município favorável à reversão dos maus resultados observados. O presente estudo teve como objetivo descrever aspectos relacionados à coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto pelas equipes de Saúde da Família da Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 187 puérperas residentes em áreas cobertas pela ESF, representando as gestantes que pariram no mês de abril de 2013, a fim de se investigar a cobertura da assistência pré-natal pelas equipes, a utilização da rede de referências pactuada pelo Programa Cegonha Carioca, o fluxo de informações entre os serviços de pré-natal e parto, através do preenchimento do cartão da gestante, e a avaliação pelas puérperas da integração entre os serviços, utilizando instrumento adaptado a partir do PCATool-Brasil. Os resultados encontrados sugerem avanço considerável na consolidação de uma rede integrada de serviços; porém, evidenciam a manutenção de falhas importantes na comunicação entre os níveis assistenciais. Outras situações prejudiciais à coordenação da atenção pela ESF identificadas com menor frequência foram as barreiras de acesso ao atendimento e a persistência do acesso direto ao especialista. Recomenda-se a superação dos problemas identificados para a potencialização da atuação da ESF como coordenadora do cuidado à gestante.

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Serviços de Saúde Materno-Infantil

Abstract

Despite broad antenatal care coverage and a high frequency of in-hospital birth, the city of Rio de Janeiro still shows a high rate of negative and potentially avoidable perinatal outcomes. Primary health care has never been considered before as priority in Rio's health administration, and connection between antenatal care and birth assistance services is poor. The "Cegonha Carioca" program, launched in 2010, promotes the networking of antenatal and birth care, aiming to reduce maternal and child morbidity and mortality. This project, allied to primary health care expansion occurring in Rio since 2009, contributes to a potential improvement in perinatal health outcomes. The study describes antenatal and birth care coordination by primary health care teams in a region of Rio de Janeiro. One hundred and eighty-seven women who had birth on April 2013 and live in this region were interviewed, using the Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), and data from their pregnant woman's cards were collected. Primary care antenatal coverage, hospital reference and information exchange between services were assessed. Results show positive elements of networking between antenatal and birth care; nevertheless, they also indicates important connection gaps. Eventually, low access to care and direct access to specialists were identified, possibly preventing primary care teams to figure as care coordinator. Perinatal care coordination by primary care teams should be promoted by overcoming these obstacles.

Keywords: Delivery of Health Care, Primary Health Care, Family Health Strategy, Maternal-Child Health Services

Lista de siglas

AP - Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

CF - Clínica da Família

CFAAN - CF Aloysio Augusto Novis

CFFC - CF Felipe Cardoso

CFHP - CF Heitor dos Prazeres

CFJT - CF Joãozinho Trinta

CMS - Centro Municipal de Saúde

CMSIL - CMS Iraci Lopes

CMSJBS – CMS José Breves dos Santos

CMSJC - CMS João Cândido

CMSJPF - CMS José Paranhos Fontenelle

CMSNJF – CMS Dr. Nagib Jorge Farah

DUM - Data da última menstruação

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HGB – Hospital Geral de Bonsucesso

HMFM - Hospital Maternidade Fernando Magalhães

HMPW - Hospital Municipal Paulino Werneck

HMRG – Hospital Municipal Ronaldo Gazolla

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNPS - Política Nacional de Promoção de Saúde

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RMM - Razão de mortalidade materna

SAP - Superintendência de Atenção Primária

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIS-PRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SMS-RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUBPAV - Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário:

1. Apresentação	10
2. Referencial Teórico	12
2.1. As Redes de Atenção à Saúde (RAS)	12
2.1.1. História, contexto e conceitos relativos às RAS	12
2.1.2. Elementos constitutivos das RAS	14
2.1.3. O papel da APS nas RAS	14
2.1.4. Redes temáticas	17
2.2. A coordenação do cuidado	19
2.2.1. Definições	19
2.2.2. Avaliação da coordenação da atenção	21
2.3. A atenção à gestante na rede de saúde	22
2.3.1. Histórico e contexto atual	22
2.3.2. Contexto do município do Rio de Janeiro: O Programa Cegonha Carioca	24
2.3.3. O papel da ESF na atenção à gestação de baixo risco	27
2.3.4. A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto	29
3. Justificativa	31
4. Objetivos	32
4.1. Geral	32
4.2. Específicos	32
5. Método	33
5.1. Delineamento do estudo	33
5.2. Cenário do estudo	33
5.3. Estimativa da amostra	35
5.4. Período do estudo	36
5.5. Procedimentos para a coleta de dados	36
5.6. Instrumento para coleta de dados	37
5.7. Processamento e análise dos dados	41
5.8. Considerações éticas	42
6. Resultados	43
7. Discussão	52
8. Considerações finais	66
Referências	68
Apêndice A. Instrumento para a avaliação da coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família da AP 3.1	79

Apêndice B. Adaptação do componente E do PCATool-Brasil para o estudo	82
Apêndice C. Termo de consentimento Livre e Esclarecido	83
Apêndice D. Termo de assentimento Livre e Esclarecido	85
Apêndice E. Relatório de resultados das unidades de saúde participantes do estudo ..	87
Anexo A. Ficha B – Gestante	88
Anexo B. Modelo de Cartão da Gestante utilizado no município do Rio de Janeiro	89
Anexo C. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – ENSP/FIOCRUZ	91
Anexo D. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – SMS-RJ	94

1. Apresentação

Estudos nacionais demonstram que, apesar do aumento da cobertura de assistência pré-natal e de partos hospitalares observado nos últimos anos, persiste uma elevada ocorrência de desfechos perinatais desfavoráveis e evitáveis¹. Dentre os fatores associados a este cenário, destacam-se a baixa qualidade das ações de assistência à gestante e a deficiência nos mecanismos de integração entre serviços de atenção ao pré-natal e ao parto¹⁻⁵. A situação do município do Rio de Janeiro mostra-se similar ao panorama nacional, sendo marcante o fenômeno de peregrinação anteparto, caracterizado pelo deslocamento de gestantes por diversos serviços em busca de internação para o parto^{6,7}.

A comparação com países com os melhores indicadores perinatais permite a identificação de estratégias exitosas, como os sistemas de saúde configurados por redes regionalizadas e planejadas a partir das demandas da população, e a abordagem integral da gestação, parto, puerpério e assistência à criança, com ações contínuas e complementares entre os serviços ambulatoriais e hospitalares^{8,9}. Atualmente, para fins de organização da assistência a saúde, o ciclo gravídico-puerperal deve ser entendido como uma condição crônica de saúde^{10,11}.

O conceito de *condição de saúde* supera o escopo das doenças crônicas, ao considerar fatores de risco proximais (ligados a hábitos e comportamentos) e eventos ligados aos ciclos de vida (gestação, infância, adolescência, terceira idade) como focos de atenção específica por parte do sistema de saúde¹⁰⁻¹². Enquanto sistemas fragmentados, constituídos por pontos isolados de atenção à saúde, podem propiciar o manejo adequado de condições e eventos agudos, portadores de condições crônicas beneficiam-se de cuidados prestados por um conjunto integrado de serviços, que possibilite assistência contínua e integral à saúde¹⁰⁻¹².

Desde o final da década de 90 vêm sendo observadas reformas dos sistemas de saúde em alguns países, com enfoque primordial na organização dos serviços e na coordenação dos cuidados prestados¹³. No Brasil, em 2010, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de superar a fragmentação dos serviços, possibilitar o provimento de atenção integral e contínua, e assim incrementar o desempenho do sistema¹⁴. As RAS são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo na Atenção Primária à Saúde (APS) o seu centro de comunicação, com destaque para o caráter resolutivo deste nível de atenção, a partir do qual se deve coordenar o cuidado em todos os pontos do sistema^{10,14}.

A Rede Cegonha, instituída pelo MS em 2011, e o Programa Cegonha Carioca, implantado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em 2010, são iniciativas cujas características seguem as premissas desse modelo de atenção à saúde, constituindo-se em redes de cuidados que devem organizar e qualificar a assistência à saúde materno-infantil^{15,16}. O Programa Cegonha Carioca tem como uma das principais estratégias a vinculação da gestante à maternidade de referência desde a primeira consulta de pré-natal, sendo essa ação de responsabilidade do serviço de APS^{16,17}.

No Rio de Janeiro, são crescentes os esforços da gestão municipal para a consolidação da APS como porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede^{17,18}. Assim como no restante do país, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial para a organização da APS¹⁷⁻¹⁹, tendo ocorrido expansão importante da cobertura por este modelo nos últimos anos, com ampliação de 6,9% em 2009 para 40,8% da população em 2013^{20,21}.

Tendo em vista o panorama da assistência à gestação e ao parto no município do Rio de Janeiro apresentado nos últimos estudos, a inovação na organização dos serviços proposta pelo Programa Cegonha Carioca, e a posição central da ESF para a consolidação de uma APS robusta, faz-se necessário conhecer a atuação das equipes de Saúde da Família como coordenadoras da atenção à saúde materno-infantil.

Fundamentado na vasta literatura científica a respeito da coordenação do cuidado^{10,22,23} - que evidencia os seus benefícios e define como elementos essenciais a integração entre os serviços e o fluxo de informações -, este estudo buscou investigar aspectos relativos à execução deste atributo pela ESF na assistência à gestante, no contexto do município do Rio de Janeiro. Espera-se contribuir para a produção nacional a respeito das RAS, a partir do enfoque no papel da ESF na consolidação de uma rede temática.

2. Referencial Teórico

2.1. As Redes de Atenção à Saúde

2.1.1. História, contexto e conceitos relativos às RAS

Apesar do tema ter ganhado força na década de 90¹³, nos Estados Unidos da América, alguns conceitos como o funcionamento em rede e a organização de serviços de saúde com base na regionalização não são novos. Em 1920, no Reino Unido, foi publicado o Relatório Dawson²⁴, que é considerado o primeiro documento a sistematizar um modo específico de pensar políticas públicas de saúde mediante a criação de sistemas nacionais.

Esse relatório propôs a organização dos sistemas de saúde baseada em níveis assistenciais de diferentes densidades tecnológicas e graus de inserção na comunidade. Os centros de Atenção Primária contariam com a presença de médicos generalistas, ofereceriam uma ampla gama de serviços à comunidade, e seriam responsáveis por definir quando um paciente deveria receber cuidados de saúde em outro nível assistencial²⁴. As recomendações do Relatório Dawson foram adaptadas e implementadas na Inglaterra em 1948, dando origem ao modelo de atenção do Serviço Nacional de Saúde²³.

Contraditoriamente ao modelo proposto, em muitos países os sistemas de saúde favoreceram o estabelecimento de autonomia nas práticas clínicas e de independência organizacional dos serviços, que contribuíram de modo definitivo para a fragmentação do cuidado. Diante dos crescentes custos de saúde, que não foram acompanhados por resultados satisfatórios, novamente voltou-se a atenção para a organização e integração dos serviços de saúde^{10,13}.

As reformas pró-coordenação vêm se dando em diferentes ritmos de implantação nos diversos países, em correspondência com a situação de saúde encontrada. Enquanto nos países desenvolvidos, nos quais as condições crônicas já se estabeleceram como o principal problema de saúde pública, essas iniciativas se encontram em estágios mais avançados, nos países em desenvolvimento ainda são incipientes^{12,13,25}. Atualmente, nesses países convive-se com uma dupla ou tripla carga de doenças, traduzida em um perfil epidemiológico onde condições agudas, crônicas e causas externas coexistem com importância significativa na saúde das populações^{10,12}.

A lógica das reformas pró-coordenação reside na compreensão de que nenhum ponto isolado de atenção reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias

para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, tornando indispensável o desenvolvimento de mecanismos de integração e coordenação entre os serviços^{23,26}. Uma vez que as tendências epidemiológicas apontam que as condições crônicas serão maioria em todos os países (representando 80% da carga global de doenças de países em desenvolvimento em 2020), o desafio torna-se universal aos sistemas de saúde de todo o mundo¹².

No Brasil, a formação de redes regionalizadas de cuidados que garantissem assistência integral à saúde já era prevista desde a implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS)^{27,28}. No entanto, foi a partir de 2006 que surgiram políticas com clara orientação para a coordenação dos serviços. O Pacto pela Saúde²⁹, por exemplo, representa um conjunto de reformas institucionais acordado pelas três esferas gestoras, que define o aprofundamento dos processos de regionalização e organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios do SUS. Um de seus componentes, o Pacto pela Vida, considera como um compromisso sanitário a priorização da APS (denominada pelo MS de Atenção Básica), e a consolidação e qualificação da ESF como modelo preferencial de APS e como ordenadora das redes de atenção à saúde do SUS.

Em consonância com o Pacto pela Saúde, foram aprovadas a Política Nacional da Atenção Básica¹⁹ (PNAB) e a Política Nacional de Promoção de Saúde³⁰ (PNPS), ambas voltadas para a consolidação de um modelo de atenção capaz de responder às necessidades determinadas pela transição epidemiológica, e caracterizado pela APS como eixo estruturante da rede de atenção à saúde.

Finalmente, através da Portaria nº 4.279¹⁴, de dezembro de 2010, o MS estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. De acordo com a definição adotada pelo MS, as RAS são conjuntos organizados de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas transversais, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Caracterizam-se pelo estabelecimento de relações horizontais entre os distintos pontos de atenção, pelo entendimento da APS como centro de comunicação, pela centralidade nas necessidades de saúde de uma população bem definida e pela responsabilização sobre a assistência contínua e integral dessa população, tendo em vista melhores resultados sanitários.

2.1.2. Elementos constitutivos das RAS

As RAS são constituídas por três elementos essenciais: população/região, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde^{10,14}.

O pleno conhecimento da população e da área geográfica sob sua responsabilidade propicia a obtenção de melhores resultados sanitários pela RAS. Enquanto a população deve ser estratificada por riscos, determinando a necessidade de níveis distintos de intensidade das ações de saúde, a região de saúde deve ser bem definida e as estruturas bem distribuídas, de modo sejam asseguradas as respostas adequadas às necessidades da população^{10,14}.

O segundo elemento, a estrutura operacional, é constituído pelo conjunto de pontos de atenção à saúde (APS e pontos de atenção secundária e terciária) e pelas ligações existentes entre os mesmos (sistemas de apoio, sistema logístico e sistema de governança). Nas diretrizes propostas pelo MS, assim como em diversos modelos bem-sucedidos existentes no mundo, a APS é o centro de comunicação da rede e tem um papel chave na sua estruturação e coordenação^{10,14}.

Por fim, o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, com o objetivo de atingir o equilíbrio entre as necessidades da população e as intervenções do sistema de saúde, em um determinado tempo para uma determinada sociedade^{10,14}.

2.1.3. O papel da APS nas RAS

A proposta das RAS encontra-se fundamentada em vasta literatura científica, que fornece evidências robustas sobre os benefícios da APS nos sistemas de saúde^{10,14,19,22}, incluindo melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, e maior satisfação dos usuários. Experiências nacionais e internacionais demonstram que sistemas baseados em uma APS forte são mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades da população; mais efetivos, pela maior capacidade de resposta frente à hegemonia das doenças crônicas; mais eficientes, por apresentarem menores custos a partir do uso racional de recursos; e mais equitativos, pelo reconhecimento e intensificação das ações sobre populações vulneráveis²³.

A denominação dos níveis de atenção à saúde como primário, secundário e terciário parece ter sido adaptada da educação, e frequentemente causa distorções na compreensão do papel da APS, principalmente no que diz respeito à sua conceituação mais moderna³¹. A comparação entre esses sistemas traz duas diferenças fundamentais,

sendo seu esclarecimento importante para o adequado entendimento do papel ocupado pela APS nas RAS. A primeira diferença é que o trajeto linear verificado na educação - onde os indivíduos percorrem etapas sequenciais - não encontra correspondência nas questões de saúde. Nas redes de saúde, mesmo quando um indivíduo é referenciado a outros níveis assistenciais, ele permanece sob responsabilidade do nível primário, onde são integrados os cuidados recebidos em todos os pontos de atenção^{22,31}.

A segunda diferença consiste na concepção de incremento progressivo de qualidade ou capacidade técnica, trazida pelo sistema educacional: não é verdade que a APS seja menos complexa do que os outros níveis assistenciais. Considerando que deve atender de modo resolutivo cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade, fazem-se necessárias uma ampla carteira de serviços, e tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas às modificações de hábitos e comportamentos. Os níveis secundário e terciário, por sua vez, abrangem aparatos de maior densidade tecnológica, constantemente sobrevalorizados pela sociedade em detrimento da APS^{11,22,31}.

Em relação aos cuidados prestados, a atenção secundária e a terciária se diferenciam da APS, principalmente, pela duração do contato com o usuário e pela menor prevalência dos problemas manejados. Nos sistemas de saúde organizados a partir da APS, o nível secundário deve ser consultivo, através de apoio matricial aos profissionais do nível primário, ou de atendimentos pontuais para orientação diagnóstica e terapêutica. Já o nível terciário destina-se ao cuidado de condições raras de saúde, com as quais os profissionais da APS lidam com tão pouca frequência que não é esperado que adquiram as competências necessárias para manejá-las^{10,22}.

Dentro das RAS, portanto, não existe uma relação de hierarquia ou subordinação, uma vez que todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se atinjam os objetivos comuns. Independente do nível assistencial acessado, a integração dos cuidados, a organização e a racionalização dos recursos são de responsabilidade da APS, a ordenadora da rede^{10,22,32}.

De acordo com Mendes¹⁰, no âmbito das RAS, a APS deve cumprir três funções primordiais: resolução, comunicação e responsabilização. A função de resolução consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde encontrados na população adscrita. A função de comunicação (já nomeada como coordenação pelo mesmo autor^{11,33}, ou organização, na definição do MS¹⁴) está relacionada à organização de fluxos de pessoas, recursos e informações entre os diversos pontos de atenção, consolidando o papel de centro comunicador da rede. A terceira função representa a co-

responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que se encontrem.

As funções definidas por Mendes guardam semelhanças em muitos aspectos com os atributos da APS previamente descritos por Starfield²². Segundo a autora, um serviço pode ser considerado provedor efetivo de cuidados primários quando apresenta quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção), e aumenta seu poder de interação com os indivíduos e comunidade na medida em que apresenta três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). O acesso de primeiro contato representa a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, excetuando-se as verdadeiras urgências e emergências. A longitudinalidade contempla o entendimento da APS como uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, o que colabora para a formação de vínculo entre usuários e profissionais de saúde. A integralidade refere-se à carteira de serviços disponíveis no serviço de APS, que deve propiciar atenção integral do ponto de vista biopsicossocial, com alta resolutividade e referência para outros níveis assistenciais quando esta se fizer necessária. Já a coordenação da atenção pressupõe que o provedor de atenção primária seja capaz de integrar todo o cuidado que o usuário recebe nos diversos serviços, e que estes sejam oferecidos ao encontro de necessidades diversas, mas com foco em um objetivo comum²².

Os atributos derivados dizem respeito à consideração do contexto familiar e sua interação com o cuidado ao indivíduo (orientação familiar); ao reconhecimento por parte do serviço das necessidades de saúde da comunidade, através do contato direto e do conhecimento acerca de dados epidemiológicos (orientação comunitária); e à adaptação do provedor de cuidados primários às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (competência cultural)²².

Em 2010, o MS adotou oficialmente o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde³⁴ (ou PCATool-Brasil, do inglês *Primary Care Assessment Tool*), que é uma versão da escala original proposta por Starfield³² validada para uso no Brasil³⁵. Este instrumento mede a presença e extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. Ao indicar o grau de orientação de um serviço para a APS, a medição dos atributos serve como subsídio para a avaliação dos serviços de saúde.

Ainda que todos os atributos sejam fundamentais para caracterizar o papel da APS nas redes de saúde, a coordenação é considerada de maior importância relativa, sendo também considerada uma função desse nível assistencial nas RAS¹⁰; portanto, será abordada em tópico específico.

2.1.4. Redes temáticas

Em 2011, o MS definiu a criação de cinco redes temáticas, organizadas a partir da necessidade de priorização do enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas que acometem a população brasileira com impacto importante na situação de saúde. São elas: Rede Cegonha (voltada para gestantes e crianças até 24 meses); rede de atenção às urgências e emergências; rede de atenção psicossocial (voltada para o cuidado aos indivíduos portadores de transtornos mentais e de necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas); rede de atenção às doenças e condições crônicas; e rede de cuidado à pessoa com deficiência³⁶.

A definição de redes prioritárias não deve ser confundida com a lógica dos programas verticais de saúde. Uma diferença fundamental é que, na concepção das redes de saúde, somente os pontos de atenção secundária e terciária são de fato temáticos, pois a APS e os sistemas de apoio, logístico e de governança são comuns e organizam-se de forma transversal a todas as redes temáticas, conforme esquematizado na figura a seguir¹⁰.

Figura 1 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, 2011 (RT = rede temática).

Entende-se, portanto, que os pontos de atenção secundária e terciária são os nós das redes em que se ofertam determinados serviços especializados, e que se diferenciam da APS por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo a atenção terciária tecnologicamente mais densa que a secundária. Também se faz necessário compreender que pontos de atenção à saúde não são iguais, necessariamente, a estabelecimentos de saúde, e que um mesmo estabelecimento pode conter vários pontos de atenção à saúde, componentes de redes temáticas diversas¹⁰.

Por exemplo, um hospital terciário, que concentre a oferta de muitos produtos diferenciados, pode conter uma maternidade de alto-risco e uma unidade de terapia intensiva neonatal (pontos da rede de atenção materno-infantil); uma enfermaria de clínica médica (ponto da rede de atenção às doenças crônicas); e um serviço de traumatologia e uma unidade de terapia intensiva de adultos, que seriam parte da rede de atenção a urgências e emergências¹⁰.

A conformação da estrutura das redes temáticas é feita a partir dos fluxos instituídos pelas linhas de cuidado, ou linhas-guia, que se destinam à normatização das ações dos pontos de atenção de uma RAS e dos seus sistemas de apoio. As linhas de cuidado são desenvolvidas a partir da história natural de uma condição de saúde, contemplando, portanto, intervenções promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção, observando-se a ação coordenadora da APS^{10,11}.

Uma característica fundamental das linhas de cuidado é que se desenvolvam a partir da estratificação de riscos, determinando o manejo específico para cada grupo de risco¹⁰. Assim, uma linha de cuidados à gestante deve contemplar a estratificação do risco gestacional pela APS em habitual ou alto risco, sendo referenciadas a outros níveis assistenciais somente aquelas com alto risco gestacional. Tais medidas ajudam a organizar o sistema de saúde e melhorar a qualidade da atenção^{10,22}.

O Programa Mãe Curitibana, implantado pela Secretaria Municipal de Curitiba em março de 1999, constitui-se em um exemplo nacional consolidado de rede temática de atenção à saúde. Ao longo de seus 14 anos de existência, a iniciativa tem sido extensamente documentada e avaliada, ganhando destaque inclusive no cenário internacional. Trata-se provavelmente da mais duradoura e bem-sucedida experiência de RAS no SUS^{10,37}.

O programa foi criado a partir de uma meta mobilizadora, a redução da mortalidade infantil de modo que essa chegasse a um dígito, e uma meta adicional de redução da mortalidade materna no município. Os resultados apresentados até o ano de

2009 mostram uma queda sustentada do coeficiente de mortalidade infantil, tendo sido a meta mobilizadora alcançada em 2008, quando se atingiu um coeficiente de 9,75 mortes em menores de um ano por mil nascidos vivos. A mortalidade materna apresentou tendência menos definida à queda, exibindo em 2008-09 valores ainda elevados quando comparados aos países desenvolvidos (29,75 por 100 mil nascidos vivos), porém melhores do que a média nacional. Uma vez que 52% das mortes infantis e 87,5% das mortes maternas investigadas ocorreram por causas evitáveis, os resultados positivos devem servir como estímulo à continuidade dos esforços desta exitosa rede temática^{10,37}.

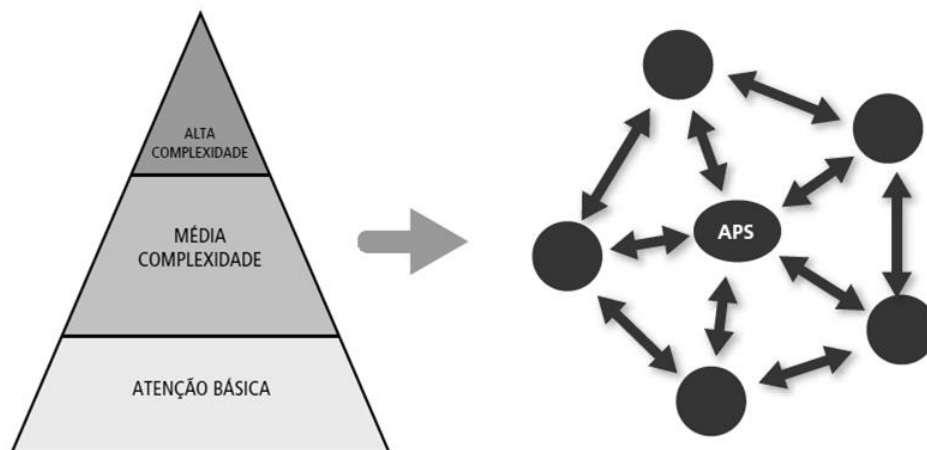
2.2. A coordenação do cuidado

2.2.1. Definições

Em uma revisão sistemática de estudos de língua inglesa³⁸, foram encontradas mais de 40 definições para a coordenação do cuidado, contextualizadas para diferentes populações, serviços e sistemas de saúde. Apesar das variações, cinco elementos comuns foram identificados nesta revisão: (1) vários atores estão envolvidos no processo de coordenação, incluindo o usuário; (2) a coordenação se faz necessária quando os atores são interdependentes para a realização de ações distintas do processo de cuidado; (3) para um processo de coordenação efetivo, faz-se necessário que os diversos atores apresentem bom nível de conhecimento a respeito do próprio papel, do papel dos outros e dos recursos disponíveis; (4) para uma adequada gestão do cuidado, é essencial que exista intercâmbio efetivo de informações e (5) a coordenação das ações e serviços de saúde tem o objetivo de propiciar maior adequação das práticas assistenciais.

O fenômeno de coordenação do cuidado extrapola a discussão dos níveis assistenciais, uma vez que pode estar presente em sistemas de saúde que não adotam esse modelo de organização (como o sistema suplementar), e deve ser considerado mesmo dentro de um único serviço (onde as ações realizadas por diversos profissionais devem ser complementares, e não sobrepostas ou realizadas de modo pouco racional). Contudo, na perspectiva das RAS adotada pelo MS¹⁴, pode-se afirmar que APS e coordenação são conceitos indissociáveis, uma vez que a definição da APS como orientadora do sistema de atenção à saúde implica no exercício deste atributo e função¹¹. Considera-se a coordenação essencial, portanto, para a consolidação da mudança paradigmática ocorrida no papel da APS dos sistemas hierarquizados para as redes de atenção, representada na figura a seguir¹⁰.

Figura 2 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RAS



Fonte: MENDES, 2011

Cabe diferenciar a definição do atributo “coordenação do cuidado” - que se refere à característica da APS de integrar os cuidados recebidos por um indivíduo em todos os serviços de saúde -, da definição da função de “coordenação”, que representa o papel da APS de organizar o fluxo adequado de pessoas, insumos e informações entre os pontos de atenção da rede^{10,22,33}. Pode-se dizer que, apesar de distintos, são conceitos interdependentes, frequentemente sobrepostos, e ambos expressam o exercício pela APS do papel de centro de comunicação da rede, quer seja na atenção a um único indivíduo (coordenação da atenção) ou a toda uma população (coordenação da rede).

Cecílio³⁹ define a gestão do cuidado de modo semelhante à concepção do atributo, como “a disponibilização das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos da vida, visando o bem-estar, segurança e autonomia que possibilitem uma vida produtiva e feliz”. O autor amplia o enfoque dado aos sistemas e serviços de saúde a partir da proposição de seis dimensões inter-relacionadas em que se realiza a gestão do cuidado: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

A dimensão individual da gestão do cuidado refere-se ao “cuidar de si”, podendo ser marcada por variados graus de autonomia, mas reconhecendo a existência de uma esfera particular do processo de decisão. A dimensão familiar assume graus variados de importância no decorrer dos ciclos de vida, destacando-se em algumas condições de saúde (portadores de deficiências físicas ou patologias mentais graves). As dimensões profissional, organizacional e sistêmica da gestão do cuidado dizem respeito à atuação dos serviços de saúde sob diversas óticas, consolidando-se, respectivamente, no encontro particular entre profissionais e usuários; na organização do processo de

trabalho em equipe dentro de um mesmo serviço; e nas conexões formais entre os serviços de saúde componentes de uma rede. Por fim, a dimensão societária corresponde à mais ampla dimensão da gestão do cuidado, representando o modo como cada sociedade produz cidadania e direito à saúde, através da formulação de políticas públicas³⁹.

Experiências mundiais demonstram que a organização da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede se apresenta como um mecanismo primordial de superação da fragmentação, proporcionando sistemas mais eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica), quanto em sua capacidade de enfrentar os atuais desafios do cenário epidemiológico, socioeconômico e sanitário^{14,23}.

Apesar de ser apontada como uma solução para muitos dos problemas dos sistemas de saúde, a coordenação do cuidado também pode ser encarada como um desafio para o SUS. As dificuldades iniciam-se dentro do próprio processo de trabalho da ESF, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe, que prestam ações frequentemente descoordenadas entre si²². Um estudo realizado em quatro municípios brasileiros com experiências consolidadas de implantação da ESF, em 2008, colocou como principais entraves à coordenação a falta de integração entre os diferentes prestadores de serviços e a insuficiência de mecanismos formais de referência e contrarreferência, tanto para a atenção hospitalar quanto para o nível secundário⁴⁰. Estratégias como os sistemas efetivos de regulação ambulatorial e hospitalar, e o prontuário eletrônico comum a todos os serviços de uma rede podem contribuir muito para a consolidação da coordenação do cuidado^{22,41}.

2.2.2. Avaliação da coordenação da atenção

Mendes²³ afirma que a avaliação da coordenação pode ser realizada por meio de indicadores relacionados à gestão da informação e do cuidado. A primeira pode ser acessada através dos mecanismos de transferência de informações entre os níveis assistenciais, do nível de acessibilidade e da adequação das informações compartilhadas. Já a gestão do cuidado deve ser avaliada através da disponibilidade de fluxos que permitam um cuidado coordenado, da aderência dos profissionais a esses fluxos, do seguimento longitudinal do usuário e, por fim, dos resultados assistenciais e da duplicidade de ações entre os serviços de saúde.

Cecílio³⁹ destaca que a avaliação da gestão do cuidado deve dar conta da heterogeneidade e complexidade de seu objeto, apontando a impossibilidade de um

único instrumento avaliativo contemplar as suas múltiplas dimensões, sob risco de simplificações grosseiras deste processo. Propõe, então, que se parta da utilização de indicadores mais objetivos (como coeficientes de morbimortalidade, adequação de estrutura física e cumprimento de metas) na avaliação das dimensões mais abrangentes da gestão do cuidado, como a societária e a sistêmica; direcionando-se para avaliação de processos micropolíticos e singulares nas dimensões de caráter mais específico (organizacional, profissional, familiar e individual).

Na fundamentação teórica do PCATool, Starfield postula que, para acessar cada um dos atributos essenciais, faz-se necessária a mensuração de dois componentes: um estrutural, que confere a possibilidade de se atingir o atributo; e outro processual, que se desencadeia na efetivação do atributo. Assim, define que a coordenação do cuidado pode ser aferida através medição da integração entre os serviços, e do efetivo fluxo de informações entre os mesmos^{32,34}.

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação de qualidade proposto por Donabedian⁴², caracterizado pela mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde. No processo de validação do instrumento brasileiro, os itens do componente “Coordenação – Sistema de Informações” da versão adulto não atingiram o ponto de corte estatístico necessário, mas foram mantidos na ferramenta devido à sua importância conceitual³⁴.

Este instrumento já foi aplicado em alguns municípios brasileiros, principalmente com o objetivo de comparar o grau de orientação dos serviços de atenção primária do modelo tradicional e da ESF^{21,43-45}. Nesses estudos, a avaliação individualizada do atributo coordenação do cuidado sistematicamente não apresentou diferença entre os dois modelos de atenção, independente de se constituir em uma avaliação positiva ou negativa. No Rio de Janeiro e em Curitiba^{21,44}, a ESF demonstrou superioridade em todos os atributos da APS em relação ao modelo tradicional, com exceção do atributo coordenação.

2.3. A atenção à gestante na rede de saúde

2.3.1. Histórico e contexto atual

A atenção pré-natal no Brasil tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população, sendo uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos. Em 1984, o MS instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja política de assistência ao ciclo gravídico-puerperal estava

direcionada para a ampliação da cobertura pré-natal, a melhoria da qualidade da assistência ao parto, o estímulo ao aleitamento materno e às atividades de planejamento familiar⁴⁷.

Mais de 10 anos após a implementação do PAISM, o Brasil ainda se confrontava com altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal⁴, que induziram o MS a lançar, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)⁴⁸. Este programa define um modelo nacional de atenção ao pré-natal e ao parto, normatizando as ações assistenciais e utilizando-se de indicadores de desempenho, a fim de melhorar os resultados observados ao estabelecer uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao parto. Pela primeira vez, estabeleceu-se o direito da gestante de saber e ter acesso assegurado à maternidade em que será atendida no momento do parto. Esse direito, bem como o de vinculação prévia à maternidade de referência para o atendimento de intercorrências e parto, passaram a ser garantidos por Lei Federal a partir de 2007⁴⁹.

Outras medidas que merecem destaque no histórico da assistência pré-natal no Brasil são a adesão à Declaração do Milênio, em 2000; o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e Materna, lançado pelo MS em 2004; e as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde e do Pacto pela Vida e de Gestão (2006). Vale ressaltar que a implantação da Estratégia de Saúde da Família e de seu antecessor, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), contribuiu para aumentar a capilaridade destas ações⁴.

A despeito dos avanços observados na atenção à gestação e ao parto, principalmente no que diz respeito ao aumento da cobertura dos serviços, induzido pelas políticas ministeriais, ainda são observadas inúmeras falhas em diversos pontos do processo de cuidado. Estudos recentes mostram que apesar do Brasil ter obtido significativa redução na razão de mortalidade materna (RMM) desde 1990 (51%), ainda não alcançou a velocidade de declínio necessária para atingir a meta de desenvolvimento do milênio, de redução de pelo menos 75% do valor apresentado em 1990 até o ano de 2015. Se o país mantiver a velocidade de redução no indicador apresentada até o momento, levará mais de 20 anos após o prazo estabelecido para o cumprimento do objetivo^{50,51}.

A RMM é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como representativa do status da mulher, do seu acesso à assistência à saúde e da adequação do sistema de saúde em responder às suas necessidades⁵². Por se tratar de um problema evitável na grande maioria dos casos, a mortalidade materna possui uma forte relação

com o serviço de saúde oferecido^{53,54}, e altas RMM geralmente são reflexo de desarticulação, desorganização, e baixa qualidade da assistência à saúde⁵⁵.

Em relação à mortalidade infantil, a meta do milênio prevê a redução de dois terços da mortalidade de menores de cinco anos no mesmo período, e foi atingida no Brasil com quatro anos de antecedência. Porém, um estudo⁵⁶ que avaliou as causas de mortes evitáveis no Brasil em menores de um ano entre 1997 e 2006 revelou que houve redução do número de óbitos por todas as causas evitáveis⁵⁷ no período, com exceção daquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal, o que levanta suspeitas quanto à qualidade desta assistência, tendo em vista a ampliação da cobertura⁵⁸.

As causas de mortalidade infantil evitáveis por uma adequada atenção à mulher na gestação contemplam doenças infecciosas, afecções maternas pré-existentes, complicações específicas do ciclo gravídico-puerperal, distúrbios do crescimento fetal, transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer e doenças hemolíticas⁵⁷. Embora o crescimento deste grupo de causas talvez seja influenciado pela melhor identificação dos óbitos, resultante tanto da qualificação do sistema de informação sobre mortalidade (SIM) como da ampliação do acesso aos serviços de saúde, a assistência pré-natal mostra-se insuficiente para evitar a sua ocorrência⁵⁶.

A qualidade da atenção prestada, a desorganização na oferta de serviços, a fragmentação da assistência entre o pré-natal e o parto, e a indefinição dos sistemas de referência e contrarreferência representam desafios a serem superados pelo sistema de saúde brasileiro^{2-4,59}. A proposta da Rede Cegonha pelo MS, em 2011, vem ao encontro dessa realidade, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil a partir da organização e qualificação dos serviços de atenção à gestante e à criança de até 24 meses¹⁵.

A Rede Cegonha deve ser implantada a partir de diretrizes que assegurem a garantia ao acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante a uma unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção resolutiva e qualificada à saúde de crianças; e acesso às ações de planejamento reprodutivo¹⁵.

2.3.2. Contexto do município do Rio de Janeiro: O Programa Cegonha Carioca

O município do Rio de Janeiro exhibe um cenário similar ao observado no restante do país, no qual a ampliação da cobertura do pré-natal e do acesso ao parto

hospitalar não foi acompanhada de melhoria em vários desfechos perinatais, apresentando taxas ainda elevadas de agravos que poderiam ser evitados com uma assistência à saúde adequada^{58,60}. O coeficiente de mortalidade materna no município mantém-se acima do esperado e sem tendência estabelecida para redução⁶⁰⁻⁶².

Chama atenção no município o fenômeno da peregrinação anteparto, ou seja, a busca por serviços que ofereçam acesso à internação no momento do parto^{6,7}. A indefinição da maternidade de referência, a recusa de atendimento para parturientes em algumas unidades e o encaminhamento a outras unidades por meios próprios e sem garantia de atendimento foram identificados como problemas centrais da fragmentada rede de atenção do município.

Estudo realizado em maternidades públicas e privadas do Rio de Janeiro entre os anos de 1999 e 2001 mostra que 33,5% das 6.652 puérperas entrevistadas nas unidades públicas buscaram assistência em mais de uma maternidade, sendo que mais de 20% destas procuraram três ou mais serviços até conseguir a internação. Observou-se maior chance de peregrinar entre as gestantes residentes em quatro das dez Áreas Programáticas (APs) do município do Rio de Janeiro⁶; entre elas, encontra-se a AP 3.1, cenário do presente estudo.

A incidência de peregrinação anteparto em todo o município não foi determinada por estudos mais recentes, que direcionaram-se primordialmente à investigação dos fatores associados a este fenômeno^{59,63,64}. Porém, em um estudo realizado em 2009 com população alvo constituída somente por mulheres que peregrinaram, Barbosa⁶³ indicou em sua avaliação preliminar que 28,3% das puérperas internadas em uma tradicional maternidade do Rio de Janeiro haviam procurado uma ou mais maternidades para tentativa prévia de internação. Resultado semelhante (28%) foi descrito por Barbastefano⁶⁴ ao entrevistar 328 puérperas adolescentes internadas em seis maternidades públicas do município em 2008.

O Programa Cegonha Carioca, lançado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2010¹⁶ e implantado em todo o município desde 2012, traz como principais bandeiras a vinculação à maternidade de referência desde a primeira consulta, e a disponibilização de transporte para o parto, visando a erradicação da peregrinação anteparto. O programa tem como objetivo fundamental a redução da mortalidade materna e a manutenção da tendência de queda do coeficiente de mortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal. Os objetivos secundários são, além da erradicação da peregrinação anteparto, a redução de complicações evitáveis e melhoria dos indicadores de qualidade do

cuidado materno e neonatal, e a utilização de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas^{16,65}.

Para alcançar os objetivos descritos, o programa fundamenta-se em três pilares, que correspondem a pontos críticos da assistência materno-infantil no município: módulo referência pré-natal/maternidade; módulo acolhimento/classificação de risco; e módulo transporte^{16,65}.

O primeiro módulo consiste em ações de promoção e integração entre os serviços de pré-natal e a atenção hospitalar, assegurando o atendimento ao parto em local pré-definido e adequado às condições de risco gestacional. Este módulo foi desenhado considerando as maternidades participantes, as unidades básicas de saúde e a distribuição geográfica da população, tendo como base a regionalização do atendimento, dentro dos limites da rede de serviços existente. Cada unidade básica de saúde tem a sua referência estabelecida para o parto, possibilitando que, desde o início do pré-natal, a gestante seja informada sobre a maternidade, e no terceiro trimestre seja encaminhada para uma visita ao serviço, ocasião em que participa de ações educativas, é apresentada às instalações locais e recebe um enxoval para o bebê^{16,65}.

O módulo acolhimento/classificação de risco visa a humanização do atendimento nas unidades de urgência e emergência obstétricas; a qualificação do processo de trabalho nesses setores; o atendimento oportuno e efetivo das gestantes, mediante classificação de risco, com indicação do tempo limite para atendimento médico; e a melhoria da rede de referência e contrarreferência, através da articulação entre atenção primária e hospitalar^{16,65}.

O módulo transporte prevê a disponibilização de serviço de atendimento móvel pré-hospitalar 24 horas para gestantes em trabalho de parto vinculadas a um serviço de APS, até a unidade de referência ou entre unidades hospitalares, nos casos em que uma unidade não esteja em condições de receber uma gestante em função de falta de vagas ou do risco gestacional. A proposta desse módulo é erradicar a peregrinação de gestantes, a partir da integração e regulação da totalidade de leitos obstétricos públicos do município do Rio de Janeiro^{16,65}.

O Programa Cegonha Carioca tem como estratégia central para o cumprimento de seus objetivos a organização e qualificação da rede de atenção ao pré-natal, parto e nascimento^{16,65}. O impacto positivo nos indicadores de saúde materno-infantil a partir da configuração de sistemas regionalizados foi verificado em algumas experiências nacionais e internacionais^{10,66}. No município do Rio de Janeiro, paralelamente à implementação do Programa Cegonha Carioca, verificou-se importante expansão da

ESF, atingindo a cobertura atual de 40,8% da população²¹. Conforme mencionado anteriormente, são marcantes os esforços da gestão para a consolidação de uma APS fortalecida, que cumpra efetivamente seus atributos, tendo na ESF o seu modelo preferencial de organização^{21,67}.

2.3.3. O papel da ESF na atenção à gestação de baixo risco

O atendimento pré-natal é um dos mais frequentes motivos de consulta na APS e na ESF no Brasil e no mundo⁶⁸⁻⁷⁰. A assistência pré-natal, quando prestada de modo adequado às necessidades da mulher, pode contribuir para desfechos mais favoráveis da gestação, através da detecção e atuação oportuna sobre afecções ou fatores de risco que podem comprometer a saúde do binômio mãe-bebê^{71,72}.

De acordo com o MS, a ESF constitui-se em local estratégico para a realização das ações e processos do componente pré-natal da Rede Cegonha^{15,19}, por contribuir para a organização da rede a partir das necessidades da população, e para a atuação integrada com os demais níveis de atenção^{73,74}.

É importante destacar que as equipes de Saúde da Família são responsáveis pela identificação, cadastramento e vigilância de todas as gestantes residentes em seus territórios de abrangência, mesmo que algumas não utilizem a ESF como principal fonte de assistência pré-natal⁷³. Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) o acompanhamento das mulheres que não realizam pré-natal na ESF, mantendo a equipe informada sobre a assistência prestada por outros serviços, através do preenchimento da Ficha B (Anexo A). Essa premissa reforça a função de responsabilização da APS sobre a população de referência.

O Caderno de Atenção Básica⁷³ que normatiza a atenção à gestação de baixo risco nos serviços de saúde do SUS propõe dez passos para o pré-natal de qualidade na APS, descritos no quadro 1. É possível notar que diversos passos guardam relação direta com a atuação da APS como coordenadora da rede, como a garantia de recursos adequados à atenção pré-natal, de transporte para as consultas e de referência especializada conforme as necessidades individuais, a vinculação à maternidade de referência e a elaboração do plano de parto.

Quadro 1. Dez passos para o pré-natal de qualidade na APS

<p>1º passo: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)</p> <p>2º passo: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.</p> <p>3º passo: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.</p> <p>4º passo: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".</p> <p>5º passo: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.</p> <p>6º passo: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".</p> <p>7º passo: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.</p> <p>8º passo: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".</p> <p>9º passo: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).</p> <p>10º passo: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.</p>

Fonte: Brasil, 2012

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos comparando diferentes estratégias de acompanhamento pré-natal⁷⁵ mostra que o acompanhamento de gestações de baixo risco por obstetras não traz melhorias nos desfechos perinatais em comparação ao acompanhamento por generalistas, com encaminhamento em casos de complicações. Ademais, médicos de família tendem a diagnosticar problemas não obstétricos em proporção consideravelmente maior que os especialistas durante o pré-natal⁷⁶, o que contribui para a integralidade do cuidado e diminui as barreiras de acesso que podem resultar do encaminhamento. A continuidade do cuidado, característica do primeiro nível de atenção, pode apresentar benefícios para as gestantes, como menores taxas de atendimentos hospitalares antes do parto, e maior tendência a frequentar programas de educação durante o pré-natal^{77,78}.

De acordo com Starfield²², a questão não é apenas como os médicos de Atenção Primária lidam com as enfermidades específicas, mas também como os especialistas desempenham as funções e tarefas específicas da APS. Na literatura mundial, evidencia-se que a utilização excessiva de especialistas para o cumprimento de tarefas próprias da

APS prejudica a coordenação da assistência^{10,22,23}. Muitos dos benefícios encontrados, inclusive em estudos brasileiros, como a redução das taxas de mortalidade por diversas causas, associaram-se significativamente à oferta de médicos de família, não se aplicando a modelos com acesso direto a especialistas de áreas básicas^{23,79}. Assim, os processos de substituição - definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro de serviços de saúde, com o objetivo de prestar atenção adequada às necessidades da população com gastos racionais – estão previstos nas redes de saúde, e contemplam a transferência de responsabilidades do especialista para o generalista nos sistemas orientados para a APS¹⁰.

2.3.4. A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto

Indivíduos que recebem cuidados por mais de um prestador de saúde estão particularmente vulneráveis às consequências deletérias de uma coordenação e comunicação insuficientes⁷⁹. Na atenção à gestação de baixo risco no SUS, observa-se predominância do acompanhamento pré-natal em unidades básicas e da assistência ao parto em unidades hospitalares⁷³. Logo, pode-se assumir que a quase totalidade das usuárias torna-se sujeita a esses efeitos, que podem variar desde a duplicidade de ações e procedimentos, até a dificuldade de acesso ao atendimento para o parto ou ausência de reconhecimento oportuno de riscos à saúde da mãe ou do bebê^{5,23,48,80}.

Uma vez que os serviços de APS são responsáveis pela coordenação do cuidado à gestante na rede de saúde, compete a este nível de atenção a realização de algumas ações essenciais para esse processo: a vinculação da gestante à maternidade de referência, e a garantia do provimento adequado de informações referentes ao acompanhamento pré-natal no momento do parto. Ambas recebem destaque nos protocolos assistenciais que normatizam a atenção à gestação de baixo risco no Brasil e no município do Rio de Janeiro^{17,73}.

Em relação a vinculação, cabe ao profissional da APS informar a gestante sobre a sua maternidade de referência para urgências e para o parto, registrar esta informação no cartão da gestante e encaminhá-la para a realização de visita no início do terceiro trimestre⁶⁵. Já o fluxo de informações depende do preenchimento do Cartão da gestante, uma ferramenta específica e difundida nos serviços do SUS desde 1988⁸¹. Esse instrumento, que apresenta campos para o registro de dados relevantes da história da mulher e do acompanhamento da gestação atual, está consolidado como mecanismo de transferência de informações entre as unidades básicas e as maternidades⁵. No município do Rio de Janeiro, desde a implantação do Programa Cegonha Carioca,

utiliza-se um modelo de cartão padronizado, muito semelhante ao modelo do MS, porém com algumas informações adicionais (Anexo B).

No âmbito da ESF, tanto a vinculação quanto o registro de informações no Cartão da gestante ficam sob responsabilidade direta do médico e enfermeiro da equipe, uma vez que estes profissionais se alternam na realização das consultas pré-natais⁷³. No entanto, a adequação da orientação da gestante quanto ao serviço de referência para o parto e do preenchimento do cartão deve ser foco de atenção de todos os membros da equipe⁷³.

3. Justificativa

Na literatura mundial, recomenda-se que a assistência ao ciclo gravídico-puerperal seja prestada de modo integral e contínuo, com ações complementares entre os serviços ambulatoriais e hospitalares. As redes de atenção à saúde materna e infantil surgem no contexto brasileiro como a principal estratégia para a redução da mortalidade desses grupos prioritários, e a APS ocupa posição diferenciada nessas redes, ao atuar como coordenadora do cuidado.

A criação do Programa Cegonha Carioca, em 2010, e a expansão da cobertura populacional pela ESF ocorrida nos últimos quatro anos tornam o cenário no município do Rio de Janeiro favorável à reversão dos maus resultados observados. A regionalização da atenção ao parto com estabelecimento de referências formais para as unidades básicas, uma das principais ações do programa, representa uma iniciativa com claro direcionamento à superação da fragmentação entre os serviços. A coordenação assistencial, no entanto, pressupõe a existência não apenas de uma rede estruturada, mas de uma efetiva integração e um fluxo adequado de informações entre os serviços.

Atualmente, no campo da assistência à gestante, ainda são minoria os estudos direcionados aos mecanismos de integração das redes de atenção, privilegiando-se a abordagem descritiva dos serviços prestados, ou a avaliação de determinados indicadores de interesse, como cobertura e adequação de consultas pré-natais, ou tipo de parto realizado. Embora fundamentais para a avaliação da qualidade das ações desenvolvidas nos serviços do SUS, tais estudos não respondem algumas das questões que se impõem com o estabelecimento das redes de saúde.

Considerando a situação de saúde materno-infantil no município do Rio de Janeiro e as fragilidades observadas na assistência a esses grupos, e reconhecendo as recentes mudanças na organização dos serviços e a consolidação local da ESF como estratégias de enfrentamento dessa realidade, torna-se oportuno conhecer de que maneira as equipes de Saúde da Família atuam na coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto.

4. Objetivos

4.1. Geral

Analisar a coordenação do cuidado prestado à gestante na rede de atenção ao pré-natal e ao parto no município do Rio de Janeiro, com enfoque na atuação das equipes de Saúde da Família do subsistema Leopoldina Norte da AP 3.1.

4.2. Específicos:

- Verificar a utilização da ESF como principal fonte de assistência pré-natal pelas gestantes residentes em territórios cobertos por este modelo;
- Verificar a utilização da rede de referência para o parto definida pelo Programa Cegonha Carioca, dentre as gestantes assistidas pela ESF;
- Avaliar a qualidade do preenchimento do cartão da gestante pelas equipes de Saúde da Família, considerado instrumento essencial para o fluxo de informações entre os níveis assistenciais;
- Conhecer a avaliação das puérperas sobre a integração entre os cuidados prestados pela ESF e pela maternidade de referência.

5. Método:

5.1. Delineamento do estudo e critérios de inclusão/exclusão

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa dos dados obtidos a partir da aplicação de ferramenta de pesquisa composta por dois questionários objetivos e análise de informações do cartão da gestante.

Foram incluídas no estudo as puérperas cobertas por equipes de Saúde da Família do subsistema Leopoldina Norte da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro que tiveram data do parto compreendida entre os dias 1 e 30 de abril de 2013. Foram excluídas moradoras recentes da área que realizaram seu acompanhamento pré-natal nos seus bairros de origem (mudaram-se no final da gestação ou após a ocorrência do parto) e aquelas que evoluíram para óbito durante o parto e pós-parto.

5.2. Cenário do estudo

A AP 3.1 localiza-se na zona norte do município do Rio de Janeiro, é composta por 28 bairros, divididos em seis regiões administrativas e três subsistemas (Ilha do Governador, Leopoldina Norte e Leopoldina Sul), e corresponde a um território de 85,36 km². A população total é de 886.551 habitantes, apresentando em sua maioria baixas condições socioeconômicas, e alta densidade populacional. Esta área conta com 137 equipes de Saúde da Família, o que corresponde a 54,3% de sua população total com cobertura por este modelo⁸².

O subsistema Leopoldina Norte foi escolhido como cenário desta pesquisa por ser o mais populoso dos três subsistemas, concentrando 42,8% da população total da área (379.401 habitantes), e por conter a unidade de saúde a qual está vinculada a pesquisadora principal do estudo. Ele é composto pelos bairros Brás de Pina, Cordovil, Jardim América, Olaria, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular e Vigário Geral.

Esse subsistema conta com 48 equipes de Saúde da Família, responsáveis pelo cuidado de aproximadamente 170.000 habitantes, configurando uma cobertura de 45% da população pela ESF^{20,82,83}. Essas equipes encontram-se distribuídas em nove unidades de saúde, sendo quatro Clínicas da Família (CFs) e cinco Centros Municipais de Saúde (CMSs), cujas principais características de interesse encontram-se descritas na Tabela 1.

A nomenclatura “Clínica da Família” refere-se a unidades que concentram maior número de equipes de Saúde da Família, e são diferenciadas pela estrutura física e disponibilidade de recursos tecnológicos adequados à prática abrangente e resolutiva da

APS²¹. Os CMS referidos no estudo são unidades mais antigas, que sofreram transformação total ou parcial para o modelo de ESF. Assim, as quatro Clínicas da Família, o CMSIL e o CMSJC são classificados como tipo A, onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família; e o CMSJBS, CMSJPF e CMSNJF correspondem ao tipo B, onde somente parte do território é coberta pela ESF. Não existem no subsistema Leopoldina Norte unidades tipo C, em que não há equipes de Saúde da Família atuantes no território de referência.

Tabela 1. Unidades participantes do estudo, classificação, número de equipes, população cadastrada e maternidade de referência. Subsistema Leopoldina Norte – AP 3.1 – Rio de Janeiro, abril de 2013

Nome da unidade	Tipo	Equipes	População*	Referência para o parto
CF Aloysio Augusto Novis - CFAAN	A	6	23.784	HM Fernando Magalhães
CF Felipe Cardoso – CFFC	A	13	46.263	HM Fernando Magalhães
CF Heitor dos Prazeres – CFHP	A	6	17.733	HM Fernando Magalhães
CF Joãozinho Trinta – CFJT	A	6	19.808	HM Ronaldo Gazolla
CMS Iraci Lopes – CMSIL	A	2	5.631	HM Ronaldo Gazolla
CMS João Cândido – CMSJC	A	2	6.907	HM Ronaldo Gazolla
CMS José Breves dos Santos – CMSJBS	B	2	6.900**	HM Ronaldo Gazolla
CMS José Paranhos Fontenelle - CMSJPF	B	4	9.673	H Geral de Bonsucesso
CMS Dr. Nagib Jorge Farah – CMSNJF	B	7	28.951	HM Ronaldo Gazolla
Total	---	48	165.650	---

* Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁸³

** Fonte: Estimativa Superintendência de Atenção Primária – SAP/SUBPAV/SMS-RJ⁸³

As unidades tipo B, portanto, são chamadas unidades mistas, devido à coexistência de modelos distintos de organização dos serviços de APS. A parcela da população que não é coberta pela ESF tem como porta de entrada o modelo tradicional da APS, com profissionais das especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia) atuando na prestação dos cuidados primários. Neste estudo, apenas a população coberta pela ESF foi contemplada, obedecendo aos critérios de inclusão.

Nos bairros do Subsistema Leopoldina Norte não existem maternidades públicas, e em todo o território da AP 3.1 há duas maternidades que prestam atendimento às usuárias do SUS: no Hospital Municipal Paulino Werneck - HMPW (na Ilha do Governador), e no Hospital Geral de Bonsucesso – HGB (no bairro homônimo, situado no Subsistema Leopoldina Sul). A maternidade do HMPW é referência do Programa Cegonha Carioca somente para as usuárias que realizam pré-natal na própria unidade hospitalar; e a maternidade do HGB atua como referência para as usuárias da própria unidade e do CMSJPF.

Desta forma, as duas maternidades que servem de referência para as outras oito unidades do Subsistema Leopoldina Norte ficam situadas em outras áreas programáticas, sendo elas a Maternidade Mariana Crioula, do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla - HMRG, em Acari (AP 3.3), e o Hospital Maternidade Fernando Magalhães - HMFm, em São Cristóvão (AP 1.0).

As principais características sanitárias das populações cobertas pelas equipes de Saúde da Família incluídas no estudo encontram-se descritas na Tabela 2. Estas informações refletem o consolidado dos dados contidos nas fichas de cadastro das famílias cobertas pela ESF, estando sujeitas a imperfeições²⁰. Os dados das unidades mistas referem-se somente à parcela da população de referência que é coberta pela ESF.

Tabela 2. Características sanitárias dos territórios da ESF do Subsistema Leopoldina Norte – Consolidado das Fichas A – AP 3.1 - Rio de Janeiro, abril de 2013

	% famílias abast. público água	% famílias coleta de lixo	% famílias rede de esgoto	% famílias casas alvenaria	% famílias consumo água tratada	% famílias com energia elétrica
CFAAN	66,1	66,7	66,1	66,0	60,2	65,9
CFFC	84,6	83,2	84,7	85,0	76,6	84,5
CFHP	93,0	93,0	93,0	93,4	85,6	93,1
CFJT	54,3	49,0	51,3	54,9	44,6	54,6
CMSIL	99,5	99,3	99,4	98,5	75,9	99,0
CMSJC	74,5	71,6	74,0	73,7	55,0	71,8
CMSJBS*	---	---	---	---	---	---
CMSJPF	61,8	61,2	61,9	62,7	56,5	62,0
CMSNJF	89,5	88,6	83,7	86,6	77,5	87,8

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2013⁸³.

* Dados não disponibilizados.

5.3. Estimativa da amostra

O tamanho da amostra foi estimado com base nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do município do Rio de Janeiro de 2012, quando foram registrados 4089 recém-natos de mães residentes no subsistema Leopoldina Norte da AP 3.1 em todo o ano⁸³. Considerando a cobertura pela ESF de aproximadamente 45% desta população, estimou-se o número de nascidos vivos de mães residentes em áreas de atuação das equipes de Saúde da Família. Distribuindo-se o total de nascidos vivos encontrado pelos 12 meses do ano, chega-se a estimativa de pouco mais de 150 nascimentos mensais de mães residentes no subsistema Leopoldina Norte e cobertas pela ESF, objeto deste estudo.

5.4. Período do estudo

O recorte temporal do estudo foi o mês de abril de 2013, sendo incluídas todas as mulheres residentes nos territórios de interesse que tiveram a data do parto ocorrida entre os dias 1 e 30 deste mês.

A identificação das mulheres elegíveis para o estudo junto às equipes iniciou-se em maio de 2013 e encerrou-se ao final do mês seguinte, apresentando sobreposição temporal com a realização das entrevistas, tendo em vista a identificação de um maior número de puérperas.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e agosto de 2013, pelo menos 20 dias após a ocorrência do parto, que é o prazo máximo recomendado pela SMS-RJ para a realização da consulta puerperal⁸⁴.

5.5. Procedimentos para a coleta de dados

A primeira fase da coleta de dados constituiu-se na identificação das mulheres elegíveis para o estudo. Para tanto, foram realizadas visitas a todas as unidades de saúde envolvidas, estabelecendo-se contato com a gerência local, que facilitou a obtenção dos dados junto às equipes. Com esta ação, esperava-se atingir a totalidade das puérperas residentes nas áreas adscritas à ESF do subsistema Leopoldina Norte da AP 3.1, tendo em vista que as equipes são responsáveis pela identificação, cadastramento e vigilância de todas as gestantes e crianças de seus territórios, mesmo que essas não utilizem a ESF como principal fonte de cuidados⁷³.

Além das informações fornecidas diretamente pelas equipes, visando a diminuição das perdas, foram identificadas as mulheres que preenchiam os critérios de inclusão da pesquisa a partir dos registros de realização de Exame de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho), e do prontuário eletrônico. Através da busca de cadastros com data de nascimento entre 1 e 30 de abril de 2013 em ambas as fontes, possibilitou-se a inclusão de puérperas não identificadas pelas equipes, mas que haviam utilizado a unidade de saúde para serviços ao recém-nascido, como consultas ou imunizações, desde que registradas em prontuário eletrônico, ou o Teste de Triagem Neonatal, tradicionalmente registrado em livros ou fichas específicas.

As fichas A e B de cadastramento familiar e de grupos prioritários utilizadas na ESF, informatizadas no município desde 2010, não se constituíram na principal fonte de dados devido à mudança do sistema de prontuário eletrônico utilizado na AP 3.1 ocorrida durante os meses de março e abril de 2013.

A segunda fase da coleta de dados envolveu a aplicação dos questionários e obtenção de fotografias dos cartões de pré-natal, para posterior análise dos registros. As puérperas foram contatadas em visitas domiciliares, e excepcionalmente nos serviços de saúde. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, através do contato direto com a entrevistada.

5.6. Instrumento para coleta de dados

O instrumento para a coleta de dados (Apêndice A) constituiu-se de três ferramentas distintas, que se prestam ao cumprimento dos objetivos do estudo. São eles:

A. Verificação da utilização da ESF como fonte de assistência pré-natal e da rede de referência para o parto pactuada pelo Programa Cegonha Carioca:

Segmento composto por quatro perguntas direcionadas a dois dos objetivos específicos: verificar o percentual de puérperas residentes nos territórios adscritos que utilizou a ESF como principal fonte de assistência pré-natal; e aferir a utilização da rede de serviços para o parto pactuada pelo Programa Cegonha Carioca nesse grupo de mulheres.

A primeira pergunta definiu quais puérperas foram submetidas a todas as ferramentas da pesquisa, pois apenas aquelas que realizaram acompanhamento pré-natal com equipes de Saúde da Família foram avaliadas para as outras variáveis do estudo.

Para as puérperas que informaram não ter feito acompanhamento pré-natal, ou que o fizeram em outro serviço, foi questionado o motivo para a não realização do acompanhamento pela ESF, encerrando-se o questionário, uma vez que os dados referentes à assistência dessas mulheres não refletem a coordenação da atenção prestada por equipes de Saúde da Família. A inclusão deste grupo de mulheres justifica-se somente para possibilitar a avaliação de aspectos relacionados à utilização da ESF como fonte de assistência pré-natal pela população adscrita.

A avaliação da utilização da rede de serviços pactuada pelo Programa Cegonha Carioca foi realizada a partir de duas perguntas, destinadas a verificar a ocorrência do parto na maternidade de referência e a realização de visita de vinculação ao serviço durante o pré-natal, além das razões para os casos em que tais situações não ocorreram conforme orientação da SMS-RJ.

Todas as perguntas eram objetivas, e para as puérperas que não realizaram pré-natal na ESF ou não realizaram visita e/ou parto na referência buscou-se distinguir os

motivos relacionadas aos serviços (como dificuldade de acesso), deficiências nos mecanismos de integração da rede, ou preferências pessoais da puérpera.

B. Avaliação da completude e qualidade dos dados do cartão da gestante

Constituiu-se de ferramenta de extração de dados preenchida pela pesquisadora principal mediante observação do cartão da gestante. Para viabilizar esta etapa, solicitou-se a todas as puérperas que realizaram acompanhamento pré-natal com equipes de Saúde da Família que disponibilizassem o cartão da gestante para obtenção de fotografias, para posterior análise dos registros.

O cartão da gestante apresenta campos de informações variadas (identificação e dados sócio-econômicos; histórico de saúde; registro do acompanhamento da gestação atual), que devem ser preenchidos ao longo do acompanhamento pré-natal. Este estudo avaliou o preenchimento dos dados considerados essenciais para a coordenação da atenção entre o pré-natal e o parto, que foram divididos em três principais grupos:

- Informações sobre a gestante: são os dados de identificação da gestante e sua rede de referências, além daqueles obtidos na anamnese. Estão incluídos nesse grupo os seguintes registros: nome da unidade, da equipe de Saúde da Família e da maternidade de referência; idade da gestante; todos os antecedentes pessoais, familiares e obstétricos; data da última menstruação (DUM) e existência de dúvidas em relação a esta; imunização antitetânica prévia; hábito de fumar e peso anterior ao início da gestação.

- Registros das consultas: referem-se aos dados obtidos a partir das ações executadas no atendimento rotineiro à gestante. São elas: cálculo da idade gestacional, pesagem, aferição de pressão arterial, medida da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos. Esses itens devem ser registrados em todas as consultas, sendo a altura uterina e os batimentos cardíacos observáveis a partir da 12^a semana de gestação. Para avaliar a quantidade de registros ausentes, calculou-se a diferença entre o total de consultas (ou consultas após 12 semanas), e o total de registros de cada uma das variáveis. A estatura foi incluída neste grupo, mas, diferente das outras variáveis, deve ser aferida somente uma vez durante o acompanhamento pré-natal.

- Registros dos resultados de exames complementares: referem-se aos resultados da rotina mínima de exames preconizada pelo Ministério da Saúde⁷³ e SMS-RJ¹⁷. São eles: Tipagem sanguínea e fator Rh, dosagem de Hemoglobina e Glicemia de jejum,

sorologias para Sífilis (VDRL) e HIV, Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) e Urocultura para todas as gestantes no início do acompanhamento; com repetição dos exames de Hemoglobina, Glicemia, VDRL e anti-HIV no início do terceiro trimestre da gestação. A sorologia para Toxoplasmose não foi incluída por não estar contemplada na Carteira de Serviços da Atenção Primária do município¹⁷, devido à baixa qualidade das evidências que suportam seu tratamento. Ultrassom, Coombs indireto e Teste oral de tolerância à glicose também não foram incluídos, por estarem indicados somente em situações especiais.

Para a avaliação da completude do cartão da gestante, os registros foram analisados como variáveis dicotômicas (“informado” ou “não informado”), não tendo sido objeto deste estudo a qualidade dos dados registrados. Excepcionalmente, os itens componentes dos antecedentes obstétricos (com exceção do número de gestações) também apresentavam a opção “não se aplica”, resultando em um total de cartões avaliados inferior ao de outras variáveis. Tal correção se fez necessária para não pontuar ausência de registros em mulheres que estavam gestando pela primeira vez (e não apresentam histórico de gestações anteriores), ou que apresentavam antecedentes obstétricos apenas de abortamento(s), não possuindo dados relativos a partos e nascimentos anteriores. Para estas mulheres, o único dado a ser informado na história obstétrica era o número de gestações (para as primigestas), ou de gestações, abortamentos e data de término da última gestação (no caso de abortamento prévio), podendo o restante dos campos permanecer em branco.

A completude dos registros foi analisada através da proporção de itens com informações ausentes em relação ao total de itens pesquisados, sendo este cálculo obtido para cada um dos grupos de dados (informações da gestante, dados das consultas e registros de exames complementares), e também para a totalidade das variáveis. A qualidade do preenchimento dos dados foi classificada de acordo com os parâmetros propostos por Romero e Cunha⁸⁵, a saber: excelente (incompletude < 5%), bom (incompletude \geq 5% e < 10%), regular (incompletude \geq 10% e < 20%), ruim (incompletude \geq 20% e < 50%) e muito ruim (incompletude \geq 50%). Tais critérios, inicialmente propostos para avaliação do preenchimento de registros de óbitos infantis, já foram aplicados à avaliação do cartão da gestante em estudo recente⁵.

Também foi avaliada a frequência do preenchimento de cada uma das variáveis pesquisadas individualmente, evidenciando-se aquelas com maior tendência à omissão de informações, que podem indicar fragilidades específicas da assistência pré-natal pela ESF no município.

Todos os registros avaliados contam com campos específicos no cartão da gestante, e referem-se a ações preconizadas pelo MS e pela SMS-RJ no acompanhamento pré-natal de baixo risco, estando as recomendações contidas no Caderno de Atenção Básica nº 32⁷³ e na Carteira de Serviços da Atenção Primária da SMSDC-RJ¹⁷. Tais documentos devem embasar a atuação dos profissionais de saúde do município do Rio de Janeiro.

Dada a relevância da sífilis congênita e os maus resultados historicamente apresentados pelo município^{86,87}, optou-se por observar a existência de registro do tratamento da gestante e do parceiro, em casos de registro de testagem positiva para sífilis durante o pré-natal. Apesar destes itens não apresentarem campos específicos para registro no cartão, constituem-se em critérios essenciais para se considerar adequadamente tratada a sífilis detectada na gestação⁸⁸. Esta informação é de fundamental importância, com impacto direto nas condutas adotadas nos serviços em que se realiza o parto. Por se tratar de uma situação emblemática da importância da coordenação do cuidado e do adequado fluxo de informações entre os níveis assistenciais, justifica-se a sua inclusão nos dados coletados no estudo.

C. Avaliação das puérperas sobre a integração entre os cuidados prestados pela ESF e pela maternidade

Esta avaliação foi realizada com todas as mulheres participantes da pesquisa que fizeram o acompanhamento com equipes de Saúde da Família. Trata-se de um questionário composto por seis perguntas do componente E (“Coordenação – integração de cuidados”) do instrumento PCATool-Brasil, versão adulto³⁴.

Como o instrumento não é direcionado para qualquer tipo de ação específica do serviço de APS, as perguntas E4 e E6 foram suprimidas nesta pesquisa por não se adequarem à realidade do momento do parto, seja por aspectos biológicos (imprevisibilidade do parto), ou por aspectos estruturais (referências pré-estabelecidas para o parto, que não contemplam a discussão de opções de serviços disponíveis às usuárias). O instrumento encontra-se detalhado no Apêndice B deste projeto.

As respostas para as todas as perguntas seguem os padrões de uma escala de Likert, com cinco opções para cada item: “Com certeza sim”; “Provavelmente sim”; “Provavelmente não”; “Com certeza não”; e “Não sei/não lembro”.

O componente F do instrumento original (“Coordenação – Sistema de informações”) não foi incluído neste estudo por julgar-se a avaliação do preenchimento do Cartão da gestante, ferramenta consolidada no SUS, mais adequada para verificar o

fluxo de informações entre os níveis assistenciais. Este componente não atingiu a pontuação para validação da versão brasileira do PCATool³⁵, e aborda questões como o acesso do usuário ao seu prontuário, pouco presentes na realidade estudada³⁴.

O escore do componente integração dos serviços foi calculado da seguinte forma³⁴:

- Foram atribuídos valores às respostas informadas para cada item: (4) “Com certeza, sim”; (3) “Provavelmente, sim”; (2) “Provavelmente, não”; e (1) “Com certeza, não”. As respostas “Não sei/não lembro” inicialmente ganharam pontuação 9;
- Quando a resposta “Não sei/não lembro” foi escolhida para 50% ou mais do total de perguntas para uma entrevistada, o escore não foi calculado para esta puerpera;
- Quando a quantidade de respostas “Não sei/não lembro” foi inferior à metade do total de itens, o valor 9 foi transformado em 2 (“Provavelmente, não”). Esta transformação fez-se necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não estão claras para a entrevistada;
- O escore da coordenação do cuidado – integração dos serviços foi então calculado pela soma do valor dos itens dividida pelo número de itens pesquisados:

Escore da coordenação do cuidado – integração dos serviços:

$$(C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$$

- Para transformar o escore em escala de 0 a 10, utilizou-se a seguinte fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] x 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo); ou seja, (escore obtido – 1) x 10 / 3.

A integração entre os serviços foi considerada adequada quando o escore foi maior ou igual a 6,6, o que representa respostas maiores ou iguais a três (tendência à positividade) na escala de Likert do instrumento original.

5.7. Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi construído baseando-se nos dados inseridos no *software* EpiData versão 3.1 (The EpiData Association, Odense, Dinamarca), e as análises processadas no *software* SPSS versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos da América). Todas as fases do processamento dos dados foram submetidas a rigoroso controle de qualidade e revisão.

5.8. Considerações éticas

O estudo foi realizado respeitando-se os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado, respectivamente, pelo parecer número 194.874 de 06 de fevereiro de 2013 e pelo parecer número 58/13 de 03 de maio de 2013 em cada um dos comitês (Anexos C e D).

As puérperas participaram do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para maiores de 18 anos), ou deste e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (para menores de 18 anos), que se encontram reproduzidos nos apêndices C e D.

Os resultados da pesquisa individualizados por equipes e unidades de Saúde da Família serão oferecidos aos profissionais e gestores locais, sem exposição da identificação das participantes, como forma de incentivo à avaliação das ações realizadas.

6. Resultados

Somando-se as três fontes de informações (equipes de Saúde da Família, prontuário eletrônico e livros de registro de Triagem Neonatal) para detecção das puérperas de interesse, ou seja, moradoras dos territórios cobertos pela ESF do Subsistema Leopoldina Norte e com data do parto entre 1 e 30 de abril de 2013, foram identificadas 207 mulheres, sendo que quatro não preenchiam os critérios de inclusão.

Houve 16 perdas no estudo (7,9%): oito mulheres não puderam ser contatadas por terem deixado de ser moradoras do território e não terem o novo endereço conhecido, e oito não foram entrevistadas por não terem sido encontradas em duas ou mais visitas ao domicílio, totalizando 187 entrevistas.

As mulheres entrevistadas foram caracterizadas quanto à idade, escolaridade e cor (Tabela 3). A média de idade das puérperas foi de 25,5 anos, com variação entre 14 e 45 anos. A maior parte das entrevistadas (67,4%) situa-se na faixa etária considerada ideal para a gestação, entre 20 e 34 anos. O nível de escolaridade que individualmente concentrou a maior quantidade de puérperas foi o fundamental incompleto (29,4%), e 36,3% das entrevistadas completaram o ensino médio ou mais anos de escolaridade. Em relação à cor da pele, 42,8% declararam-se pardas, 31,6% brancas, e 25,7% pretas.

Tabela 3. Caracterização das entrevistadas quanto à raça, escolaridade e cor da pele. Pré-natal realizado na ESF do Subsistema Leopoldina Norte, Rio de Janeiro, 2013.

Característica	N	%
Faixa etária		
Até 14 anos	2	1,1
15 a 19 anos	39	20,9
20 a 34 anos	126	67,4
≥ 35 anos	20	10,7
Escolaridade		
Analfabeta	2	1,1
Fundamental incompleto	55	29,4
Fundamental completo	18	9,6
Médio incompleto	44	23,5
Médio completo	46	24,6
Superior incompleto	10	5,3
Superior completo	11	5,9
Pós graduação	1	,5
Cor		
Branca	59	31,6
Preta	48	25,7
Parda	80	42,8
Total	187	100

As puérperas foram distribuídas quanto ao serviço ou profissional reconhecido como o responsável pela realização das consultas pré-natais: unidades de Saúde da Família (médicos e enfermeiras atuantes na ESF), profissionais do modelo de atenção tradicional dos centros municipais de saúde (médicos obstetras, com ou sem a participação de enfermeiras), ou médicos obstetras em hospitais ou clínicas (incluindo os serviços particulares). Os resultados encontram-se consolidados na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos serviços responsáveis pela assistência pré-natal e motivos para a não realização do acompanhamento com as equipes de Saúde da Família. Subsistema Leopoldina Norte, Rio de Janeiro, 2013.

Variável	N	%
Serviço responsável pelo cuidado pré-natal		
Estratégia de Saúde da Família	136	72,7
Centros Municipais de Saúde	17	9,1
Hospitais ou clínicas	33	17,7
Não fez pré-natal	1	0,5
Motivos para não realização do pré-natal na ESF		
Dificuldade de acesso à ESF	6	3,2
Preferência pessoal	31	16,6
Referência para alto risco	8	4,3
Outros motivos	6	3,2
Não se aplica	136	72,7
Total	187	100,0

As equipes de Saúde da Família do subsistema Leopoldina Norte da AP 3.1 foram responsáveis pela assistência pré-natal da maioria das puérperas incluídas na amostra, com 72,7% dos casos, seguindo-se pelos hospitais/clínicas com 17,7%, e os centros municipais de saúde com 9,1%. Somente uma entrevistada (0,5%) não fez acompanhamento pré-natal.

As 51 puérperas que não realizaram acompanhamento pré-natal com a ESF apontaram como principais motivos a preferência por outro serviço (31 puérperas, correspondendo a 16,6% do total de entrevistadas); situações de alto risco gestacional (8 mulheres, 4,3% das entrevistadas); e dificuldade de acesso ao atendimento pré-natal na ESF, motivando a busca por outro serviço (6 mulheres, 3,2% das entrevistadas). Outros motivos foram apontados por 3,2% das entrevistadas.

Observou-se a distribuição dos motivos apontados para a não realização do pré-natal na ESF de acordo com o serviço responsável pela assistência pré-natal (Gráficos 1 e 2). Para as 17 mulheres que realizaram o acompanhamento nos CMSs, os motivos relatados foram a preferência da usuária, em 13 casos, e a dificuldade de obtenção de atendimento na ESF nos quatro casos restantes. Já para as 33 puérperas que realizaram o

acompanhamento pré-natal em hospitais, os motivos alegados, em ordem decrescente de frequência, foram: preferência da usuária (18), gestação de alto risco (8), outros motivos não contemplados nas opções de resposta (5) e dificuldade de obtenção de atendimento na ESF (2). A puérpera que não realizou acompanhamento pré-natal referiu não tê-lo feito por outros motivos não contemplados nas opções de resposta do instrumento.

Gráfico 1. Motivos referidos para não realização do pré-natal na ESF por puérperas acompanhadas em Centros Municipais de Saúde durante a gestação. Subsistema Leopoldina Norte, Rio de Janeiro, 2013.

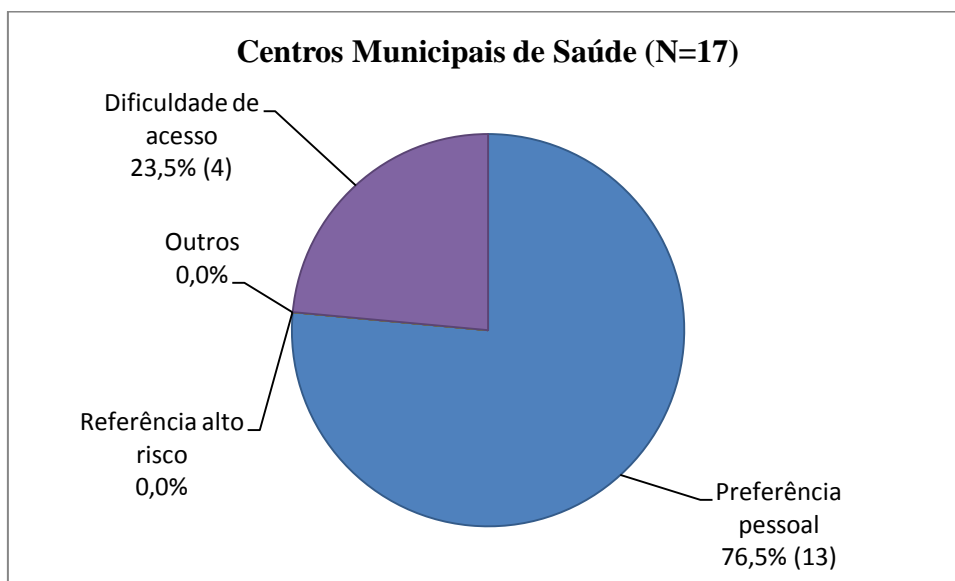
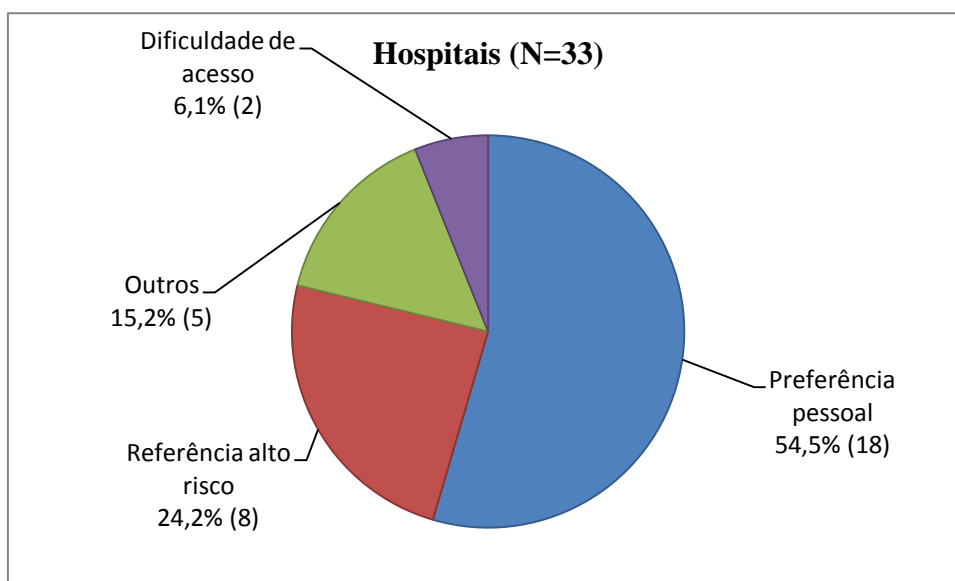


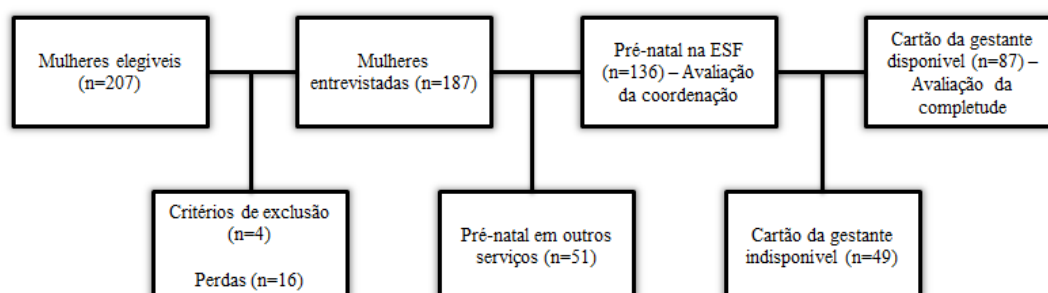
Gráfico 2. Motivos referidos para não realização do pré-natal na ESF por puérperas acompanhadas em hospitais ou clínicas durante a gestação. Subsistema Leopoldina Norte, Rio de Janeiro, 2013.



As puérperas que não realizaram acompanhamento pré-natal na ESF (27,3% das entrevistadas) encerraram sua participação neste ponto, uma vez que a assistência

prestada por outros modelos não foi objeto deste estudo. Os resultados que se seguem consideraram as 136 participantes que reconheceram as equipes de Saúde da Família como principal fonte de assistência pré-natal, conforme esquematizado na figura 3.

Figura 3 – Distribuição das participantes nas etapas do estudo



A visita de vinculação à maternidade de referência foi realizada para 77,9% das puérperas com acompanhamento pré-natal na ESF, não tendo sido realizada por absentismo em 15,4% dos casos. Cinco das 136 puérperas (3,7%) afirmaram não terem sido encaminhadas pela equipe de Saúde da Família para a visita. Em quatro casos (2,9%), a mulher compareceu à visita agendada pela ESF, mas esta não ocorreu por questões inerentes ao serviço de referência. É possível observar que 96,3% das mulheres acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família foram encaminhadas para a visita de vinculação à maternidade de referência, independente desta ter sido ou não efetivada.

A realização do parto na maternidade de referência foi de 66,9% entre as puérperas assistidas pela ESF durante o pré-natal. Os principais motivos alegados para a não ocorrência do parto no serviço de referência foram a preferência da usuária (11,8%), falta de orientação quanto ao serviço de referência (5,9%), localização geográfica desfavorável do serviço de referência ou existência de serviço mais próximo (2,9%) e impossibilidade de acesso ao atendimento na maternidade de referência (2,2%). A falta de vagas no serviço de referência, determinando a necessidade de transferência entre maternidades, ou a má prática de encaminhamento por meios próprios não foram relatadas por nenhuma das participantes do estudo. Os resultados descritos encontram-se consolidados na Tabela 5.

Tabela 5. Proporção de puérperas que realizaram visita à maternidade de referência e tiveram o parto realizado nesta maternidade e motivos de não realização tanto da visita quanto o parto na referência. Subsistema Leopoldina Norte, Rio de Janeiro, 2013.

Variável	N	%
Realização de visita à maternidade de referência		
Visita realizada	106	77,9
Não encaminhada à visita	5	3,7
Não compareceu à visita marcada	21	15,4
Visita não ocorreu	4	2,9
Ocorrência do parto na maternidade de referência		
Parto na referência	91	66,9
Não orientada quanto à referência	8	5,9
Não atendida na referência (peregrinação)	3	2,2
Falta de vagas com encaminhamento por meios próprios (peregrinação)	0	0,0
Falta de vagas com transferência formal entre serviços	0	0,0
Referência em localização desfavorável	4	2,9
Escolha pessoal por outro serviço	16	11,8
Outros motivos	14	10,3
Total	136	100,0

A análise da completude de preenchimento do cartão de pré-natal foi realizada apenas para 87 das 136 puérperas (64%), pois 49 mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal com a ESF afirmaram não mais possuir o cartão, ou esse não foi disponibilizado até o final da coleta de dados.

É possível observar que os registros referentes às consultas de rotina são os que apresentam maior qualidade de preenchimento (63,2% de classificações “excelente/bom”, 25,3% “regular” e 11,5% “ruim”), seguidos pelas informações sobre a gestante (36,8% “excelente/bom”, 27,6% “regular” e 35,6% “ruim/muito ruim”) e, por último, os registros de resultados de exames complementares, que apresentam 78,1% da qualidade de preenchimento dos registros classificada como “ruim” ou “muito ruim” (6,9% regular e 14,9% “excelente/bom”).

Em relação à classificação global do nível de qualidade do preenchimento dos cartões de pré-natal, 27,6% foi considerada excelente ou boa, 27,6% regular e 44,8% ruim ou muito ruim. Os resultados encontram-se sumarizados na tabela a seguir.

Tabela 6. Classificação do nível de qualidade do preenchimento dos dados do cartão da gestante. Pré-natal realizado na ESF do Subsistema Leopoldina Norte, Rio de Janeiro, 2013.

	Informações sobre a gestante		Dados das consultas		Resultados de ex. complementares		Classificação global	
	N	%	N	%	N	%	N.	%
Excelente	14	16,1	34	39,1	4	4,6	5	5,7
Bom	18	20,7	21	24,1	9	10,3	19	21,8
Regular	24	27,6	22	25,3	6	6,9	24	27,6
Ruim	18	20,7	10	11,5	35	40,2	35	40,2
Muito Ruim	13	14,9	0	0	33	37,9	4	4,6
Total	87	100,0	87	100,0	87	100,0	87	100,0

A análise do percentual de omissões de registro para cada item pesquisado, considerando o total de cartões analisados, encontra-se na tabela 7, apresentada em ordem decrescente, sendo o grupo de dados a qual o item pertence indicado pela legenda: dados da gestante (G), dados das consultas (C) e resultados de exames complementares (E).

Tabela 7. Percentual de ausência de registros segundo item do cartão da gestante. Pré-natal realizado no Subsistema Leopoldina Norte, Rio de Janeiro, 2013.

Item avaliado	Tipo	N	%
Urocultura	E	74	85,1
HIV (II)	E	63	72,4
VDRL (II)	E	61	70,1
Hemoglobina (II)	E	60	69,0
Glicemia (II)	E	56	64,4
Dúvidas? (sobre a data da última menstruação)	G	49	56,3
Nome da maternidade de referência	G	48	55,2
Tabagismo	G	41	47,1
Antecedentes obstétricos – RN com maior peso (n=44)	G	20	45,5
Hbsag	E	37	42,5
Peso anterior à gestação	G	34	39,1
Antecedentes obstétricos – amamentação (n=44)	G	17	38,6
Antecedentes obstétricos – baixo peso (n=44)	G	15	34,1
Estatura	C	29	33,3
Antitetânica prévia	G	25	28,7
Hemoglobina (I)	E	24	27,6
Glicemia (I)	E	24	27,6
Antecedentes obstétricos – neomortos (n=44)	G	12	27,3
Antecedentes obstétricos – morte após 7 dias (n=44)	G	12	27,3
Antecedentes obstétricos – vivem (n=44)	G	11	25,0
Antecedentes obstétricos – data do término da última gestação (n=48)	G	12	25,0
HIV (I)	E	20	23,0
Antecedentes pessoais*	G	20	22,4
Grupo sanguíneo	E	19	21,8
Fator Rh	E	18	20,7
VDRL (I)	E	19	20,7
Antecedentes obstétricos – natimortos (n=44)	G	9	20,5
Antecedentes familiares*	G	17	19,5
Batimentos cardíofetais (n=537)	C	104	19,4
Antecedentes obstétricos – nascidos vivos (n=44)	G	8	18,2
Nome da equipe de Saúde da Família	G	14	16,1
Altura uterina (n=537)	C	44	8,2
Nome da unidade de Saúde da Família	G	6	6,9
Idade	G	5	5,7
Pressão arterial (n=604)	C	29	4,8
Antecedentes obstétricos. – partos vaginais (n=44)	G	2	4,5
Antecedentes obstétricos – partos cesáreos (n=44)	G	2	4,5
Idade gestacional (n=604)	C	18	3,0
Peso (n=604)	C	15	2,5
Data da última menstruação (DUM)	G	2	2,3
Antecedentes obstétricos – abortos (n=48)	G	1	2,1
Antecedentes obstétricos – partos (n=48)	G	1	2,1
Antecedentes obstétricos – gestações	G	1	1,1

Legenda: (C) Dados das consultas; (E) Resultados de exames complementares; (G) Informações da gestante.

* Os dados apresentados referem-se à média encontrada para os conjuntos de antecedentes familiares e pessoais.

O resultado da urocultura foi o registro mais frequentemente omitido nos cartões de pré-natal, seguindo-se pelas quatro repetições de exames laboratoriais recomendadas no início do terceiro trimestre de gestação. Apesar da boa taxa de registro da data da última menstruação (DUM), com 2,3% de ausências, o preenchimento do campo que

informa sobre a existência de dúvidas em relação a esta data foi omitido em 56,3% dos cartões avaliados, figurando como o sexto item menos informado.

O nome da maternidade de referência, item que ocupa a sétima colocação da lista (ausente em 55,2% dos cartões), pode ser registrado em dois campos do cartão: na parte frontal, junto dos dados de identificação da gestante e do serviço que realiza o acompanhamento pré-natal, e em uma parte destacável, denominada “Passaporte Cegonha”, que se destina à anotação da data da visita à maternidade de referência, e ao registro de entrega do Kit Enxoval do Cegonha Carioca. O passaporte pode ser retido pelo serviço de referência para comprovação destas ações, e muitas vezes já não se encontrava anexado ao cartão no momento da análise. Portanto, o registro do nome da maternidade de referência foi considerado informado apenas quando se encontrava na parte frontal do cartão.

No tocante ao tópico especial da sífilis congênita, em 69 dos 87 cartões avaliados (79,3%) houve registro de pelo menos um resultado de VDRL. Neste grupo de mulheres, somente uma apresentou teste positivo durante o pré-natal, tendo sido registrados no cartão o tratamento da gestante e do parceiro, conforme preconizado (itens não apresentados na tabela).

Um fato marcante é que 10 dos 87 cartões (11,5%) não apresentavam nenhum registro dos exames preconizados (Tipagem sanguínea e fator Rh, Hematócrito, Glicemia de jejum, VDRL, Anti-HIV, Urocultura e HBsAg); e 13 (14,9%) não possuíam quaisquer informações acerca de sorologias para Sífilis e HIV.

O escore “Coordenação do cuidado – integração dos serviços” foi calculado para 134 das 136 entrevistadas que realizaram pré-natal com equipes de Saúde da Família, pois duas participantes responderam “não sei/não lembro” a mais da metade das perguntas deste segmento, inviabilizando a obtenção do escore.

A grande maioria das puérperas (77,6%) apresentou avaliação positiva a respeito da integração entre os serviços, conforme mostra a Tabela 8.

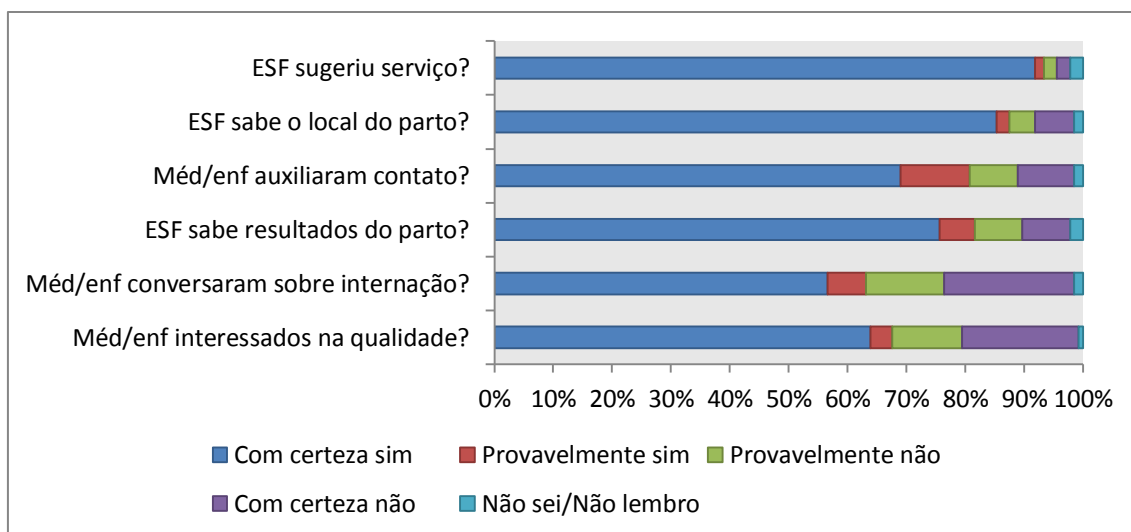
Tabela 8. Avaliação da puérpera quanto à integração entre a ESF e o serviço de referência. Pré-natal realizado no Subsistema Leopoldina Norte, Rio de Janeiro, 2013.

Avaliação da gestante sobre a coordenação da atenção	N	%
Avaliação positiva	104	77,6
Avaliação negativa	30	22,4
Total	134	100,0

No gráfico 3 são apresentadas as distribuições de respostas para cada item do questionário, buscando evidenciar quais ações dos profissionais da ESF que denotam a

tendência à integração entre os serviços foram menos frequentemente reconhecidas pelas puérperas. Observa-se que, apesar do predomínio de respostas afirmativas para todas as questões do instrumento, a frequência destas diminuiu sensivelmente com o decorrer das perguntas. Enquanto as duas primeiras apresentaram média de respostas positivas (“com certeza sim” e “provavelmente sim”) superior a 90%, nas duas últimas perguntas, que são questões que abrangem aspectos mais refinados da coordenação do cuidado, essa média não atingiu 70%,.

Gráfico 3. Padrão de distribuição das respostas aos itens pesquisados no questionário “Coordenação – integração dos serviços”



6. Discussão

A utilização dos cadastros das unidades de Saúde da Família como única fonte para a identificação das puérperas residentes nos territórios cobertos pela ESF, apesar de fundamentada pelo caráter essencial da ESF de responsabilização por toda a população de referência, está sujeita a falhas por parte das equipes no processo de vigilância às gestantes e crianças do território. Por este motivo, utilizou-se a base de dados do SINASC para comparação com os resultados encontrados.

Os dados disponíveis de 2013 registraram a ocorrência de 2111 nascimentos nos seis primeiros meses do ano nos oito bairros que compõem o subsistema Leopoldina Norte da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, sendo 421 no mês de abril. A definição exata do número de mulheres que são cobertas pelas equipes de Saúde da Família não é possível através das informações do sistema, uma vez que o endereço completo não é disponibilizado, e muitas ruas são parcialmente cobertas pela estratégia. Aplicando-se a média de 45% de cobertura pela ESF da população do subsistema, estima-se um total de 190 nascimentos nos territórios incluídos no estudo, coerente com as 207 mulheres encontradas na primeira fase da coleta de dados.

O tamanho da amostra foi limitado pelo recorte temporal adotado nos critérios de inclusão do estudo, necessário para possibilitar o cumprimento do cronograma de pesquisa. Esta adequação metodológica, no entanto, comprometeu a capacidade de se realizar análises e comparações entre as unidades de Saúde da Família. Os resultados individualizados das equipes, apesar de pouco expressivos do ponto de vista estatístico, serão devolvidos aos profissionais responsáveis como forma de incentivo à reflexão sobre o trabalho realizado, na lógica da Educação Permanente (Apêndice E).

No modelo de atenção à gestante proposto pelo Programa Cegonha Carioca, a gestação de baixo risco deve ser acompanhada nos serviços de APS^{10,65}, sendo a ESF a referência formal de APS para toda a população incluída no estudo. O acesso a outros níveis assistenciais deve ser regulado pelos profissionais do primeiro nível de atenção, mediante a ocorrência de situações de risco que se beneficiem do manejo por especialistas. De acordo com os critérios estabelecidos pelo MS, espera-se que aproximadamente 90% das gestações transcorram sem essa necessidade, possibilitando seu manejo integral no primeiro nível de atenção até o momento do parto^{73,89}.

Os resultados do estudo, no entanto, mostraram que 72,7% das puérperas utilizaram a ESF como principal fonte de assistência pré-natal, e 4,3% foram referenciadas a serviços de alto risco; nas 23% restantes, o acompanhamento foi realizado em outros serviços por motivos diversos da classificação de risco gestacional,

destacando-se a preferência da mulher. Sabe-se que a utilização da ESF por sua população de referência está sujeita à influência de diversos fatores, como as características socioeconômicas da população, a acessibilidade e qualidade dos serviços prestados pelas equipes e o modelo de atenção à saúde vigente, dentre outros^{90,91}. Os estudos brasileiros consistem em experiências pontuais, e são heterogêneos nas metodologias e resultados, apresentando variação de 50% até 90% na utilização da ESF pelas famílias adscritas⁹²⁻⁹⁴. Especificamente em relação à assistência pré-natal, Almeida et al.⁹² encontraram variação de utilização da ESF por sua população de referência de 61,7% a 77,5% em quatro centros urbanos em 2008, com utilização de serviços privados para este fim de 17,6% dentre o total de entrevistadas.

Chama a atenção o grupo de mulheres que preferiu realizar o acompanhamento em centros municipais de saúde (7% das puérperas entrevistadas), sinalizando a persistência de uma dupla porta de entrada no sistema, uma vez que se mantém o acesso direto a especialistas do modelo tradicional de APS em populações cobertas pela ESF. Outro fato a ser destacado é a existência de mulheres que relataram dificuldades para a marcação de consulta com as equipes de Saúde da Família.

Considerando os princípios que fundamentam as RAS^{10,14}, pode-se assumir que a dupla porta de entrada e as barreiras de acesso às equipes constituíram-se nos principais entraves à consolidação da ESF como referência para o cuidado de sua população encontrados no estudo, tornando necessário o aprofundamento da discussão sobre esses dois fenômenos.

Apesar de ser apontada pelo MS como modelo preferencial para a reorientação do sistema de saúde no Brasil¹⁹, a ESF coexiste em proporção considerável com o modelo tradicional de APS, e apresenta graus de implantação e realidades muito diversas em todo o país⁶⁷. Gérvas e Fernández⁶⁷, que produziram um relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da ESF a partir da visita a 70 centros de saúde em 32 municípios de 19 estados brasileiros, com entrevista de mais de 500 profissionais, atestaram a persistência em larga escala do modelo tradicional, que se mantém popular entre usuários e muitos gestores do país. De acordo com os autores, esse fato é indicativo da carência de reformas pró-coordenação, que estabeleceriam de modo definitivo como atribuições da ESF o primeiro contato com o usuário e o poder de filtro para a atenção especializada.

Gérvas⁶⁷ defende que “é forte a Atenção Primária que se utiliza de ‘porta de entrada’ para todos os problemas de saúde, onde um médico de família atua como um filtro para os especialistas”, e sugere a definição mais explícita da ESF como estratégia

federal, visando a ampliação da cobertura para 100% da população brasileira. Nesta mesma lógica, Mendes¹¹, em seu modelo de atenção às condições crônicas para aplicação nos serviços do SUS, aposta que “a solução médica para o SUS está em radicalizar a introdução dos médicos de família (...), formando-os melhor, focando a graduação na APS, expandindo as residências em Medicina Familiar (...).”. Desta forma, os especialistas, incluindo os das áreas básicas, poderiam atuar como matriciadores das equipes de Saúde da Família, ou em outros níveis assistenciais, contribuindo para a organização e qualificação da rede de saúde^{10,11,67}.

Harzheim²¹, em sua pesquisa avaliativa sobre os serviços de APS na cidade do Rio de Janeiro, demonstrou associação inequívoca das unidades tipo A e dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade com maior grau de orientação para a APS. O autor reconhece a revolução ocorrida na organização da rede de saúde do município, e ressalta a importância de se intensificar o aumento da cobertura da ESF, preferencialmente por meio da criação de novas Clínicas da Família, evitando-se a proliferação de unidades tipo B, e visando a extinção de unidades tipo C. A pesquisa também aponta a necessidade de fortalecimento de alguns atributos da APS, e a importância do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS-RJ na qualificação do processo de atenção.

Por outro lado, o caráter de primeiro contato da APS é frequentemente interpretado como uma ameaça à autonomia do usuário no acesso aos serviços de saúde³², sendo este aspecto acentuado no modelo brasileiro da ESF⁶⁷, onde a adscrição da população baseia-se em critérios geográficos, e não há meios instituídos para a troca de equipe. A livre eleição da fonte de cuidados primários surge na literatura como uma recomendação para o aumento da adesão aos serviços de APS, desde que haja cobertura suficiente de profissionais para possibilitar a escolha³², o que ainda não é realidade na ESF do Rio de Janeiro²¹. De alguma forma, a persistência da dupla porta de entrada permitiu que um considerável percentual de entrevistadas (7%) optasse por realizar o acompanhamento pré-natal nos CMSs, que não se constituem na referência formal de APS para a população de estudo.

No município do Rio de Janeiro, a expansão da ESF notadamente iniciou-se por áreas com baixos indicadores sócio-econômicos, com grande parte da população historicamente dependente de serviços públicos de saúde^{20,21}, e que estava habituada a utilizar os CMSs tradicionais como fonte regular de cuidados primários, o que pode contribuir para a manutenção deste padrão em alguns casos. Seria interessante, no

entanto, avaliar os motivos pelos quais gestantes cobertas pela ESF preferiram realizar o acompanhamento pré-natal com especialistas do modelo tradicional.

Apesar de pouco frequente, a dificuldade de acesso ao atendimento pelas equipes de Saúde da Família foi relatada por seis mulheres, constituindo-se em um evento merecedor de atenção. Nos países que adotam redes de saúde coordenadas pela APS, o acesso a esse nível de atenção é uma das mais importantes dimensões de avaliação dos sistemas de saúde^{23,79}.

O acolhimento imediato a toda gestante que procure a unidade de saúde é preconizado pelo MS, bem como a identificação precoce das gestantes do território, com estímulo para o início imediato do acompanhamento pré-natal⁷³. Desta forma, entende-se que a captação da gestante requer uma postura ativa por parte das equipes de Saúde da Família, facilitadora e promotora da utilização da ESF como fonte de assistência pré-natal.

Aday e Andersen⁹⁵, em 1974, reconheceram a ampliação do acesso aos serviços de saúde como um dos elementos que pode garantir que sejam utilizados como fonte regular de atenção. Starfield²² afirma que a ideia de que existe um ponto de entrada a cada vez que um novo atendimento se faz necessário, e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso, é inerente à organização dos serviços de APS. A autora define como acessibilidade o fenômeno que possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, representando um aspecto estrutural da unidade de saúde para que se estabeleça a atenção ao primeiro contato.

Nessa lógica, o MS e a SMS-RJ apresentam recomendações claras a respeito da organização do processo de trabalho na ESF^{17,19,74}, contraindicando a persistência de agendas pautadas por ciclos de vida e a distribuição de senhas para o atendimento, exemplos de ações que podem impedir o acesso aos serviços de saúde no momento oportuno para o usuário. Ainda assim, a pesquisa avaliativa realizada no município do Rio de Janeiro mostra que nenhum dos modelos existentes (A, B ou C) alcançou alto grau de orientação para o atributo “acesso”, apesar da superioridade do modelo A em relação ao C, e dos esforços crescentes, mais perceptíveis no modelo A²¹.

Levando em consideração a orientação sobre o acolhimento à demanda espontânea⁷⁴ por parte das esferas gestoras e as particularidades observadas no cuidado à gestante^{22,73}, é provável que as barreiras de acesso ao atendimento reflitam problemas na dimensão organizacional da gestão do cuidado, próprios do cotidiano das equipes³⁹. Recomenda-se, portanto, que a organização do processo de trabalho tendo em vista a

melhoria do acesso seja foco de avaliação contínua por parte das equipes e gestores de Saúde da Família.

A proporção de gestantes vinculadas a um serviço de referência para o parto durante o pré-natal e a proporção de gestantes com parto realizado no serviço em que foi vinculada refletem a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil, pois denotam a existência de fluxos estabelecidos entre as unidades básicas e os serviços de atenção ao parto¹⁵. Assim, é relevante a discussão a respeito da utilização da rede pactuada pelo Programa Cegonha Carioca, numa tentativa de aproximação da dimensão sistêmica da gestão do cuidado, que, segundo Cecílio³⁹, trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde.

A ocorrência de 77,9% de gestantes acompanhadas pela ESF que realizaram a visita de vinculação ao serviço de referência, e de mais de 95% que declararam ter sido encaminhadas à visita representa uma melhora evidente na integração da rede de serviços decorrente da implantação do Programa Cegonha Carioca, que instituiu a regionalização do atendimento ao parto.

Apesar da orientação expressa do MS de se garantir a vinculação da gestante ao serviço onde será realizado o parto desde o ano 2000, através do PHPN⁴⁸, Ribeiro e colaboradores⁹⁶, em estudo realizado em 2004 envolvendo 203 usuárias do SUS de 22 municípios brasileiros, revelaram que 47,2% das gestantes desconheciam o local onde seria realizado o parto, demonstrando pequeno benefício não estatisticamente significativo para as gestantes acompanhadas por equipes de Saúde da Família neste quesito. No município do Rio de Janeiro, à época da publicação da Lei Federal que garante o direito da gestante à vinculação à maternidade de referência desde o início do pré-natal⁴⁹, Domingues e colaboradores⁵⁸ evidenciaram uma baixa proporção de mulheres que receberam essa orientação, correspondendo a 43,6% das gestantes com 34 a 37 semanas, e 59,5% daquelas com mais de 37 semanas.

Outros estudos relevantes, anteriores ao Programa Cegonha Carioca, indicaram uma precária integração entre os serviços de atendimento ao pré-natal e ao parto no município do Rio de Janeiro^{1,6,7}. Assim, a ocorrência de encaminhamento para a visita de vinculação à maternidade relatada por 96,3% das puérperas entrevistadas reveste-se de especial importância, e pode ser comparada aos resultados do exitoso Programa Mãe Curitibana, avaliado por estudo de coorte de mais de 400 mulheres usuárias do SUS, em que a informação sobre o serviço para o parto foi recebida por 98,3% das gestantes cadastradas no programa no seu segundo ano de implantação⁹⁷.

A peregrinação anteparto constituía-se em um dos principais problemas da atenção obstétrica do município do Rio de Janeiro^{6,7}. As mulheres residentes na AP 3.1 são componentes do grupo mais vulnerável a este fenômeno, e também apresentam piores resultados referentes à razão de mortalidade materna^{6,98}. Dessa forma, o principal objetivo de se questionar os motivos para a não realização do parto no serviço de referência consistiu na identificação de bloqueios de acesso ao atendimento ou falta de responsabilização do serviço sobre a gestante.

O parto foi realizado no serviço de referência em 66,9% das mulheres que fizeram pré-natal na ESF. Houve relato de bloqueio de acesso ao atendimento no serviço de referência por 2,2% do total de gestantes assistidas pela ESF, culminando com necessidade de peregrinação para a busca de outros serviços. Contudo, não houve ocorrência de encaminhamentos por meios próprios de gestantes atendidas e com indicação de internação hospitalar devido à falta de vagas nas maternidades de referência. Pode-se assumir, portanto, que no contexto estudado, foi observada importante melhora em relação aos resultados de um grande estudo publicado em 2006, que apontou a ocorrência de peregrinação em um terço das usuárias atendidas em serviços públicos de todo o município do Rio de Janeiro nos anos 1999 e 2000⁶.

Mais uma vez, o principal motivo para a não utilização da rede de referência instituída pelo Programa Cegonha Carioca referiu-se a uma decisão particular da puérpera, seja por uma preferência explícita por outro serviço (11,8% do total de puérperas acompanhadas pela ESF), seja pela existência de serviços com localização mais favorável (2,9%). Ainda que a configuração da rede possa ter influência nesse segundo grupo, os resultados refletem uma importante participação da dimensão individual da gestão do cuidado^{39,91} na utilização dos serviços de saúde. Em Curitiba, a troca da maternidade de referência é permitida mediante autorização do gerente da unidade de APS¹⁰, o que pode contribuir para um aumento da adesão.

A utilização de perguntas objetivas nesse segmento da pesquisa comprometeu o conhecimento mais aprofundado sobre os fatores relacionados à preferência das gestantes de não utilizar a ESF ou a maternidade de referência. Diversos elementos foram citados durante as entrevistas - como as equipes incompletas, a rejeição às consultas de enfermagem e a opção pelo custeio de cesariana eletiva -, mas não puderam ser discutidos devido à ausência de coleta sistematizada. A realização de pesquisas que agreguem metodologias qualitativas poderia suprir esta lacuna deixada pelo presente estudo.

A avaliação do preenchimento dos dados do cartão da gestante por parte dos profissionais das equipes de Saúde da Família, apesar de limitada pela dificuldade de acesso aos cartões, que gerou perdas consideráveis, não mostrou resultados favoráveis neste estudo. Grande parte dos cartões avaliados (44,8%) apresentou qualidade de preenchimento classificada como “ruim/muito ruim”, 27,6% foram regulares e 27,6% “bom/excelente”, considerando-se a totalidade dos itens avaliados no estudo.

Starfield²² defende que a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessa informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente contato. Acrescenta ainda que, quando vários profissionais estão envolvidos no cuidado de um indivíduo, a coordenação ocorrerá apenas se pelo menos uma das duas seguintes condições for cumprida: existência de um prontuário clínico compartilhado, ou transferência de informações sistematizadas em registros mantidos pelo próprio usuário.

A avaliação da extensão da transferência de informações torna-se, portanto, uma abordagem potente para avaliar aspectos estruturais da coordenação do cuidado^{22,34}. No caso da assistência pré-natal, o cartão da gestante apresenta a vantagem de constituir-se em instrumento sistematizado de registro de dados, porém, permanece sujeito à incompletude de registros pelos profissionais, conforme observado em outros estudos^{5,58,80}.

No momento do parto, a omissão de registros sobre o acompanhamento da gestante inviabiliza a prestação de cuidados coordenados, dificultando a avaliação dos riscos a que a mãe e o feto estão submetidos, e provocando a negligência ou repetição desnecessária de procedimentos ou exames laboratoriais^{5,48}. Nesse estudo, foram avaliados os itens considerados mais importantes para a coordenação entre os serviços do pré-natal e do parto, divididos em três grandes blocos de dados, .

Em relação às informações sobre a gestante (dados de anamnese e de sua rede de serviços), a ausência de identificação da maternidade de referência em 55,2% dos cartões avaliados está em desacordo com a orientação expressa do MS de se garantir esse registro no cartão da gestante⁷³. O nome da unidade e da equipe de Saúde da Família responsável pela realização do pré-natal não foram registrados, respectivamente, em 6,9% e 16,1% dos cartões. Em 2010, estudo realizado com 370 parturientes que realizaram pré-natal na ESF de Vitória encontrou ausência de identificação do local de realização do pré-natal em 41,9% dos cartões⁸⁰.

Os demais dados deste grupo, com exceção da DUM e da existência de dúvidas a respeito desta, representam a investigação de características da gestante que

determinam aumento do risco gestacional^{73,89}. Os fatores de risco devem ser identificados em destaque no cartão da gestante, a fim de alertar os demais profissionais envolvidos na assistência⁷³. Para ilustrar a relevância desses dados, adota-se como exemplo a informação a respeito do tabagismo, que esteve ausente em 47,1% dos cartões avaliados, comprometendo o potencial de coordenação da atenção prestada por profissionais da mesma equipe, e de diferentes níveis assistenciais.

Há evidências científicas de que as intervenções para a cessação tabágica durante a gestação são especialmente custo-efetivas, pois resultam em menor incidência de baixo peso ao nascer e mortes perinatais, dentre outros benefícios⁹⁹. Também foi reconhecido que a existência de mecanismos de identificação de usuários tabagistas em sistemas de informações aumenta as taxas de intervenção sobre esta condição⁹⁹. Portanto, presume-se que o registro desse dado no cartão da gestante possa contribuir para a adequação das ações tanto durante o pré-natal (em relação às intervenções voltadas para a cessação), quanto na maternidade, uma vez que possibilita a previsão de complicações perinatais e a preparação para estas.

Outras condições identificadas na anamnese, como a presença de comorbidades, obesidade pré-gestacional, má história obstétrica ou fatores de risco familiar, que podem requerer o emprego de intervenções de rastreamento ou prevenção específicas⁷³, também estão contidas nesse grupo de dados, e apresentaram resultados heterogêneos em relação ao percentual de omissões. A importância de seu registro adequado reside no fato de que somente quando os problemas são reconhecidos os profissionais podem agir sobre eles²².

Por fim, a DUM foi o quarto item com melhor percentual de preenchimento, estando ausente em somente 2,3% dos cartões. No entanto, a existência de incertezas relativas à DUM não foi informada em 56,3% dos casos, apresentando-se como o sexto item menos preenchido. Essa informação é determinante para o método a ser empregado para o cálculo da idade gestacional, estando o ultrassom indicado para as gestantes que apresentem dúvidas⁷³. A correta definição da idade gestacional, que deve ser realizada precocemente durante a assistência pré-natal, contribui para a redução das taxas de indução do parto e de cesarianas nas maternidades, mais uma vez reforçando a implicação destes resultados na coordenação da atenção¹⁰⁰.

Os dados referentes às consultas constituíram-se no grupo com melhor registro, apresentando nível de qualidade de preenchimento “bom/excelente” em 63,2% dos cartões, “regular” em 25,3% e “ruim” em 11,5%, sendo o único grupo de dados que não obteve classificação “muito ruim” em nenhum cartão. Tais achados são coerentes com

os encontrados em estudos anteriores, com níveis de registro bons ou excelentes para os procedimentos realizados a cada consulta, como a pesagem, aferição de pressão arterial e cálculo da idade gestacional^{58,80,101}. O peso não foi registrado em apenas 2,5% dos atendimentos, a idade gestacional em 3% e a pressão arterial em 4,8% do total de consultas, sendo notável o percentual de incompletude menor que 5% para esses dados. Os resultados relativos ao registro da altura uterina (8,2% de ausências) e dos batimentos cardíofetais (19,4%) a cada consulta foram semelhantes aos encontrados por Domingues⁵⁸ no município do Rio de Janeiro, que giraram em torno de 16% e 21%, respectivamente.

Uma vez que a análise da qualidade dos dados não foi objetivo deste estudo, não é possível afirmar que a realização de tais procedimentos nas consultas de rotina tenha sido de fato efetiva para a detecção de anormalidades e atuação dos profissionais sobre as mesmas, possibilitando melhoria dos desfechos para a mãe e o bebê. Thompson e Osborne¹⁰² há muito alertaram sobre a tendência dos profissionais de saúde em omitir o registro de informações consideradas como evidências de uma atenção de qualidade, e registrar de modo consistente dados menos significantes, como medições de rotina, que isoladamente tem pouca implicação na melhoria dos resultados de saúde. Para maiores considerações a esse respeito, portanto, seriam necessárias formas distintas de avaliação das ações realizadas no pré-natal, que não foram utilizadas neste estudo por destacarem-se do enfoque primordial na coordenação.

A avaliação do registro de resultados de exames laboratoriais pelos profissionais da ESF mostrou números preocupantes: o preenchimento de 78,1% dos cartões foi classificado como “ruim/muito ruim”, de 6,9% como “regular” e apenas de 14,9% como “bom/excelente”. Ou seja, quase 80% dos cartões apresentavam pelo menos 20% de resultados ausentes dentre os exames avaliados, sendo que os 37,9%, que receberam a classificação “muito ruim” apresentaram mais de 50% de omissões de registro desses itens.

Foram avaliados os registros de resultados de tipagem sanguínea e fator Rh, hemoglobina, glicemia de jejum, VDRL, Anti-HIV, HBsAg e urocultura. Não foi possível diferenciar se os exames não foram realizados ou se somente os resultados não foram registrados no cartão; no entanto, pode-se assumir que houve falha importante da coordenação da atenção por parte da ESF, uma vez que não se verificou fluxo adequado de informações entre os níveis assistenciais, com potencial comprometimento da qualidade do cuidado.

O resultado da urocultura foi o item mais frequentemente omitido dentre todos os dados avaliados do cartão da gestante, estando ausente em 85,1% dos cartões. A realização universal deste exame em gestantes permite identificar a bacteriúria assintomática; quando uma cultura positiva é tratada, menos de 1% das mulheres desenvolverá infecção urinária; quando não tratada, cerca de 25% terão infecção sintomática¹⁰³. Dessa forma, a disponibilidade do resultado no cartão da gestante pode contribuir para o raciocínio diagnóstico frente a alguns quadros de urgência obstétrica, e promover o uso mais racional de antibióticos na gestação.

A segunda rotina de exames laboratoriais, que deve ser solicitada no início do terceiro trimestre, também apresentou baixo percentual de preenchimento para a repetição dos seguintes exames: anti-HIV (ausente em 72,4% dos cartões), VDRL (70,1%), Hemoglobina (69%) e glicemia de jejum (64,4%). Os resultados são muito similares aos encontrados por Santos Neto⁸⁰ no ano de 2010, que identificou omissão do registro da repetição do Anti-HIV em 76,8% dos cartões, do VDRL em 64,6%, da Hemoglobina em 62,4% e da glicemia de jejum em 63,8% dos cartões de puérperas que foram acompanhadas pela ESF em Vitória.

O rastreamento para Hepatite B está preconizado para todas as gestantes através da pesquisa de HBsAg, e deve ser solicitado no início do pré-natal, a fim de permitir a imunização das gestantes HbsAg negativo que não tenham sido previamente vacinadas⁷³. No presente estudo, a pesquisa de HBsAg não foi registrada em 42,5% dos cartões avaliados, sendo o resultado um pouco melhor do que o encontrado no estudo referido anteriormente⁸⁰, com 52,2% dos cartões sem registro desse dado. O objetivo final desse rastreamento é a adoção de medidas específicas nas primeiras horas de vida dos recém-nascidos filhos de mães com replicação viral ativa, tendo em vista a redução da transmissão vertical, que leva à cronificação da doença em cerca de 90% dos casos. Assim, ressalta-se a importância dessa informação ser amplamente difundida entre os profissionais atuantes na assistência ao parto^{73,100}.

Os resultados da primeira dosagem de hemoglobina e glicemia de jejum, ambos ausentes em 27,6% dos cartões avaliados, guardam maior importância em relação à coordenação do cuidado entre os profissionais da ESF do que para o momento do parto, pois se constituem como método diagnóstico para Anemia e Diabetes Mellitus, condições que requerem intervenções durante o acompanhamento pré-natal quando identificadas⁷³. Novamente, os resultados são similares aos de Santos Neto⁸⁰, que identificou ausência de registro da primeira dosagem de Hemoglobina em 29,2% dos cartões, e de Glicemia de jejum em 27,8%. Domingues⁵⁸, em estudo realizado no

município do Rio de Janeiro com 2422 gestantes de baixo risco acompanhadas em diversos serviços entre 2007 e 2008, também descreveu resultados semelhantes, com registros de Hemoglobina ausentes em 22,9% e de Glicemia de jejum em 26,5% das 218 gestantes a termo incluídas no estudo.

Observou-se que 23% dos cartões avaliados não apresentava registro de resultado de teste para o HIV durante a gestação. No estudo realizado por Domingues⁵⁸ este valor foi de 26%, indicando que não houve melhoria importante no município do Rio de Janeiro em relação à cobertura do exame no pré-natal nos últimos 5 anos. Porém, a situação relatada por Santos Neto⁸⁰ foi ainda mais grave, com 37% das puérperas sem registro de resultado de anti-HIV no cartão da gestante. É reconhecido na literatura mundial que os principais riscos para a transmissão vertical do HIV ocorrem no momento do parto, assim como são comprovados os benefícios de intervenções na gestação, parto e período neonatal para a redução das taxas de transmissão, denotando a relevância deste registro. Idealmente, o diagnóstico da infecção por HIV não deve ser realizado apenas no momento do parto, e mesmo em idades gestacionais tardias, a terapia antirretroviral pode ser iniciada com vistas à redução da carga viral^{73,100}. É possível também que esteja ocorrendo o uso dispendioso de recursos, caso os exames sejam realizados mas não registrados pelos profissionais da ESF, determinando a sua repetição desnecessária no momento do parto.

A identificação da tipagem sanguínea e fator Rh de todas as gestantes é importante para prevenir a ocorrência de doença hemolítica do recém-nascido, bem como para agilizar as situações em que a transfusão sanguínea se faz necessária^{73,100}. Esta identificação não estava presente em 21,8% dos cartões avaliados, contrastando-se com o resultado de 10,6% descrito por Domingues⁵⁸ e 38,4% por Santos Neto⁸⁰. Mulheres portadoras de fator Rh negativo devem receber imunoglobulina anti-D no período puerperal tendo em vista a prevenção de complicações em gestações futuras¹⁰⁰. Portanto, essa informação é necessária no momento do parto, e o exame será realizado em todas as gestantes admitidas na maternidade sem esta informação proveniente do pré-natal. Novamente, presume-se o risco de duplicação desnecessária de procedimentos como resultado direto das falhas no fluxo de informações ocasionadas pela ESF.

Por fim, o VDRL da primeira rotina laboratorial mostrou-se o exame com menor percentual de subregistro, mas ainda assim não foi descrito em 20,7% dos cartões avaliados. Domingues⁵⁸ havia encontrado melhor resultado no município, com ausência deste registro em 10,2% dos cartões. Mais uma vez, foram piores os resultados de

Santos Neto⁸⁰, onde a primeira solicitação de VDRL não foi registrada em 28,4% dos cartões. A sífilis na gestação constitui-se em um evento de diagnóstico simples e recurso terapêutico amplamente disponível, com efetividade comprovada do tratamento para a prevenção de desfechos perinatais adversos⁸⁸. Desta forma, a sífilis congênita é considerada um verdadeiro marcador da qualidade da assistência pré-natal^{73,87}. Um dos critérios para a definição do caso de sífilis congênita é o produto da gestação (nascido vivo, natimorto ou aborto) de mãe com evidência laboratorial de sífilis que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Por sua vez, somente é considerado adequado o tratamento realizado de forma completa, concomitante ao parceiro, e devidamente registrado⁸⁸.

Considerando a importância do fluxo de informações entre os níveis assistenciais para a atuação dos serviços de saúde no enfrentamento da sífilis congênita, foi avaliada a adequação dos registros do tratamento de mulheres que apresentaram testagem positiva durante a gestação. A ocorrência de somente um caso dentre os 87 cartões avaliados é coerente com a prevalência descrita pelo MS⁷³ de 1,6% de sífilis na gestação no Brasil, e por Domingues⁸⁶ de 1,9% no município do Rio de Janeiro. No caso identificado no estudo, os dados do tratamento da gestante e do parceiro foram adequadamente registrados, de acordo com o preconizado nas normatizações brasileiras^{73,88}.

Em relação à qualidade dos registros de exames laboratoriais de rotina, é possível concluir que a ausência dos resultados para 100% das gestantes acompanhadas representa a perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento de agravos passíveis de controle, que podem levar a desfechos perinatais negativos e para os quais existem intervenção efetiva⁷¹. A comparação com o Programa Mãe Curitibana⁹⁷ mostra que, em seu segundo ano de implantação, 99,7% das gestantes apresentavam registro de triagem sorológica para sífilis, sugerindo que o Programa Cegonha Carioca ainda deve evoluir nesse sentido.

As deficiências de registro de informações do acompanhamento pré-natal realizado pelos profissionais das equipes de Saúde da Família indicam uma lacuna na qualidade dessa assistência, uma vez que comprometem a coordenação da atenção. Ainda que no tocante aos resultados de exames laboratoriais possa existir influência da dimensão organizacional da gestão do cuidado, por inadequação dos sistemas de apoio, o correto preenchimento das informações da gestante e dos dados das consultas depende somente dos profissionais que realizam a assistência, e os maus resultados encontrados denotam baixo comprometimento com a geração de informação qualificada.

A avaliação das puérperas sobre a integração dos cuidados, realizada nos moldes do PCATool-Brasil, revelou resultados positivos para 77,6% das entrevistadas que realizaram o acompanhamento pré-natal com as equipes de Saúde da Família.

A coordenação assistencial pode ser entendida como um atributo dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário, a partir da coerência e integração entre as experiências vivenciadas em diversos serviços^{40,41}. Para chegar ao que este termo indica, no caso da assistência à gestante, o profissional da ESF deve estar ciente de todos os acontecimentos do ciclo gravídico-puerperal, independente do local no qual estes tenham ocorrido²².

A observação do padrão de respostas para cada uma das perguntas do questionário utilizado traz algumas observações interessantes, que podem ter relação com aspectos específicos da dinâmica de trabalho dos profissionais da ESF. Enquanto as perguntas relacionadas a ações de todos os membros da equipe apresentaram frequência de respostas positivas de 87,5% (média dos percentuais de respostas “com certeza sim” e “provavelmente sim” para a primeira, segunda e quarta perguntas), naquelas relacionadas à atuação específica do médico ou enfermeiro da equipe a frequência foi de 70,6% de respostas positivas. Um estudo feito com 385 famílias no Paraná apontou o ACS como o membro mais conhecido pelas famílias, sendo apontado por 88,2% dos usuários⁹⁴. Essa diferença também pode decorrer de um aspecto subjetivamente observado durante as entrevistas, de que existia um grande número de mulheres que relatavam ainda não ter retornado para consultas de seguimento com as equipes de Saúde da Família, tendo seu contato com a ESF no puerpério permanecido restrito ao ACS.

Também foi possível observar um declínio progressivo da frequência de respostas positivas com o decorrer das perguntas do questionário. As duas primeiras perguntas, que avaliam a orientação sobre o serviço de referência e o conhecimento por parte da equipe sobre qual serviço foi de fato acessado no momento do parto, apresentaram média de respostas positivas superior a 90%. A segunda e terceira perguntas, que direcionam-se a investigar se houve auxílio por parte do médico ou enfermeiro de Saúde da Família para a vinculação ao serviço, e se a equipe tem conhecimento dos resultados do parto (por exemplo, a via de parto e as condições do recém-nascido), obtiveram uma média de respostas positivas de pouco mais de 80%. Já nas duas últimas perguntas - que objetivam avaliar a impressão da puérpera sobre a existência de um real interesse e preocupação por parte do médico ou enfermeiro da

ESF a respeito da natureza dos acontecimentos e da qualidade dos cuidados recebidos durante a internação -, a média de respostas positivas não chegou a 70%. Os processos avaliados em cada uma das perguntas representam um aprofundamento progressivo da coordenação do cuidado, partindo do simples cumprimento de ações protocoladas, como a orientação sobre a maternidade de referência, para aspectos mais sofisticados da coordenação, em que o profissional responsável solicita informações detalhadas a respeito da atenção recebida pela mulher em outro serviço.

As alterações estruturais realizadas no questionário e a seleção de um ciclo de vida específico para participação na pesquisa prejudicaram a comparabilidade do resultado com estudos brasileiros previamente publicados em que foi aplicado o instrumento; porém, a adaptação fez-se necessária para que fossem atingidos os objetivos do estudo. No atual contexto de inovação das redes de atenção à saúde materno-infantil, a validação de um instrumento voltado para a avaliação dos mecanismos de integração entre os serviços que prestam assistência a este ciclo de vida pode trazer contribuições interessantes.

7. Considerações finais

A integração entre os serviços que prestam atendimento ao pré-natal e ao parto é um processo complexo, porém com benefícios reconhecidos, que fundamentam a organização da assistência materno-infantil em rede. O presente estudo não se propôs a esgotar a avaliação da coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto pela ESF, mas possibilitou a reflexão a respeito de alguns aspectos importantes relativos a esta atribuição.

Os resultados encontrados sugerem que a regionalização do atendimento obstétrico proposta pelo Programa Cegonha Carioca tenha contribuído de modo determinante para a consolidação do componente estrutural da coordenação do cuidado à gestante, observando-se a melhoria dos dados relativos à peregrinação na busca de internação para o parto, e a avaliação predominantemente positiva das puérperas quanto à integração entre os serviços. Por outro lado, o fluxo de informações por parte da ESF, componente processual da coordenação, não se mostrou adequado, evidenciando a necessidade de progresso neste campo, sob risco de perda de qualidade do cuidado. Outros pontos negativos que merecem a atenção dos profissionais e gestores da ESF são a persistência da dupla porta de entrada no sistema de saúde, e a ocorrência de bloqueios de acesso aos serviços da rede.

A presença de generalistas na APS e a existência de sistemas eletrônicos de troca de informações entre os níveis assistenciais são reconhecidas como medidas efetivas para a coordenação do cuidado. No contexto estudado, com base na literatura disponível sobre redes de saúde, sugere-se a expansão da ESF para 100% da população, evitando-se a prestação de cuidados primários por especialistas, e a implantação de um sistema unificado de prontuário eletrônico para a superação dos principais problemas identificados.

Nas unidades de saúde, a adequação dos profissionais de saúde em relação ao seguimento dos protocolos clínicos, ao registro de suas ações e à organização do processo de trabalho, por sua vez, podem otimizar a coordenação do cuidado a partir de mudanças nas práticas das equipes de Saúde da Família. A existência de bloqueios em quaisquer pontos da rede constitui-se em ocorrência grave e que deve ser erradicada. Propõe-se que os casos detectados sejam submetidos à exaustiva revisão do processo, na lógica da Educação Permanente, potencializadora das práticas profissionais.

O presente estudo, apesar das limitações metodológicas discutidas, apresenta um caráter inovador no campo de avaliação das redes temáticas de saúde. Pode-se concluir que foram dados importantes passos na direção da melhoria da coordenação da atenção

à saúde materno-infantil no município, mas ainda há um longo caminho a percorrer. Devido às claras implicações da coordenação do cuidado nas redes de saúde e qualidade da atenção, esforços não devem ser poupados na adequação deste atributo para a modificação dos indicadores de saúde.

Referências

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet [Internet]. 2011 mai [acesso em 2012 dez 7]. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Maternal_Celia%20Szwarcwald_2011.pdf
2. Barbalho E, relatora. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar a incidência de mortalidade materna no Brasil [Internet]. Brasília, 2001 [acesso em 2012 nov 15]. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/images/stories/pdf/relatoriofinalcpimortalidadematerna.pdf>
3. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2001 jan-fev [acesso em 2012 dez 7]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>
4. Alves PC. Desafios à integração do SUS: uma análise da rede de atenção à saúde da mulher em Recife [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
5. Neto ETS. Avaliação da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde da região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2012.
6. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, 1999/2001. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 mar [acesso em 2012 dez 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/10.pdf>
7. Melo ECP, Knupp VMAO, Oliveira RB, Tonini T. A peregrinação de gestantes no município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 [acesso em 2012 dez 09]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea10.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [acesso em 2013 jun 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
9. Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2004 [acesso em 2013 jun 20]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-02.pdf>
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011 [acesso em 2012 out 15]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
11. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012 [acesso em 2013 jan 20]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

12. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial [Internet]. Brasília; 2003 [acesso em 2013 ago 5]. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf

13. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 Mai [acesso em 2012 nov 11]. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n5/08.pdf>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 2010 dez 31 [acesso em 2012 out 15]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha [Internet]. Diário Oficial da União. 2011 jun 25 [acesso em 2012 out 15]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html e http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_acao_anexoIV.pdf.

16. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Edital nº 11/2010. Convocação pública para parcerias com Organizações Sociais. Gestão do Programa Cegonha Carioca – Módulo Acolhimento [Internet]. 2010 out 04 [acesso em 2012 set 03]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/176388/DLFE-208308.pdf/EditalConvocacaoPublicaCegonha.pdf>

17. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2011 fev [acesso em 2012 ago 10]. Disponível em: http://200.141.78.78/dlstatic/10112/137240/DLFE-228988.pdf/carteiraresumida_final1..pdf

18. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Superintendência de Atenção Primária. Orientações para expansão das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro [Internet]. 2010 jan [acesso em 2012 ago 10]. Disponível em: <http://www.otics.org.br/otics/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/clinicasdafamilia/produtos/arquivos/OrientaesparaExpanso.pdf>

19. Brasil. Ministério da Saúde Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Diário Oficial da União 22 out 2011 [acesso em 2012 set 03]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

20. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Cadernos de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro. Contribuições para a construção de uma linha de base para os cadastros das microáreas da estratégia de saúde da família do município do Rio de Janeiro - Área de Planejamento 3.1: volume 5 [Internet]. Rio de Janeiro: Rede OTICS-Rio; 2013 [acesso em 2013 set 01]. Disponível em: <http://redeoticsrio.org/?page=cemapsrio>
21. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro [Internet]. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 2013 fev [acesso em 2013 mai 10]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/Pesquisa%20Avaliativa%20sobre%20aspectos%20de%20implantacao-%20estrutura-%20processo%20e%20resultado%20das%20clinicas%20de%20familia%20na%20cidade%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/Pesquisa%20Avaliativa%20sobre%20aspectos%20de%20implantacao-%20estrutura-%20processo%20e%20resultado%20das%20clinicas%20de%20familia%20na%20cidade%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20(2).pdf)
22. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
23. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007 [acesso em 2012 dez 01]. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf
24. Ministry of Health, Consultative Council on Medical and Allied Services (Inglaterra). Interim report on the future provision of medical and allied services [Internet]. Londres, 1920 [Acesso em 2012 dez 01]. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>
25. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. [Internet]. 2010 nov [acesso em 2013 mar 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/02.pdf>.
26. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [acesso em 2012 out 28]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>
27. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; Centro gráfico, 1988 [acessado em 2013 mai 15]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf
28. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário

Oficial da União. 1990 set 20. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006 jan [acesso em 2012 dez 20]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_1_completo.pdf

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde [Internet]. Brasília; 2006 [acesso em 2012 dez 20]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>

31. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. Lancet [Internet]. 2009 mai [acesso em 2013 jan 15]. Disponível em:
<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673609606930.pdf?id=de2e5b4b1d461676:68d48003:142108b06fb:1d621383261679808>

32. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994; 344(8930): 1129-33.

33. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação na Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool – PCATool [Internet]. Brasília, 2010 [acesso em 2012 set 28]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf

35. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Services Research [Internet]. 2006 dez [acesso em 2012 nov 15]. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/20461/000610300.pdf?sequence=1>

36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1473 de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União 27 jun 2011 [acesso em 2013 mai 20]. Disponível em:
<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108559-1473.html>

37. Mendes EV. Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso. Lima: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

38. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, et al. Care Coordination. Vol 7 of: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. June 2007 [acesso em 2012 dez 20]. Disponível em:
<http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/qgap1-evidence-report.pdf>

39. Cecílio, LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface Comunicação Saúde Educação [Internet]. 2011 abr-jun [acesso em 2013 jan 05]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200021&script=sci_arttext
40. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 [acesso em 2012 nov 02]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008
41. Navarrete MLV. Organizaciones Sanitarias Integradas: una guia para El análisis. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2005 [acesso em 2012 out 30]. Disponível em: http://dominioprovisorio.net.br/contratosaude/index.php?option=com_content&view=article&id=426:organizaciones-sanitarias-integradas-una-guia-para-el-analisis-&catid=27:noticias&Itemid=41
42. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank quarterly, 1966. United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.
43. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12649/000631287.pdf?...1>
44. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24606/000747716.pdf?sequence=1>
45. Cunha CRH. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o Programa Saúde da Família e o modelo tradicional [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13684/000652520.pdf?sequence=1>
46. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 set [acesso em 2012 dez 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900015&script=sci_arttext
47. Ministério da Saúde (Brasil). Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
48. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000.

49. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 2007 dez 28 [acesso em 2012 nov 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm.
50. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva, 2012 [acesso em 2012 out 22]. Disponível em: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf
51. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, Marcus JR et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: na updated systematic analysis. The Lancet [Internet]. 2011 [acesso em 2012 nov 05]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61337-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61337-8/abstract)
52. World Health Organization. Revised 1990 estimates of maternal mortality. A new approach by WHO and UNICEF. Geneva, 1996 [acesso em 2012 out 17]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.11.pdf
53. Bouvier-Colle MH, Vamoux N, Bréat G. Maternal death as substandard care: the results of a confidential survey in France. European J Obstet Gynecol Rep Biol. 1995;58:3-7.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna [Internet]. Brasília, 2007 [acesso em 2012 nov 01]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf
55. Tanaka ACA. Mortalidade materna: um indicador de iniquidade In: Mortalidade materna no Nordeste: da política à ação – Reforçando a implementação do Pacto Nacional para a redução da Mortalidade Materna no Nordeste do Brasil [evento na Internet]. 2004 jun 4-5; Salvador, Brasil [acesso em 2012 nov 13]. Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2005/cec001.pdf>
56. Malta DC, Duarte EC, Escalante JJ, Almeida MF, Sardinha LM, Macário EM, et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 mar [acesso em 2013 mai 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000300006&script=sci_arttext
57. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Neto OLM, Moura L et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2007 mar [acesso em 2013 mai 20]. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dashboard/download/lista_causas_mortes_evitaveis.pdf
58. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 mar [acesso em 2013 jan 05]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000300003&script=sci_arttext

59. Almeida WS, Szwarcwald CL. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto em municípios brasileiros. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso em 2013 dez 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100009
60. Theme-Filha MM, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1999 [acesso em 2012 nov 23]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0324.pdf>
61. Melo ECP, Knupp VMAO. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. Esc Anna Nery Ver Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 2012 out 01]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a23.pdf>
62. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus [Internet]. Informações de Saúde. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos [acesso em 2013 dez 20]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>
63. Barbosa ATD. Não há vagas: Contribuição ao estudo da peregrinação anteparto no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2010.
64. Barbastefano, PS. O acesso à assistência ao parto para gestantes adolescentes nas maternidades da rede SUS-RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
65. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Programa Cegonha Carioca. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2011 jul [material fornecido pela SMS-RJ em junho de 2012].
66. New South Wales Department of Health. Maternity Services Inter-jurisdictional Committee. Primary Maternity Services in Australia – A Framework for implementation [Internet]. Australian Health Ministers' Advisory Council; 2008 [acesso em 2012 dez 01]. Disponível em: http://www.ahmac.gov.au/cms_documents/Primary%20Maternity%20Services%20in%20Australia.pdf
67. Gérvas J, Fernández MP. Uma Atenção Primária forte no Brasil – Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir os erros da Estratégia de Saúde da Família [Internet]. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2011. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf
68. Radaelli SM, Takeda SMP, Gimeno LID, Wagner MB, Kanter FJ, Mello VM et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1990 [acesso em 2012 nov 01]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v24n3/10.pdf>
69. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2) [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

70. Hsiao CJ, Cherry DK, Beatty PC, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Care Survey: 2007 summary. National Health Statistics Reports, nº 27. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2010.
71. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2001 [acesso em 2013 jan 10]. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/12087763_How_effective_is_antenatal_care_in_preventing_maternal_mortality_and_serious_morbidity_An_overview_of_the_evidence.
72. Barros FC, Bhutta ZA, Batra M, Hansen TN, Victora CG, Rubens CE; and the GAPPS Review Group. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2010 fev [acesso em 2013 jan 10]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/S1/S3>.
73. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, 2012 [acesso em 2012 nov 02]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
74. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção à demanda espontânea na APS [Internet]. Brasília : Ministério da Saúde, 2010 [acesso em 2012 dez 01]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad28.pdf
75. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2001 out [acesso em 2012 nov 02]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd051003/villar.pdf>
76. Coco A. How often do physicians address other medical problems while providing prenatal care? *Ann Fam Med* [Internet]. 2009 [acesso em 2012 dez 01]. Disponível em: <http://www.annfammed.org/content/7/2/134.long>
77. World Health Organization Regional Office for Europe. What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications? [Internet]. Copenhagen, 2003 [acesso em 2012 nov 13]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/E82996.pdf>
78. Rodríguez C, Rivières-Pigeon C. A literatura review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care* [Internet]. 2007 [acesso em 2012 out 29]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963469/>
79. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care [Internet]. Maidenhead: Open University Press; 2006 [acesso em 2012 out 29]. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf
80. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região

Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 set [acesso em 2012 nov 01]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a05.pdf>.

81. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Assistência Pré-natal [Internet]. Brasília; 1988 [acesso em 2013 fev 20]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10002003756.pdf>.

82. Relatório de Gestão 2012 da Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1 (CAP 3.1) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro [mídia]. Disponível em: <http://cap31.blogspot.com.br/2012/10/relatorio-de-gestao-2012-cap-31.html>.

83. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Superintendência de Atenção Primária; 2012 jan 18 – [atualizada em 2013 jul 15; acesso em 2013 ago 01]. Disponível em: <http://www.subpav.org/index.php>

84. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Convocação Pública para parceria com Organizações Sociais – Edital e anexos [Internet]. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ; 2010 [acesso em 2012 set 10]. Disponível em: http://www.subpav.org/download/prot/4_EDITAL_e_Anexos_AP5_1_14092010final.pdf

85. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre mortalidade do Brasil (1996/2001). Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 [acesso em 2012 nov 15]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300022

86. Domingues RMSM. Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011.

87. Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública [Internet] 2013 fev [acesso em 2013 jul 15]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019

88. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 [acesso em 2012 nov 14]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/controle_sifilis_congenita_preliminar.pdf

89. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção a Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico – 5ª edição [Internet]. Brasília:Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2012 15 nov]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf.

90. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica (PMAQ): manual instrutivo – Anexo: Ficha de qualificação dos indicadores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 2013 set 01]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf

91. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? [Internet]. Ciênc saúde coletiva 2012 [acesso em 2013 set 15]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006

92. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2011 [acesso em 2013 set 01]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>

93. Brunelli B, Brunelli WS. Um olhar sistematizado sobre a utilização de famílias adstritas à ESF [Internet]. In: Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. 2013 mai 29 – jun 02; Belém-Pará [acesso em 2013 set 15]. Disponível em: <http://www.cmfc.org.br/index.php/brasileiro/article/view/1086>

94. Scochi MJ, Mathias TAF, Souza RKT, Gazola S, Tavares CRG. Conhecimento e utilização de serviço de atenção básica em saúde por famílias em município da região Sul do Brasil. Rev Eletr Enf [Internet]. 2008 [acesso em 2013 set 01]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a06.htm>

95. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care [Internet]. Health Serv Res. 1974 [acesso em 2013 set 15]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>

96. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo [Internet]. Cad. Saúde Pública; 2004 mar-abr [acesso em 2013 set 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/22.pdf>

97. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas [Internet]. Cad. Saúde Pública 2004 [acesso em 2013 jan 05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/17.pdf>.

98. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Alguns Indicadores de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro segundo a variável Raça/Cor [Internet]. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ. 2011 [acesso em 2013 mar 13]. Disponível em: <http://elodasaude.files.wordpress.com/2011/05/dados-saude-pop-negra-sms.pdf>

99. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Balley WC, Benowitz NL, Curry SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline [Internet]. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. 2008 mai [acesso em 2013 set 01]. Disponível em: http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/treating_tobacco_use08.pdf

100. National Institute for Health and Clinical Excellence (Reino Unido). Antenatal care [Internet]. London, 2008 [acesso em 2012 nov 15]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40115/40115.pdf>

101. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2010 [acesso em 2013 set 07]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010001100008&script=sci_abstract&tlng=pt

102. Thompson H, Osborne C. Office records in the evaluation of quality of care. Med Care [Internet]. 1976 [acesso em 2013 ago 20]. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3763551?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102855470537>

103. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetrícia de Williams – 23a edição. Porto Alegre: AMGH, 2012.

Apêndice A. Instrumento para a avaliação da coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família da AP 3.1

Identificação do questionário: _____

Unidade de Saúde da Família: _____

Equipe de Saúde da Família: _____

Data de nascimento: __/__/____

Escolaridade: () não lê/escreve () fundamental incompleto () fundamental completo () médio incompleto () médio completo () superior incompleto () superior completo () pós-graduação

Cor: () branca () negra () parda () amarela () indígena

A. Realização do pré-natal pela ESF e vinculação ao serviço para realização do parto:

A1. Com quem você fez suas consultas de pré-natal?

- () com a equipe de Saúde da Família (**aplicar questionário completo, com exceção de A2**).
- () com profissionais do Centro Municipal de Saúde (**aplicar pergunta A2 e encerrar**).
- () com médicos, em hospitais (**aplicar pergunta A2 e encerrar**).
- () não fiz pré-natal (**aplicar pergunta A2 e encerrar**).

A2. Por que você não fez seu pré-natal com a equipe de Saúde da Família?

- () porque eu não consegui marcar uma consulta.
- () porque eu preferi fazer em outro serviço.
- () porque fui encaminhada a outro serviço de pré-natal (gestação de risco).
- () outros motivos.

A3. O seu parto ocorreu na “*maternidade de referência*” (**trocar pelo nome da maternidade**)? Se não, por que?

- () sim.
- () não, pois não fui orientada a procurar este serviço.
- () não, procurei este serviço mas não consegui ser atendida.
- () não, não havia vagas, e fui a outra maternidade por meios próprios.
- () não, não havia vagas, e eu fui transferida para outra maternidade (ambulância).
- () não, devido à dificuldade de acesso ou existência de serviço mais próximo.
- () não, por escolha pessoal (preferência por outro serviço).
- () não, por outros motivos.

A4. Você realizou a visita à “*maternidade de referência*” (**trocar pelo nome da maternidade**) durante o pré-natal? Se não, por que?

- () sim.
- () não, porque não fui encaminhada para a visita.
- () não, porque não compareci à visita marcada.
- () não, porque compareci à visita, mas esta não ocorreu.

Apêndice A. Instrumento para a avaliação da coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família da AP 3.1 (Continuação)

B. Avaliação da completude do Cartão da gestante:

(1) Informado

(2) Não informado

(9) Não se aplica

	1	2	9		1	2	9
Clínica da Família				Nascimento com maior peso			
Equipe				Peso anterior			
Maternidade de referência				Estatura			
Idade				DUM			
Ant. familiares – gemelar				Dúvidas?			
Ant. familiares – diabetes				Antitetânica prévia			
Ant. familiares – hipertensão				Tabagismo			
Ant. familiares – malformação				Número de consultas			
Ant. familiares – outros				Número de consultas \geq 12 semanas			
Ant. pessoais – infecção urinária				IG - nº de registros			
Ant. pessoais – infertilidade				Peso - nº de registros			
Ant. pessoais – cardiopatia				PA - nº de registros			
Ant. pessoais – diabetes				FU - nº de registros			
Ant. pessoais – hipertensão				BCF - nº de registros			
Ant. pessoais – cirurgia pelve / útero				Grupo sanguíneo			
Ant. pessoais – malformação				Hemoglobina (1)			
Ant. pessoais – outros				Hemoglobina (2)			
Ant. obstétricos – gestações				Glicemia de jejum (1)			
Ant. obstétricos – abortos				Glicemia de jejum (2)			
Ant. obstétricos – partos				VDRL (1)			
Ant. obstétricos – partos vaginais				VDRL (2)			
Ant. obstétricos – partos cesáreos				VDRL (2)			
Ant. obstétricos – nascidos vivos				Tratamento gestante			
Ant. obstétricos – nascidos mortos				Tratamento parceiro			
Ant. obstétricos – vivem				HIV (1)			
Data do término da última gestação				HIV (2)			
Amamentação				Urinocultura			
Algum RN < 2500g?				HbsAg			

Apêndice A. Instrumento para a avaliação da coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família da AP 3.1 (Continuação)

C. Coordenação da atenção pré-natal:

Sobre a atuação da equipe de Saúde da Família durante o acompanhamento pré-natal e após o parto, a maternidade de referência e a maternidade em que aconteceu o seu parto, por favor, indique a melhor opção:

	Com certeza sim	Provavel -mente sim	Provavel -mente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
C1. A equipe de saúde da família sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse a este serviço no momento do parto?	() 4	() 3	() 2	() 1	() 9
C2. A equipe de saúde da família sabe que você teve o parto neste serviço?	() 4	() 3	() 2	() 1	() 9
C3. O médico ou enfermeiro da equipe de saúde da família te ajudaram de alguma forma a entrar em contato com esta maternidade, durante o pré-natal?	() 4	() 3	() 2	() 1	() 9
C4. A equipe de saúde da família sabe quais foram os resultados do parto?	() 4	() 3	() 2	() 1	() 9
C5. Depois do parto, o médico ou enfermeiro da equipe de saúde da família conversou com você sobre o que aconteceu durante a internação?	() 4	() 3	() 2	() 1	() 9
C6. O médico ou enfermeiro da equipe de saúde da família pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendida por este serviço)?	() 4	() 3	() 2	() 1	() 9

Apêndice B. Adaptação do componente E do PCATool-Brasil para o estudo

Adaptação do instrumento original para o estudo	
Instrumento original	Instrumento adaptado
<p>E1. Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “<i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i>”?</p> <p>() Sim () Não (não fazer perguntas E2-E8) () Não sei / não lembro (não fazer perguntas E2-E8)</p> <p>Por favor, indique a melhor opção:</p>	<p>Sobre a atuação da equipe de Saúde da Família durante o acompanhamento pré-natal e após o parto, a maternidade de referência e a maternidade em que aconteceu o seu parto, por favor, indique a melhor opção:</p>
<p>E2 – O “<i>nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro</i>” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?</p>	<p>C1. A equipe de saúde da família sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse a esta maternidade no momento do parto?</p>
<p>E3 – O “<i>nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro</i>” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?</p>	<p>C2. A equipe de saúde da família sabe que você teve o parto nesta maternidade?</p>
<p>E4 – O seu “<i>médico / enfermeiro</i>” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?</p>	<p>NÃO SE APLICA DEVIDO À REFERÊNCIA ESTABELECIDADA PARA O PARTO</p>
<p>E5 - O seu “<i>médico / enfermeiro</i>” ou alguém que trabalha no / com “<i>nome do serviço de saúde</i>” ajudou-o /a a marcar esta consulta?</p>	<p>C3. O médico ou enfermeiro da equipe de saúde da família te ajudaram de alguma forma a entrar em contato com esta maternidade, durante o pré-natal?</p>
<p>E6 – O seu “<i>médico / enfermeiro</i>” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?</p>	<p>NÃO SE APLICA DEVIDO À IMPREVISIBILIDADE DO PARTO.</p>
<p>E7 – O “<i>nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro</i>” sabe quais foram os resultados desta consulta?</p>	<p>C4. A equipe de saúde da família sabe quais foram os resultados do parto?</p>
<p>E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “<i>médico / enfermeiro</i>” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?</p>	<p>C5. Depois do parto, o médico ou enfermeiro da equipe de saúde da família conversou com você sobre o que aconteceu durante a internação?</p>
<p>E9 – O seu “<i>médico / enfermeiro</i>” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?</p>	<p>C6. O médico ou enfermeiro da equipe de saúde da família pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendida por este serviço)?</p>

Apêndice C. Termo de consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA AP 3.1 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA AP 3.1 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”, desenvolvida pela pesquisadora **Melanie Noël Maia**, aluna do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dra. **Mariza Miranda Theme Filha**.

O objetivo central deste estudo é verificar como está acontecendo a coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto pelas equipes de Saúde da Família atuantes no subsistema Leopoldina Norte da Área Programática 3.1 (AP 3.1) do município do Rio de Janeiro, onde está localizado o seu bairro.

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa por preencher os critérios de inclusão do estudo: estar cadastrada nas equipes de Saúde da Família do território do estudo e ter a data de ocorrência do parto compreendida entre os dias 1 e 30 de abril de 2013.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem o direito de decidir se quer ou não participar da pesquisa, assim como o de retirar sua participação a qualquer momento. Você não sofrerá qualquer tipo de consequência no caso de não consentir a sua participação, ou de desistir da mesma. Porém, ela é muito importante para a realização da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas por você. Você não será identificada na divulgação dos resultados do estudo, e nenhuma de suas respostas será visualizada individualmente por outras pessoas que não a pesquisadora e a orientadora da pesquisa. Caso você deseje ter seu nome citado entre os agradecimentos do estudo, após a conclusão do mesmo, isso deve ser comunicado ao pesquisador, sendo a solicitação registrada por escrito e assinada por você.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou após, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre os resultados da pesquisa, o que pode ser feito através dos meios de contato presentes ao final deste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas objetivas de um questionário padronizado, escolhendo a opção de resposta mais adequada dentre as disponíveis para cada pergunta. A entrevista não será gravada. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente vinte minutos.

 Rubrica do pesquisador _____

Rubrica do sujeito da pesquisa ou responsável legal _____

Suas respostas serão registradas em formulário específico no momento da entrevista, que será posteriormente digitalizado para a construção de um banco de dados. Só terão acesso aos formulários e arquivos digitais a

pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme a Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Sua colaboração nesta pesquisa é importante para possibilitar a obtenção de dados representativos da assistência à saúde que vem sendo oferecida às gestantes pelas equipes de Saúde da Família da AP 3.1. Você não receberá qualquer gratificação ou benefício direto pela sua participação, mas os resultados do estudo poderão ser utilizados na reorientação das práticas assistenciais relacionadas à coordenação do cuidado, beneficiando indiretamente todos os usuários do sistema local.

Toda participação em pesquisas envolve algum tipo de risco, mas neste caso pode-se assumir que o risco é mínimo, ou seja, é o mesmo existente em atividades rotineiras do nosso cotidiano.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados inicialmente na forma de Dissertação de Mestrado, a ser finalizada em agosto de 2013, podendo depois ser utilizados para a elaboração de artigos científicos ou apresentação de trabalhos em congressos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para você. Caso você seja menor de idade, quem deve assinar este termo é o seu responsável legal. Neste caso, você assinará outro documento, chamado “Termo de Assentimento Livre e Esclarecido”.

Melanie Noël Maia - Mestranda ENSP/FIOCRUZ

Contato com a Pesquisadora responsável:

Melanie Noël Maia – Mestranda ENSP/FIOCRUZ

Endereço institucional: Clínica da Família Felipe Cardoso. Av. Nossa Senhora da Penha, 42 – Penha – Rio de Janeiro/RJ – CEP 21070-390.

Telefone: (21) 8132-6631

E-mail: melnoelmaia@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar ou permito que a menor de idade que se encontra sob minha responsabilidade legal participe.

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Telefone e Fax: (21) 2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br Site institucional: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Apêndice D. Termo de assentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****“A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA AP 3.1 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”**

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA AP 3.1 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”, desenvolvida pela pesquisadora **Melanie Noël Maia**, aluna do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dra. **Mariza Miranda Theme Filha**.

O objetivo central deste estudo é verificar como está acontecendo a coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto pelas equipes de Saúde da Família atuantes no subsistema Leopoldina Norte da Área Programática 3.1 (AP 3.1) do município do Rio de Janeiro, onde está localizado o seu bairro.

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa por preencher os critérios de inclusão do estudo: estar cadastrada nas equipes de Saúde da Família do território do estudo e ter a data de ocorrência do parto compreendida entre os dias 1 e 30 de abril de 2013.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem o direito de decidir se quer ou não participar da pesquisa, assim como o de retirar sua participação a qualquer momento. Você não sofrerá qualquer tipo de consequência no caso de não consentir a sua participação, ou de desistir da mesma. Porém, ela é muito importante para a realização da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas por você. Você não será identificada na divulgação dos resultados do estudo, e nenhuma de suas respostas será visualizada individualmente por outras pessoas que não a pesquisadora e a orientadora da pesquisa. Caso você deseje ter seu nome citado entre os agradecimentos do estudo, após a conclusão do mesmo, isso deve ser comunicado ao pesquisador, sendo a solicitação registrada por escrito e assinada por você.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou após, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre os resultados da pesquisa, o que pode ser feito através dos meios de contato presentes ao final deste Termo.

Rubrica do pesquisador _____

Rubrica do sujeito da pesquisa _____

A sua participação consistirá em responder perguntas objetivas de um questionário padronizado, escolhendo a opção de resposta mais adequada dentre as disponíveis para cada pergunta. A entrevista não será gravada. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente vinte minutos. Também serão perguntados dados sobre os seus estudos e sua cor de pele. Você não precisa responder estas perguntas se não se sentir confortável.

Suas respostas serão registradas em formulário específico no momento da entrevista, que será posteriormente digitalizado para a construção de um banco de dados. Só terão acesso aos formulários e arquivos digitais a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme a Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Sua colaboração nesta pesquisa é importante para possibilitar a obtenção de dados representativos da assistência à saúde que vem sendo oferecida às gestantes pelas equipes de Saúde da Família da AP 3.1. Você não receberá qualquer gratificação ou benefício direto pela sua participação, mas os resultados do estudo poderão ser utilizados na reorientação das práticas assistenciais relacionadas à coordenação do cuidado, beneficiando indiretamente todos os usuários do sistema local.

Toda participação em pesquisas envolve algum tipo de risco, mas neste caso pode-se assumir que o risco é mínimo, ou seja, é o mesmo existente em atividades rotineiras do nosso cotidiano.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados inicialmente na forma de Dissertação de Mestrado, a ser finalizada em agosto de 2013, podendo depois ser utilizados para a construção de artigos científicos ou apresentação de trabalhos em congressos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para você. Como você é menor de idade, o seu responsável legal autorizou a sua participação mediante a assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, e cabe a você concordar ou não em participar deste estudo.

Melanie Noël Maia - Mestranda ENSP/FIOCRUZ

Contato com a Pesquisadora responsável:

Melanie Noël Maia – Mestranda ENSP/FIOCRUZ

Endereço institucional: Clínica da Família Felipe Cardoso. Av. Nossa Senhora da Penha, 42 – Penha – Rio de Janeiro/RJ – CEP 21070-390.

Telefone: (21) 8132-6631

E-mail: melnoelmaia@gmail.com

Assinatura do sujeito da pesquisa (menor de idade)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Telefone e Fax: (21) 2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br Site institucional: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Apêndice E. Relatório de resultados das unidades de saúde participantes do estudo

Unidade de Saúde:

Total de mulheres identificadas:

Total de mulheres entrevistadas:

Variável	Equipe 1	Equipe 2	Equipe x	Total
Serviço responsável pelo cuidado pré-natal				
Estratégia de Saúde da Família				
Centros Municipais de Saúde				
Hospitais ou clínicas				
Não fez pré-natal				
Motivos para não realização do pré-natal na ESF				
Dificuldade de acesso à ESF				
Preferência pessoal				
Referência para alto risco				
Outros motivos				
Não se aplica				
Total				
Realização de visita à maternidade de referência				
Visita realizada				
Não encaminhada à visita				
Não compareceu à visita marcada				
Visita não ocorreu				
Ocorrência do parto na maternidade de referência				
Parto na referência				
Não orientada quanto à referência				
Não atendida na referência (peregrinação)				
Falta de vagas com encaminhamento por meios próprios (peregrinação)				
Falta de vagas com transferência formal entre serviços				
Referência em localização desfavorável				
Escolha pessoal por outro serviço				
Outros motivos				
Total				
Qualidade do preenchimento do cartão da gestante				
Informações sobre a gestante				
Dados das consultas				
Resultados de exames complementares				
Global				
Integração ESF e maternidade de referência				
Avaliação positiva				
Avaliação negativa				
Total				

Anexo B. Modelo de Cartão da Gestante utilizado no município do Rio de Janeiro - face interna

VOCÊ SABE ONDE VAI TER O SEU BEBÊ!

MATERNICIDADE DE REFERÊNCIA

MATERNICIDADE: _____
 ENDEREÇO: _____
 BAIRRO: _____ TEL: _____

VISITA

DATA: / / DIA DA SEMANA: _____ TURNO: _____
 HORA: _____ SETOR: _____
 RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO: _____

VISITA (CARIMBO) ENXOVAL (CARIMBO)

LEMBRE-SE: você tem direito a acompanhante na visita à maternidade e na hora do parto.

cegonha carioca

IDADE ANOS MENOR DE 15 MAIOR DE 35		N.º DE PRESENTIÁRIO		ALFABETIZADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ESTUDIOS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> SUPERIOR		ANOS COMPLETOS		ESTADO CIVIL (último) CASADA <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLTEIRA <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES		PESSOAS INFERIORES <input type="checkbox"/> SUPERIORES <input type="checkbox"/>		OBSTÉTRICOS (Anexar o histórico de)		GESTANTES		CESARIANAS		PÁRITAS	
FAMILIARES <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> INF. HIV <input type="checkbox"/> MAL. RENAL <input type="checkbox"/> ENF. CRÔNICA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>		INFERIORES <input type="checkbox"/> SUPERIORES <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> GÊMEOS <input type="checkbox"/> TUMORES <input type="checkbox"/> FETOPATIAS <input type="checkbox"/>		VÍCIOS <input type="checkbox"/> TABACO <input type="checkbox"/> ALCOOL <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>		NASC. VIVOS <input type="checkbox"/>		NASC. MORTOS <input type="checkbox"/>	
GRÁVIDEZ ATUAL		EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		EX. US/MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		EX. ULTRASSOM NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		FELIS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		PARACITOLAZI NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
GRÁVIDEZ PLANEJADA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Houve falha no método contraceptivo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		EX. CLÍNICO CERVA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		VERB. LOCAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		TÍTULACÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		TUBA. N.º DE QUERFOS/OUTROS	
NOME DA CRIANÇA (grávidez atual): _____						SEXO DA CRIANÇA (grávidez atual): <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fem					
DATA											
IQ Cere / Encefalografia (pararrel)											
PAI (mm/fig)											
PESO (kg) / EDEMA (+ a ****)											
ALTURA UTERINA (cm)											
APRESENTAÇÃO (cat. / púbico)											
BCP / MOV. FETAL											
Ass. do profissional											
PARTO		IDADE GESTACIONAL		TAMANHO FETAL CORRESPONDE		MODO TP		MEMBRANAS		CORA PLacentária	
VARIANTES		MENOR DE 17 00 MAIOR DE 22		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NAT <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> ROT		<input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> EXT		<input type="checkbox"/> DIST <input type="checkbox"/> PREV <input type="checkbox"/> TRAL	
TERMINAÇÃO		HORA		MINUTO		DI		MES		ANO	
INSURTIÇÃO		<input type="checkbox"/> CIV <input type="checkbox"/> CES <input type="checkbox"/> OUT		MODO DE PARTO		3.º 2.º 1.º		CORDE		OUTRO	
ENXOVAL		DEDUZ. EXP.		MODO FETAL		MEDIC. PRETO		ATENDIMENTO PAR. ALK. QUER.		OUTROS	
MEDICACÃO AO PARTO		<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL		MOMENTO		NETAMENTO		OUTROS		MED. FILM	
RECÉM-NASCIDO		REANIMAÇÃO		PESO AO NASCER		EXAME FÍSICO		PESOS / IS		EX. FÍSICO (MEMBR)	
SEXO		VERB. / ANOS MENSURAÇÃO		MENOR DE 2.500 g		Men		MAIOR DE 3.5 SEMANAS		MEDIUM	
ESTADÍSTICA		EXAME NEUROL. FITE ALTA		EXAME NEUROL.		PRÓFUGOS		M. MALINA		M. ALTA	
PREV. CEB.		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		<input type="checkbox"/> M. MALINA <input type="checkbox"/> SPONGOS <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/> OUTRA		<input type="checkbox"/> S. ASPERT <input type="checkbox"/> HEMORRÁGICA <input type="checkbox"/> HIFERBEL. <input type="checkbox"/> MEMBRANA		<input type="checkbox"/> M. MALINA <input type="checkbox"/> MEMBRANA	
RAI RELACIONAL		AVANÇO RA		EXAME DA ALTA TRANSFERÊNCIA		EXAME AO FALCER		ALIMENTACÃO		P.º DE PARTO	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SANEI <input type="checkbox"/> C.º PRÓC. <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> DEPTO.		<input type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> HORAS		<input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> HORAS		<input type="checkbox"/> P.º DE PARTO <input type="checkbox"/> B.º DE PARTO <input type="checkbox"/> A.º DE PARTO		<input type="checkbox"/> SADA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C.º DE PROLÓCICA	
PUERPERIO IMEDIATO		TEMPERATURA		PULSO (BPM/MEMBR/O/ MINUTO)		PRESSÃO ARTERIAL MÁX. (MMHG/PRIM. / SEG.)		RIGID. UTERINA		CARACTERÍSTICAS DOS LÓQUIOS	
<input type="checkbox"/> SADA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C.º DE PROLÓCICA		<input type="checkbox"/> SANEI <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> DEPTO.		<input type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> HORAS		<input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> HORAS		<input type="checkbox"/> SADA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C.º DE PROLÓCICA		<input type="checkbox"/> COPIA <input type="checkbox"/> C.º DE PROLÓCICA <input type="checkbox"/> SADA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C.º DE PROLÓCICA	

cegonha carioca

Estado Presente

RIO

Ministério da Saúde

SUS

Anexo C. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – ENSP/FIOCRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro

Pesquisador: MELANIE NOEL MAIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12405613.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 194.874

Data da Relatoria: 06/02/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de autoria de Melanie Noël Maia, aluna do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dra. Mariza Miranda Theme Filha. O projeto insere-se na área Saúde Coletiva/Saúde Pública enfocando a Atenção Primária à Saúde, o Cuidado pré-natal no contexto da assistência à saúde prestada pela Medicina de Família e Comunidade. O título é "A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família da AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro".

Segundo a autora, "apesar da elevada cobertura de assistência pré-natal no Brasil e no Município do Rio de Janeiro, e da quase totalidade de partos hospitalares, ainda são observados altos índices de ocorrência de desfechos perinatais negativos e evitáveis. Estudos nacionais apontam problemas na qualidade da assistência pré-natal e na organização dos serviços de atenção à gestação e ao parto, observando-se deficiências de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis assistenciais, e de vinculação da gestante à maternidade onde será realizado o parto. As redes de atenção à saúde materno-infantil, definidas como arranjos organizativos que possibilitem o provimento contínuo de ações de assistência à saúde destes grupos, surgem como resposta a este cenário. Nestas, a Atenção Primária à Saúde (e a Estratégia de Saúde da Família, que é o modelo preferencial para a consolidação da APS no Brasil), tem a função de coordenar o cuidado e ordenar a rede de serviços. Considerando o papel central em que está colocada a ESF, torna-se

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1430 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2596-2903

Fax: (21)2596-2903

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Anexo C. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – ENSP/FIOCRUZ (continuação)



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



fundamental conhecer como esse nível de atenção tem desempenhado seu papel nas redes de atenção. O objetivo deste estudo é avaliar aspectos relacionados à coordenação do cuidado ao pré-natal e ao parto, com enfoque na atuação das equipes de Saúde da Família do subsistema Leopoldina Norte da área programática 3.1 do Município do Rio de Janeiro. Serão entrevistadas puérperas cadastradas na ESF deste território com data do parto situada entre 1 e 30 de abril de 2013, a fim de se investigar a cobertura da assistência pré-natal, a utilização da rede de referências pactuada pelo Programa Cegonha Carioca, o fluxo de informações entre os serviços de pré-natal e parto e a presença e extensão do atributo coordenação do cuidado nas práticas assistenciais direcionadas às gestantes pela Estratégia de Saúde da Família.*

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar aspectos relativos à coordenação do cuidado na rede de atenção ao pré-natal e ao parto, com enfoque na atuação das equipes de Saúde da Família do subsistema Leopoldina Norte da AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro.

Objetivos Secundários: 1. Verificar a cobertura da assistência pré-natal pelas equipes de Saúde da Família do subsistema Leopoldina Norte da AP 3.1, bem como a utilização pelas usuárias da ESF da rede de referência para o parto pactuada pelo Programa Cegonha Carioca, da SMSDC-RJ; 2. avaliar o preenchimento do Cartão da gestante, principal ferramenta de comunicação entre os pontos da rede assistencial, por estas equipes de Saúde da Família; 3. Verificar a presença e extensão do atributo da APS, coordenação do cuidado na assistência pré-natal oferecida pelas equipes de Saúde da Família envolvidas no estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios encontram-se adequadamente descritos pela pesquisadora.

Riscos: os riscos associados à participação nesta pesquisa são mínimos, ou seja, equivalem-se aos riscos observados em atividades rotineiras da vida cotidiana. Há, segundo a autora, garantia de confidencialidade e os dados serão divulgados de forma agregada.

Benefícios: não há benefícios diretos ou gratificações decorrentes da participação na pesquisa. No entanto, os resultados podem contribuir para a reorientação das práticas assistenciais relacionadas à coordenação do cuidado, beneficiando indiretamente todos os usuários do sistema local.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, adequada do ponto de vista metodológico e tem orçamento próprio que visa a cobrir apenas despesas de custeio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adaquados.

Foram apresentados os seguintes Termos: 1. de Concordância da Instituição envolvida (SMSDC do

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2963 Fax: (21)2598-2963 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Anexo C. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – ENSP/FIOCRUZ (continuação)



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Rio de Janeiro); e 2. de Assentimento Livre e Esclarecido, redigido de forma apropriada.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 06 de Fevereiro de 2013


Assinador por:
Ângela Fernandes Esher Moritz
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênia
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2963 Fax: (21)2598-2963 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Anexo D. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – SMS-RJ

 <p>Comitê de Ética em Pesquisa</p>	
Parecer nº 85A/2013	Rio de Janeiro, 06 de maio de 2013.
Sr(a) Pesquisador(a),	
<p>Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 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:</p>	
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meirelles Pereira Gomes José M. Salame Livia Béni Forti Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbaud Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitória Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva Brigida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p align="center">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 58/13.</p> <p>TÍTULO: A coordenação de atenção ao pré-natal e ao parto pro equipes de Saúde da Família da AP 3.1.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Melanie Noel Maia.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: CMS João Cândido, Clínica da Família Aloysio Augusto Novis, Clínica da Família Heitor dos Prazeres, CMS José Paranhos Fontenelle, CMS Dr. José Breves dos Santos, CMS Iraci Lopes, Clínica da Família Cardoso, CMS Dr. Nagib Jorge Farah e Clínica Joasinho Trinta.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 03/05/2013.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
<p>Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeira ação imediata (Item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96).</p> <p>O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.</p> <p>Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96).</p> <p>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).</p>	
<p align="center">  Salesia Felipe de Oliveira Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa </p>	
<p>Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro CEP: 20211-901 Tel.: 3871-1590 E-mail: cepems@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep</p>	
<p>FWA nº: 00010761 IRB nº: 00005577</p>	

