

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

“Qualidade da informação na atenção ao pré-natal pelas equipes de Saúde da Família de uma área programática do município do RJ”

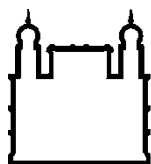
por

Viviane dos Santos Jacob Monteiro

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom

Rio de Janeiro, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Qualidade da informação na atenção ao pré-natal pelas equipes de Saúde da Família de uma área programática do município do RJ”

apresentada por

Viviane dos Santos Jacob Monteiro

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Katia Silveira da Silva

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

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 20 de março de 2015.

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

M775q Monteiro, Viviane dos Santos Jacob

Qualidade da Informação na atenção ao pré natal pelas equipes de Saúde da Família em uma área programática do município do Rio de Janeiro. / Viviane dos Santos Jacob Monteiro. -- 2015.

96 f. : tab. ; graf.

Orientador: Elyne Montenegro Engstrom
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Gestão da Informação em Saúde. 2. Registros Médicos. 3. Sistemas Computadorizados de Registros Médicos. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família. 6. Saúde Materno-Infantil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12098153

AGRADECIMENTOS

À minha família por compartilhar dos meus sonhos, pelo amor, incentivo e apoio em todos os momentos, em especial aos meus filhos Luísa e Vicente a quem pretendo recompensar todas as horas em que não estive disponível para brincar;

Aos meus amigos, por compreenderem as ausências, em especial à Angela, pelo abraço acolhedor e disponibilidade dispensada durante todo trajeto;

À Elyne, minha orientadora, pela disponibilidade, confiança e paciência durante todo o processo;

Aos amigos do mestrado, pela cumplicidade, pelos desabafos e pelos bons momentos;

À Escola Nacional de Saúde Pública e aos professores do Mestrado Profissional em Atenção Primária, pela experiência enriquecedora;

Aos gerentes das unidades de saúde da AP 4.0 pela cooperação na pesquisa de campo;

À Secretaria Municipal de Saúde pela oportunidade e investimento na qualificação profissional

Resumo

Introdução: No município do Rio de Janeiro (MRJ), houve mudanças substanciais no modelo de atenção primária à saúde, com expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e no modelo de gestão, com monitoramento de indicadores de saúde gerados, desde 2011, pelo Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Nesse processo, há desafios relativos à qualidade da informação e sua relação com a melhoria da atenção, em especial a perinatal.

Objetivos: analisar a qualidade da informação produzida pelos profissionais da ESF da Área Programática 4.0 do MRJ na atenção ao pré natal. **Metodologia:** estudo epidemiológico descritivo, com análise de prontuários de mulheres que fizeram o pré natal (n=91) pela ESF (com médicos/enfermeiros) na referida área do MRJ e que tiveram seus partos no mês de março de 2014. Realizou-se busca ativa das informações de registros eletrônicos, em campos fechados ou abertos. Avaliou-se a completude (frequências absolutas e relativas), segundo critérios de Romero e Cunha, dos registros de todas as consultas realizadas pelas gestantes e a comparação com padrões para a qualidade da assistência, considerando protocolos do Ministério da Saúde. Variáveis estudadas: identificação, dados clínicos e laboratoriais; plano de cuidado. **Resultados:** evidenciou-se elevado percentual de incompletude dos prontuários analisados (ruim=56,04% e muito ruim=38,46%), especialmente nos registros clínicos (96%). A adequação dos registros às normas preconizadas foi muito baixa (4,4% e 1,1%), variando conforme parâmetros utilizados, especialmente o início tardio do pré-natal, reduzido número de consultas, inadequação dos procedimentos clínicos (batimentos cardíofetais e altura uterina) e exames recomendados (especialmente, para detecção do HIV, sífilis e infecção urinária). **Conclusões:** o registro em saúde é ferramenta importante para a gestão e melhoria do cuidado longitudinal. Esforços para melhorar as condições estruturais (inerentes ao PEP, como facilidade de manuseio, agilidade, conectividade) e o processo de trabalho das equipes (apoio na implantação PEP; educação permanente e ainda, mais gerais, como tempo de consultas, número de atendimentos, etc) podem resultar em melhoria da qualidade da informação e da atenção perinatal.

Palavras-chave: Informação em Saúde; Registro em Saúde; Prontuário Eletrônico do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Saúde materno-infantil

Abstract

Introduction: In the city of Rio de Janeiro (RJ), there have been substantial changes in the primary health care model, with expansion of the Family Health Strategy (FHS), and in the management model, with monitoring of health indicators generated from 2011, for the Patient Electronic Medical Record (PEP). In this process, there are challenges related to quality of information and its relationship to improved care, particularly perinatal. **Objectives:** To analyze the quality of information produced by FHS professionals in Program Area 4.0 MRJ in attention to prenatal. **Methodology:** A descriptive epidemiological study, with analysis of medical records of women who have made the prenatal (n = 91) by the ESF (with doctors / nurses) in that area of the MRJ and had their deliveries in March 2014 was held active search for information from electronic records, in closed or open fields. We evaluated the completeness (absolute and relative frequencies), according to criteria of Romero and Cunha, the records of all consultations by pregnant women and compared to standards for quality of care, considering the Ministry of Health protocols We studied identification , clinical and laboratory data; care plan. **Results:** there was a high percentage of incompleteness of the charts analyzed (bad = 56.04% and 38.46% = very bad), especially in the clinical records (96%). The adequacy of records to the recommended standards was very low (4.4% and 1.1%), varying according to the parameters used, especially the late onset of prenatal care, reduced number of visits, inadequate clinical procedures (fetal heartbeats and height uterine) and recommended tests (especially for detection of HIV, syphilis and urinary tract infection). **Conclusions:** The health record is an important tool for the management and improvement of longitudinal care. Efforts to improve framework conditions (inherent to the PEP, such as ease of handling, agility, connectivity) and the work process of the teams (support in PEP implementation; continuing education and, more generally, as long queries, number of visits, etc.) can result in improved information quality and perinatal care.

Keywords: Health Information; Registration Health; Electronic Patient Record; Primary Health Care; Health Strategy for the Family; Maternal and child health

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AFU- Altura do Fundo Uterino

AP - Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

BCF - Batimento Cardio Fetal

CAB - Caderno de Atenção Básica

CAP - Coordenação de Área Programática

CF - Clínica da Família

CFM - Conselho Federal de Medicina

CG - Contrato de Gestão

CID - Código Internacional de Doenças

CIINFO - Comitê de Informação e Informática em Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

CMS - Centro Municipal de Saúde

DUM - Data da Última Menstruação

EAS - Elementos Anormais e Sedimentos na urina

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICPC - International Classification of Primary Care

IG - Idade Gestacional

MS - Ministério da Saúde

NV - Nascidos Vivos

ODM - Objetivos Do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OSS - Organização Social de Saúde

PA - Pressão Arterial

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNIS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RES - Registro Eletrônico em Saúde

RMM - Razão de mortalidade materna

SAME - Serviço de Atendimento Médico e Estatístico

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento

SMSDC - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SOAP - Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano

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

SUS - Sistema único de Saúde

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

WHO - World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das mulheres quanto à faixa etária, escolaridade, raça/cor e situação profissional. Pré natal realizado pelas equipes da ESF da AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	50
Tabela 2 - Percentual de registros em PEP dos pré natais realizados pelas equipes da ESF, AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	52
Tabela 3 - Classificação do nível de qualidade do registro em prontuário eletrônico. Pré natal realizado pelas equipes da ESF da AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	55
Tabela 4 - Proporção de procedimentos preconizados na assistência pré natal e sua adequação, conforme índices PHPN e PHPN ampliado. Pré natais realizados pelas equipes da ESF da AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dez passos para o pré natal de qualidade na APS.....	38
Quadro 2 - Relação das unidades de saúde da família da AP 4.0.....	40
Quadro 3 - Distribuição de prontuários encontrados por unidade de saúde.....	46
Quadro 4 - Correlação dos campos de registro do PEP com as variáveis do CAB n.32.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma síntese da população estudada.....	45
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de registros e ausência de registros de dados clínicos em PEP dos pré natais realizados pelas equipes da ESF, AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	53
Gráfico 2 - Percentual de registros e ausência de registros de exames complementares em PEP dos pré natais realizados pelas equipes da ESF, AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	53

Gráfico 3 - Percentual de registros e ausência de registros do plano de cuidado em PEP dos pré natais realizados pelas equipes da ESF, AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	54
Gráfico 4 - Avaliação da completude do registro em prontuário eletrônico, sobre variáveis de dados clínicos nas consultas pré natais realizadas pelas equipes da ESF da AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	55
Gráfico 5 - Avaliação da completude do registro em prontuário eletrônico, sobre variáveis de exames complementares nas consultas pré natais realizadas pelas equipes da ESF da AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	55
Gráfico 6 - Avaliação da completude do registro em prontuário eletrônico, sobre variáveis do plano de cuidado nas consultas pré natais realizadas pelas equipes da ESF da AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	56
Gráfico 7 - Avaliação da completude do registro em prontuário eletrônico, sobre a classificação global nas consultas pré natais realizadas pelas equipes da ESF da AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.....	56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS	19
2.1 GERAL.....	19
2.2 ESPECÍFICOS.....	19
3 JUSTIFICATIVA	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO	23
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	23
4.2 INFORMAÇÃO EM SAÚDE	27
4.3 REGISTRO EM SAÚDE	30
4.4 ATENÇÃO PRÉ NATAL	34
5 MATERIAL E MÉTODOS	39
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	39
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	41
5.4 FONTE E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	41
5.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	42
5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	43
5.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	44
6 RESULTADOS	45
6.1 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURAÇÃO DE CAMPOS PARA REGISTRO NO PEP (VITACARE).....	46
6.2 DESCRIÇÃO DAS MULHERES ESTUDADAS.....	49
6.3 AVALIAÇÃO DA COMPLETUDE DO REGISTRO	50
6.4 ADEQUAÇÃO DO PRÉ NATAL DE ACORDO COM O PHPN E PHPN AMPLIADO	57
7 DISCUSSÃO	59
REFERÊNCIAS.....	69
ANEXOS E APÊNDICES.....	78
ANEXO A - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES.....	78
ANEXO B - TELAS DO VITACARE	79
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	85
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE ÁREA PROGRAMÁTICA.....	95
APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE	96

INTRODUÇÃO

É cada vez mais evidente a importância que a informação assumiu nos mais diversos campos da vida humana. Em um novo modelo de organização, a Sociedade da Informação produz um modo de desenvolvimento social e econômico, onde a explosão vertiginosa da produção da informação e a geração de conhecimentos, desempenha um papel fundamental na produção de riqueza e na contribuição para o bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos. Para isso, é necessário o acesso de todos às tecnologias de informação e comunicação (POLIZELLI; OZAKI, 2008).

Da mesma forma, na área da saúde, as bases propostas para uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) tem como premissa que o uso adequado das informações e das tecnologias da informação possibilita melhorar a saúde da população do país; contudo impõe desafios a gestores e profissionais tais como qualificar, integrar e articular informações em saúde, que subsidiem a formulação e avaliação de políticas e ações de saúde (BRASIL, 2004).

A informação em saúde é percebida e conceituada ao longo da trajetória política do país, sendo modificada pelos modelos de gestão adotados e o pelo grau de interlocução entre governo e sociedade.

Ao longo das décadas, uma abordagem que reduzia a informação às estatísticas cedeu espaço para uma abordagem mais abrangente, que destaca seu potencial em facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas, racionalizando o processo decisório e contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011).

Além desses avanços técnicos, a informação passa a ser entendida como reflexo do contexto político em que é gerada, o que introduz a questão da importância desta para o controle social.

Porém é importante ressaltar que o processo decisório em saúde, no Brasil, ainda é determinado por uma práxis informacional historicamente consolidada, onde se valoriza em demasia a manifestação das patologias. É possível que o processo decisório em saúde também seja determinado nesta mesma ordem, fragmentada e unidirecional, conforme relatado:

"Assim, o aparelho de tomada de decisões se compõe de um complexo de burocracias que operam de modo relativamente autônomo e que têm suas competências, clientela e percepções próprias dos problemas. Daí resulta um modo de tomada de decisão política que fragmenta e retraduz a interdependência dos problemas sociais" (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007, p. 556)

É cada vez maior o debate quanto ao papel da informação para o planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes à saúde pública, conjunto este que vai permitir uma compreensão ampliada do processo saúde/doença/cuidado (BRASIL, 2012b).

A concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) evidencia a "Informação em Saúde" já que os princípios e a legislação que norteiam o sistema enfatizam a importância das informações e indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais (BRANCO, 2001).

A diretriz do SUS de descentralização da gestão dos serviços, fez surgir uma demanda crescente para a descentralização da produção das informações em saúde, com foco no nível municipal. Ao município é atribuído um papel de produtor, organizador e coordenador da informação em saúde da sua região.

As informações são importantes para subsidiar processos de tomada de decisão. A tomada de decisão refere-se à conversão da decisão em ação. Portanto, decisão é uma ação tomada com base na análise de informações (BRANCO, 2001; TANAKA, 2008; MOTA, ALMEIDA E VIACAVA, 2011).

A qualidade, a segurança e a eficiência do cuidado em saúde dependem muito da tomada de decisões corretas. E estas são baseadas em informações adequadas e acessíveis. Desde o início do século 20, os serviços de saúde começaram de modo gradual, a incorporar na sua prática clínica o registro de dados e informação de seus pacientes, surgindo a partir de 1960 os primeiros sistemas eletrônicos de informação hospitalar. (TANG, 2006). Desde então, a informática médica, em paralelo à evolução do conhecimento científico em saúde, tem progredido rapidamente, ajudando a melhorar a prática médica. Neste âmbito, os sistemas eletrônicos de informação – ao permitirem, de um modo mais ágil e seguro que os tradicionais registros em papel, o armazenamento, compartilhamento e gerenciamento de dados clínicos –

têm vindo a assumir um papel cada vez mais relevante no cuidado de saúde. De fato, não só a qualidade da documentação informatizada pode aprimorar o cuidado ao paciente como, ao facilitar a utilização de protocolos clínicos e a pesquisa clínica, propiciar também a geração de novos conhecimentos.

"O registro em saúde é estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, atualmente o registro é considerado critério de avaliação de qualidade da prestação de serviço de saúde, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho" (VASCONCELLOS, 2008).

No município do Rio de Janeiro, ocorreram mudanças importantes no processo de geração de informação nos serviços de atenção primária, frutos de uma reforma no modelo assistencial adotado a partir de 2009.

Desde então, a cidade do Rio de Janeiro é cenário de um processo de expansão da Atenção Primária, com aumento substancial da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 3,5% para 40% em 2013 (OPAS, 2013). Essa expansão faz parte de um novo modelo de atenção focado na atenção primária como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde da cidade do Rio.

Com a expansão, foi modificado o modelo de gestão das unidades de atenção primária, que passaram a ser geridas por Organizações Sociais (OSS) a partir de um processo de contratualização com a gestão municipal. Os novos contratos de gestão firmados entre OSS e Secretaria Municipal de Saúde contemplam um conjunto de indicadores, dentre eles, acesso, desempenho assistencial, satisfação do paciente, eficiência. Além de refletir as condições de saúde da população, os indicadores são usados para avaliação por desempenho e pagamento por performance para a gestão e os profissionais, gerando a necessidade de monitoramento sistemático (SMSDC-RJ, 2012b)

Nesse contexto de mudanças de modelos de atenção e gestão, e também visando a melhoria da qualidade do registro, a partir de 2011, o município do Rio de Janeiro tornou obrigatório nos contratos de gestão a aquisição por parte das OSS do prontuário eletrônico do paciente (PEP) para todas as unidades de atenção primária onde está inserida a estratégia de saúde da família (ESF). No entanto, a escolha foi decisão da OSS, o que causou a multiplicidade de PEP, por leis de mercado, num processo fragmentado. Cada Organização Social possui um prontuário eletrônico, o que dificulta a coordenação do cuidado. Apesar de

toda uma área programática possuir o mesmo prontuário, o que tornaria possível a coordenação, os outros níveis de atenção (Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, policlínicas,...) não utilizam o prontuário eletrônico ou mesmo quando o utilizam, estes não se integram.

Outra dificuldade enfrentada no cotidiano das unidades de saúde com PEP é que embora tenha existido capacitação inicial, são ainda rudimentares as ações de supervisão para apoio às questões surgidas no cotidiano do trabalho, para novos campos e ações incorporadas e inclusive suporte aos novos profissionais; apoio continuado para informação e uso da tecnologia da informação em saúde.

O prontuário eletrônico é então, desde 2011, o instrumento de registro de todos os profissionais inseridos na ESF para produção, compartilhamento e análise dos dados para planejamento das ações em saúde. O prontuário informa dados de produção ambulatorial, cadastro de usuários, acompanhamento de grupos vulneráveis (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de dois anos...), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) mensal e indicadores de desempenho trimestral. Por possibilitar esta maior abrangência de informações, tornou-se, desde então, um instrumento fundamental para a gestão do cuidado.

Considerando que a integralidade, o vínculo longitudinal e o cuidado singular são atribuições de uma APS robusta (GIOVANELLA, 2012), a atenção a grupos vulneráveis é indicativa de uma atenção efetiva, que promova acesso e qualidade da atenção. Dentre as ações prioritárias para desempenho pela ESF, a atenção pré natal ganha importância porque são cuidados que requerem tecnologias acessíveis, factíveis e que causam grande impacto na saúde do binômio mãe-filho.

Evidenciam-se, no Brasil, indicadores perinatais ainda preocupantes. Embora a mortalidade materna tenha reduzido desde 1990, no século XXI, o país ainda tem situação epidemiológica inaceitável para óbitos maternos. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos. Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990. (WHO, 2012)

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. No entanto, a qualidade da assistência pré natal é questionada quando um estudo (MALTA et al, 2010) 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 evitáveis no período, com exceção daquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal.

As causas de mortalidade infantil evitáveis por uma adequada atenção à mulher na gestação e parto estão relacionadas às 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 hemolíticas (MALTA et al, 2007). 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 ocorrência (MALTA et al, 2010).

Em 2011, o MS normatiza os protocolos e fluxos assistenciais entre a rede básica e à maternidade, em uma rede temática denominada Rede Cegonha. Esta iniciativa tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil a partir da organização e qualificação dos serviços de atenção à gestante e à criança até 24 meses (BRASIL, 2011b). 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 reprodutivo (BRASIL, 2011b).

O município do Rio de Janeiro diante dos desafios da qualidade da atenção prestada, da desorganização na oferta de serviços, da fragmentação da assistência entre o pré-natal e o parto, e da indefinição dos sistemas de referência e contrarreferência, lançou em 2010 e implantou a partir de 2012, o Programa Cegonha Carioca sendo considerado um dos principais indutores da Rede Cegonha. 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. Outros objetivos são a 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 (SMSDC-RJ, 2010). Para o enfrentamento dos problemas

destacados, o programa traz como principais bandeiras a vinculação à maternidade de referência desde a primeira consulta, e a disponibilização de transporte para o parto.

Um possível paradoxo no município do Rio de Janeiro refere-se à ampliação da cobertura do pré-natal e do acesso ao parto hospitalar e a ainda incipiente melhoria em vários desfechos perinatais, como as taxas elevadas de agravos como sífilis congênita que poderiam ser evitados com uma assistência à saúde adequada (DOMINGUES, 2012).

A RMM no município do Rio apresentou pequenas variações de 2000 a 2011. No ano 2000 a RMM era de 59,69 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos e em 2011 era de 58,62 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil é de 12,5 óbitos para cada 1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade neonatal precoce proporcional corresponde a 45,76% do total de óbitos infantis (SMSDC, 2012c).

Na referida cidade, o aumento da cobertura pela ESF aconteceu de forma gradual nos últimos cinco anos e ampliou o acesso aos serviços primários de saúde. No entanto, a melhoria da qualidade ainda é um desafio para o município, visto que é um processo mais lento, que envolve investimento em formação, provisão efetiva de médicos nas equipes e melhoria do registro dentre outros.

Além dos dados de mortalidade, também é desanimadora a taxa de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro. Entre janeiro de 2008 e outubro de 2013, foram diagnosticados e notificados 6.064 casos de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro (SMS-RJ, 2013b). Isso representa uma incidência de cerca de 9,2 casos para cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2013, número muito acima da incidência no Brasil de 3 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Apesar da ampliação do acesso à APS há ainda uma grande proporção de gestantes no RJ sem cuidado pré-natal adequado, haja vista o número insuficiente de gestantes que iniciaram o pré natal no primeiro trimestre (10,2% e 23,8%, respectivamente nos anos de 2013 e 2014), segundo dados da SUBPAV. Além dos casos crescentes de sífilis congênita.

Este crescimento de casos de sífilis congênita não ocorre à custa de aumento de taxa de natalidade, a qual se mantém constante no RJ, nem parece ser à custa de maior notificação, já que grande intervenção para melhoria da notificação de sífilis congênita foi realizada junto às maternidades cariocas na metade da primeira década do século XXI. No entanto, é importante ressaltar que, no período 2010- 2011, há um crescimento na identificação de casos de sífilis em gestantes, ultrapassando pela primeira vez o número de casos de sífilis congênita. Esse fato indica que a ampliação da APS possa ter uma contribuição no aumento do diagnóstico de sífilis em gestantes que, se tratadas oportuna e adequadamente, pode impedir um avanço ainda maior nos casos de sífilis congênita (OPAS, 2013).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso (BRASIL, 2012a).

Para a garantia de uma assistência pré natal efetiva são necessárias práticas que fortaleçam o vínculo da gestante com a unidade de referência e garantam o atendimento periódico e contínuo, bem como o acesso a medicamentos, exames e vacinas. Para que tais práticas sejam desenvolvidas faz-se necessário recurso humano qualificado, para acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social, área física e equipamentos adequados, além de instrumentos de registro, processamento e análise dos dados para permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério. As práticas devem ser embasadas nos princípios do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) implantado pelo MS em 1984 e do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) implantado no ano de 2000. Este último 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. Os cadernos de atenção ao pré natal vieram atualizar os protocolos já existentes. Em 2005, o Ministério da Saúde publica a quarta edição revisada e ampliada do Manual Técnico de atenção ao pré-natal e ao puerpério, com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde (BRASIL, 2005).

Visando contribuir para contínua melhoria no acesso e da qualidade da atenção básica, o MS publicou o Caderno de Atenção Básica (CAB) número 32 - Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco (Brasil, 2012a). Esse manual está inserido no âmbito do componente pré natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipe de atenção básica na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Para tanto, este caderno aborda desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde e aspectos do planejamento, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto, até

as questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério (BRASIL, 2012a).

Um registro de qualidade é fundamental para atender aos objetivos do MS propostos no CAB 32, já que a qualidade da assistência está diretamente relacionada com a qualidade do registro (DONABEDIAN, 1988).

Em 2014, após os três anos de utilização do PEP pelas equipes de saúde da família na cidade do Rio, pode-se supor que ainda existam dificuldades no registro das informações geradas no cotidiano do trabalho, como sub-registro de campos essenciais para qualidade do cuidado, não sinalização de sinais clínicos/sociais importantes para avaliação de riscos, inclusive em grupos prioritários para a atenção, como durante o pré-natal. Tomando como evento traçador o acompanhamento da gestação na APS, pode-se supor ainda que a má qualidade do registro das informações no prontuário da gestante compromete o cuidado prestado a essas usuárias, dificultando a utilização de informações pelas próprias equipes no planejamento e tomada de decisões coletivas, além de comprometer seriamente a longitudinalidade.

Diante dos conteúdos apresentados, delineou-se o presente estudo, cuja pergunta norteadora é como a implantação do PEP influenciou o registro em saúde, especialmente num grupo – gestantes - cujo cuidado é prioritário e está bem delineado numa linha de cuidado?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a qualidade da informação produzida pelos profissionais das equipes de saúde da família da Área Programática (AP) 4.0 do município do Rio de Janeiro, considerando o registro em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), tomando-se como evento traçador, a atenção ao pré-natal.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a presença de campos fechados ou abertos para registro no PEP adotado na área, de forma a possibilitar a construção de indicadores estabelecidos para as boas práticas clínicas recomendadas no protocolo de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (MS).
- Avaliar a completude do registro eletrônico das informações referentes à atenção ao pré-natal pelas equipes de saúde da família.
- Comparar os indicadores de acompanhamento clínico registrados durante as consultas de pré-natal por médicos e enfermeiros com aqueles parâmetros preconizados no protocolo/MS, como indicativos da qualidade da assistência prestada.

3 JUSTIFICATIVA

Como produto de um mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde, que tem como objeto de estudo aspectos relacionados ao cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, este estudo se justifica pelas recentes mudanças ocorridas no município do Rio de Janeiro no que se refere ao modelo de atenção e gestão da APS. O modelo de atenção centrado na ESF se expande, de modo a se tornar porta de entrada principal do sistema de saúde; as unidades básicas passam a ser gerenciadas por OSS, em novo modelo de gestão baseado em indicadores e metas estabelecidas pelo município por um contrato de gestão. No escopo de tal contratualização das ações de saúde entre gestores-trabalhadores, foi introduzido o prontuário eletrônico do paciente como instrumento de registro de todas as atividades profissionais e gerenciais da ESF, de forma a permitir o monitoramento e avaliação da atenção a grupos prioritários definidos pelo gestor municipal, destacando-se a atenção a gestante.

Ainda neste cenário, apesar das mudanças recentes, persistem no quadro epidemiológico municipal, indicadores perinatais preocupantes (RMM, mortalidade infantil e sífilis congênita), que se mantiveram estáveis ou pouco mudaram nos últimos anos. Um estudo sobre a expansão da ESF no Rio de Janeiro (OPAS, 2013) constatou que ainda é necessário que haja qualificação dos profissionais e dos processos de trabalho para que impactos sejam percebidos nos indicadores de saúde do município, especialmente nos que estão diretamente relacionados à atenção ao pré natal.

Durante sete anos de atuação como médica de família na área programática 4.0 vivenciei as mudanças no modelo de atenção e gestão da APS. Ao iniciar minha prática na rede municipal do MRJ, a ESF era modelo incipiente, sendo o dominante, aquele centrado na atenção básica tradicional com generalistas, ofertada nos grandes centros de saúde. Eram poucas equipes da ESF para um grande número de famílias cadastradas com limitações estruturais importantes, como a infraestrutura das unidades e o reduzido número de profissionais (especialmente médicos). Além disso, as equipes eram responsáveis por fazer a gestão local com o apoio de um grupo de profissionais da CAP (Coordenação de Área Programática). Acumulavam essa atividade com a função assistencial gerando uma sobrecarga de trabalho. Havia falta de insumos e medicamentos e uma desestruturação de

fluxos para conformação da Rede de Atenção à Saúde. As unidades eram administradas por ONGs, associação de moradores, fundações e cooperativas, e os insumos e equipamentos eram adquiridos diretamente pela SMS. Após o diagnóstico de que a morosidade nessas aquisições inviabilizaria novas expansões, as ONGs assumiram também tais atividades, mantendo-se a gerência técnica na SMS. No entanto, as equipes possuíam maior autonomia para organizar e planejar seus processos de trabalho de acordo com a realidade de cada território.

A partir de 2009, com início da atuação das OSS (Organizações Sociais), essas passaram a assumir todas as funções administrativas e firmaram com a SMS (Secretaria Municipal de Saúde) um contrato de gestão onde se impõem uma lista de indicadores que avaliam a gestão, as unidades e o processo de trabalho das equipes. Esses indicadores apresentam metas que não foram pactuadas com os profissionais das equipes e que não são flexíveis para cada realidade. A infra estrutura foi modificada e começaram a ser construídas as Clínicas da Família que são espaços mais bem equipados e organizados. As equipes passaram a ter gestores locais, também chamados de gerentes técnicos. O sistema de referência e contra-referência foi formalizado e descentralizado, fortalecendo a integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, atributos essenciais da APS.

A partir de 2010, o prontuário eletrônico foi considerado item obrigatório no contrato de gestão das OSS. Sua implantação ocorreu de forma rápida e na AP 4.0, a partir de meados de 2011, já estava sendo utilizado pelas equipes. O PEP implantado na AP 4.0 é de origem portuguesa, que tem um modelo de APS médico centrado. Por isso, foram necessárias diversas adaptações para a realidade do modelo brasileiro. Mudanças na estruturação dos campos, não apenas pelas normativas do MS/Brasil, mas também para atender às várias exigências de modificações a cada renovação de contrato e pactuação de indicadores.

O treinamento para uso dessa nova tecnologia também passou por dificuldades. Na minha experiência, pude observar que houve pouco tempo para os treinamentos. Estes eram feitos com muitos profissionais ao mesmo tempo, sem a continuidade ou a presença de apoiadores da área da informática e informação para auxílio nas questões práticas, cotidianas.

Durante os últimos três anos pude participar de algumas reuniões mensais da comissão de óbitos materno-infantis na Coordenação de Área Programática (CAP). Nessas reuniões eram discutidos os processos de cuidado durante o pré natal, parto, puericultura no primeiro ano de vida e assistência durante a patologia que levou ao óbito. Também era colocado em discussão se a causa do óbito era evitável ou não. E o que me deixava surpresa, era que na maioria das vezes a causa da morte era evitável e as falhas no processo de cuidado estavam

distribuídas pelos diferentes níveis de atenção acessados pelo usuário. Era nítida a falta de informação nos prontuários, o que dificultava a avaliação da gestão do cuidado e as posteriores sugestões de modificações nos processos de trabalho. Essa limitação era encontrada mesmo após a implantação do PEP.

Apesar do PEP ter a vantagem de facilitar a geração de informações de forma mais ágil e confiável, existe uma tensão entre a produção de informações que qualificam o cuidado e a preocupação com o preenchimento de campos do prontuário que gerarão relatórios de prestação de contas das variáveis do contrato de gestão.

Partindo do pressuposto de que a qualidade do registro está diretamente relacionado com a qualidade da assistência prestada e que a experiência da pesquisadora revela dificuldades no registro das informações no cotidiano do trabalho, delineou-se o presente estudo. Acredita-se que este possa contribuir para qualificar a produção e o uso das informações utilizadas pela ESF na cidade do Rio de Janeiro relacionados ao pré natal, promovendo, assim, melhores desfechos maternos e perinatais que serão refletidos nos indicadores de saúde afins.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

"Atenção primária em saúde refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de atenção básica à saúde. A atenção básica constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS" (GIONANELLA, 2012).

Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA, 2012).

Barbara Starfield (2002) definiu como atributos essenciais dos serviços de atenção primária a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Nessa concepção, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais.

A expansão e qualificação da atenção primária no Brasil é organizada pela Estratégia de Saúde da Família que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde que assumem a responsabilidade sanitária de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

Desde 2006, com a edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ampliou-se o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária abrangente.

"Nas proposições de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de

assistência sanitária - que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação - e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. Esta interpretação de Atenção Primária à Saúde, denominada de abrangente ou ampliada, corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado centrado na Atenção Primária à Saúde com garantia de atenção integral" (GIOVANELLA, 2008).

Reafirmando essas diretrizes e atributos, destaca-se a reedição da PNAB (BRASIL, 2011a), que trouxe flexibilidade ao modelo de atenção básica, considerando às diferentes realidades brasileiras.

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Desde o seu início em 1994, apresentou um crescimento expressivo, principalmente nos últimos anos. Saindo de 4,4% de cobertura populacional no Brasil em 1998 para 56,4% em 2013 (BRASIL, 2015).

Um dos desafios do SUS é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

Considerado um dos atributos essenciais, a integralidade da atenção amplia o escopo de ações do modelo de atenção primária proposto para a ESF, modificando o foco das ações centradas principalmente nos saberes médicos, na assistência clínica e nas práticas curativas. Com a incorporação de ações de promoção da saúde, prevenção, cuidado e reabilitação no cardápio de ofertas da ESF, efetiva-se uma atenção integral, práticas que exigem uma mudança do modelo assistencial e a reorganização do processo de trabalho, que passa a ser estruturado no saber interdisciplinar, a partir de uma equipe multiprofissional (MEHRY, 2003).

Interpretar a essência dos processos de trabalho em saúde é a condição para compreender a dinâmica dos processos de cuidado. Para isso é preciso uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos seus processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção de saúde (FRANCO, 1999)

Estes novos fazeres e práticas se materializam em “tecnologias de trabalho”, usadas para produzir saúde. Tecnologias, aqui, entendidas como “o conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo” (MERHY, 1997). Este conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas,

como tecnologias duras e leve-duras, respectivamente, lugares próprios do “trabalho morto”. Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato, como na produção de relações, tão fundamentais para o trabalho em saúde, que é essencialmente um trabalho intercessor (MERHY, 1997).

Esta função criativa e criadora a partir das relações é operada por “tecnologias leves”, no território onde se inscreve o “trabalho vivo em ato”. Segundo Mehry (1997), o “trabalho vivo em ato” é aquele que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza, no imediato fazer a produção do serviço.

O referido autor descreve ainda que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, como por outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, articulando de forma exata “seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém” (MEHRY, 1998). Os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em “relações intercessoras com os usuários” produzem o cuidado.

Portanto, importantes obstáculos se interpõem na mudança de modelo assistencial, indicando que é necessário alterar muito mais do que estruturas, “deve-se modificar o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados” (FRANCO,1999).

Diante das questões levantadas por esses autores, fica clara a ideia de que os trabalhadores que atuam na ESF devem trocar conhecimentos, construir novos saberes, compartilhar decisões. Dessa forma é possível que cada profissional use seu potencial na relação com o usuário para juntos realizarem a produção do cuidado.

Essa modificação no processo de trabalho baseado em “tecnologias leves”, mesmo que para a produção do cuidado sejam necessários o uso das outras tecnologias, permite um remodelamento da assistência à saúde que coloca em prática os atributos da ESF (MEHRY, 1997).

O registro das informações em saúde, por meio de prontuários clínicos e administrativos é uma tecnologia mais sofisticada que vem sendo utilizada mundialmente para qualificar as práticas na atenção primária, facilitando a integração das informações com outros níveis do sistema de saúde. Contudo, é uma ferramenta que pode facilitar ou prejudicar o trabalho dos profissionais, dependendo de características do próprio instrumento (PEP adequado às normas e ao modelo de atenção utilizado), da forma de organização do trabalho e/ou das aptidões individuais dos profissionais.

No caso do Rio de Janeiro, a implantação do PEP nas UBS se deu de forma concomitante à expansão do modelo de atenção centrado na saúde da família, uma transição muito rápida que exigia dos profissionais e gestores locais, não apenas se apropriar de novos processos de trabalho deste novo modelo, como também incorporar a cultura e as particularidades do registro eletrônico, em um também novo prontuário. Certamente, seriam necessários apoio técnico e pedagógico para efetivar tamanhas mudanças. Se o profissional não se apropria de tal tecnologia de informação e comunicação em saúde (o PEP), não dimensiona e nem valoriza seu potencial de uso para melhoria da produção do cuidado, e consequentemente, há o risco de não utilizá-la plenamente.

As mudanças recentes no modelo de gestão e atenção do MRJ não foram apenas quantitativas, quer do ponto de vista da cobertura da ESF, quer do volume de financiamento municipal para APS. Havia uma indução que apontava como essencial, que as mudanças gerassem maior qualidade na atenção; muito embora, avaliação realizada por Harzein et al (2010) aponte que ainda há lacunas para avançar nesse objetivo. A SMS-RJ investiu em melhorias estruturais e de provisão de recursos humanos na ESF ao criar as “Clínicas da Família”. Estas são unidades de saúde estruturalmente bem concebidas, confortáveis, com consultórios clínicos, consultórios odontológicos e espaços para ações coletivas, equipadas adequadamente (medicamentos, equipamentos como computadores com acesso à internet, impressoras), com insumos essenciais para a APS (sonar, balança adulto e pediátrica, esfigmomanômetro, fita métrica, termômetro), além de inovações tecnológicas já citadas, como prontuários eletrônicos. Além disso, investiu-se na melhoria de remuneração dos profissionais, especialmente médicos, provendo condições para atrair e fixar profissionais de saúde que optaram pela atenção básica, inclusive com formação especializada – como as residências e especialização em saúde da família.

Portanto, pode-se concluir que as mudanças estruturais já estão acontecendo no MRJ de forma a efetivar o modelo de APS integral e robusta (GIOVANELLA, 2012). Contudo, pode-se supor que ainda é preciso melhorar a qualidade da atenção, incorporando novos processos, para que os resultados possam causar impacto na situação de saúde, mensurada nos indicadores epidemiológicos.

Considerando os pilares da qualidade, Donabedian (1988) aponta que para estimar a qualidade dos serviços, cabe realizar a análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando o estudo dos processos como a melhor forma de investigar-se o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência.

4.2 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O termo informação, segundo o dicionário Houaiss, tem entre suas acepções, as seguintes: a) comunicação ou recepção de um conhecimento ou juízo; b) o conhecimento obtido por meio de investigação ou instrução; esclarecimento, explicação, indicação, comunicação, informe; c) acontecimento ou fato de interesse geral tornado do conhecimento público ao ser divulgado pelos meios de comunicação; notícia; d) conjunto de atividades que têm por objetivo a coleta, o tratamento e a difusão de notícias junto ao público; e e) conjunto de conhecimentos reunidos sobre determinado assunto. No que se refere à etimologia, o termo informação origina-se do latim *informātiō*, *ōnis* que significa “*ação de formar, de fazer, fabricação; esboço, desenho, plano; ideia, concepção; formação, forma*” (Houaiss, 2008, grifos nossos).

Para refletir sobre a expressão "Informação em Saúde" podemos nos remeter à necessidade existente, desde a antiguidade, do ser humano comunicar algo a alguém (ou a alguma coletividade) sobre sua própria saúde ou sobre a saúde de alguém (ou de algum grupo de pessoas) a ele relacionado. Ou seja, preliminarmente, a informação em saúde pode ser pensada como um compósito de transmissão e/ou recepção de eventos relacionados ao cuidado em saúde.

Nos tempos atuais, a expressão "Informação em Saúde" congrega vários outros termos e múltiplas dimensões, podendo ser tomada, portanto, por um constructo. Daí termos, de forma esquemática, segundo Moraes (2007), a possibilidade de observar a Informação em Saúde como subsídio para o próprio setor saúde: na administração; na assistência; no controle e avaliação; no orçamento e finanças; no planejamento; nos recursos humanos; na regulação; na saúde suplementar; no geoprocessamento em saúde; e na vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental).

Para Branco (2001), a informação em saúde é aquela produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento, envolvendo as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais para a tomada de decisão.

Existe uma infinidade de significados que variam de acordo com a opinião, intenção, interesse, conhecimento e visão de mundo de quem está utilizando a expressão.

Diante de tantas definições, descrições e representações, destaca-se a importância da Informação em Saúde ser utilizada para apoiar a decisão e o exercício do controle social,

reduzindo a incerteza das ações. Esta é considerada um bem valioso, principalmente em face da complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado que ocorrem nas comunidades, bem como os problemas contemporâneos a serem superados (MORAES; GONZALEZ DE GÓMEZ, 2007). No entanto, para que a informação exerça toda a sua potencialidade é importante que se supere a fragmentação que, ainda nos dias de hoje, vem sendo a lógica que estrutura a gestão pública da informação em saúde no nosso país.

Para dar cumprimento à atribuição conferida ao Ministério da Saúde pela Lei Orgânica da Saúde de criar um Sistema Nacional de Informação em Saúde e diante da demanda por avaliação sobre estas informações em um complexo mosaico que fontes de dados municipais, estaduais e federais, foi elaborado em 2004 um texto propositivo para a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Este documento representa uma proposta de reflexão acerca de experiências e pontos de vista de diversos atores envolvidos na implementação e controle social do SUS, 14 anos após sua criação (BRASIL, 2004).

Em consonância com a noção de e-Saúde, introduzida pela OMS em 2005, referindo-se ao uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) para a saúde, contemplando desde a assistência até a capacitação da força de trabalho neste setor, a revisão desta política foi enriquecida com o acúmulo e levantamento de experiências internacionais ao longo de oito anos, com nova publicação em 2012. Em suas diretrizes, a PNIIS (2012) reforça no uso de TIC, trazidas a efeito a partir de uma série de ações no âmbito do e-Saúde e envolvendo, por exemplo, a criação de Registros Eletrônicos em Saúde (RES). Trata-se de uma possibilidade de concretização de princípios doutrinários do SUS, como equidade, na gestão do cuidado em saúde em seus diversos núcleos – promoção, vigilância, assistência –, contribuindo também na qualificação da gestão do sistema (BRASIL, 2012b).

No século XXI o setor da saúde encontra-se envolto à necessidade de encontrar respostas para diversos questionamentos emergentes, oriundos de mudanças nos paradigmas e modelos de saúde. A informação em saúde, tida como um bem valioso, principalmente quando se considera aspectos tão complexos como os processos saúde-doença-cuidado, pode ser considerada ainda restrita a alguns grupos, sendo extremamente frágil e desorganizada em seu gerenciamento e recursos no setor público.

A utilização de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) surge como um recurso para a gestão estratégica em saúde. Espera-se que estes sistemas apoiem a organização administrativa e clínica das consultas, a coleta de dados, o armazenamento, o processamento das informações dos pacientes, o auxílio ao diagnóstico, a prescrição dos medicamentos e

cuidados adequados a cada situação em que o paciente estiver envolvido (MARIN, 2010; GUTIERREZ, 2011).

Porém, o que se pode observar é que no Brasil, o SIS ainda é determinado por uma práxis informacional de valorização de determinadas informações em detrimento de outras (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007). Esta práxis encontra-se fundamentada fortemente no modelo biomédico hegemônico, onde há valorização das doenças (causas de adoecimento, morte) em detrimento do sujeito, fazendo com que o processo decisório em saúde desconsidere a interdependência da autonomia dos sujeitos e de seu contexto social.

A promulgação de uma política como a PNIIS (2012b) representa uma importante iniciativa no sentido de facilitar integração entre os diversos níveis de atenção à saúde em âmbito nacional, na medida em que aponta diretrizes para estabelecimento do sistema nacional de informação em saúde (SNIS), traduzido na criação de órgãos responsáveis pela elaboração, processamento, regulamentação de tecnologias como Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO) e Registros Eletrônicos em Saúde e a criação de mecanismos para garantir a confidencialidade e segurança da informação. Prevê ainda, a capacitação de trabalhadores do SUS para o uso destas tecnologias em todas as unidades, assegurando a facilidade de acesso às informações, o reforço dos espaços e ações de educação permanente; a aproximação com os usuários, para efetivar o controle social previsto como diretriz operacional do SUS, em um contexto atual de crescente participação comunitária em conselhos gestores, em instâncias centrais, veículos de ouvidoria e atendimento aos cidadãos.

O principal desafio ao uso de informação como ferramenta de integração – objetivo da PNIIS – é a existência de diferentes paradigmas pelos quais o processo saúde-doença é compreendido entre os diferentes níveis do sistema de saúde, sendo contra hegemônico aquele sobre o qual se constroem as práticas na atenção primária. Outra questão conflituosa na PNIIS (2012b) é que ela valoriza o imperativo tecnológico como solução para os problemas informacionais e acaba permitindo uma abertura para o mercado privado de tecnologias da informação no setor público de saúde. Essas tecnologias além de possuírem um custo elevado, contribuem para o sucateamento e fragmentação dos espaços de gestão pública da informação em saúde, desencadeando o aprisionamento a empresas que possuem um fim único, o lucro (MORAES; GONZÁLEZ GÓMEZ, 2007).

Trazendo essas reflexões para o cenário do estudo, no Rio de Janeiro apesar da terceirização da tecnologia da informação com o advento dos prontuários eletrônicos na atenção primária, percebe-se uma melhora no processamento da informação nos últimos anos.

Os prontuários além de alimentarem o Sistema de Informação da Atenção Básica, produzem informações que visam atender às demandas dos gestores municipais (SMS). No contrato de gestão (CG) consta a produtividade esperada das equipes (quantidade e tipo de atendimento de cada categoria profissional) e os indicadores e metas de desempenho a serem cumpridos pela gestão da OSS (indicadores gerenciais) e pelos profissionais de saúde (indicadores assistenciais).

No entanto, não existe participação nem das OSS, nem dos profissionais de saúde na definição dos indicadores e metas do contrato de gestão. Isso implica numa redução do potencial da contratualização, como um modelo que pretende por meio do planejamento conjunto e de um modelo de gestão negociado, alcançar melhores padrões de desempenho. O desejável seria a participação dos profissionais e a contratualização interna entre eles e os gerentes das CF, com a negociação de indicadores e metas próprias e adequadas à especificidade local que depois seriam pactuadas com as CAP.

4.3 REGISTRO EM SAÚDE

Segundo Marin, Massad e Azevedo Neto (2003), no final do século XVIII, o prontuário ou registro médico passou a ser visto como uma atividade inerente à prática médica, sendo parte das transformações do conhecimento e das práticas médicas que caracterizaram o advento da medicina moderna. Tornou-se diferente, portanto, na forma, conteúdo e significado dos registros elaborados pelos médicos, que anteriormente, se caracterizavam pelo relato de casos, sem padrão definido, e que visavam registrar aqueles casos considerados excepcionais e que não deveriam ser esquecidos.

Entretanto, os autores explicam que o prontuário em papel já vinha sendo utilizado há muitos anos. No século V a.C. os médicos foram estimulados por Hipócrates a fazerem seus registros por escrito, com o objetivo de refletir de forma exata o curso da doença e a indicar as suas possíveis causas. Até o início do século XIX, os prontuários eram escritos a partir do que os médicos viam, ouviam e sentiam e se constituíam de um documento único, contendo as informações de todos os pacientes, organizados em ordem cronológica dos acontecimentos.

O prontuário individual teve sua origem em 1907, na Clínica Mayo, nos Estados Unidos, quando foi adotado o registro individual das informações dos pacientes que passaram a ser arquivados separadamente, surgindo assim o prontuário centrado no paciente.

"A necessidade do registro de todos os encontros entre médicos e pacientes decorre de uma mudança profunda na compreensão da natureza da doença, pensada agora como um processo e só passível de ser diagnosticada através da observação sistemática, minuciosa e constante dos sintomas e sinais [...] relatados e apresentados pelos pacientes" (MASSAD, MARIN e AZEVEDO NETO, 2003, p. 39).

Conforme explicam Massad, Marin e Azevedo Neto (2003, p. 43): “prontuário vem do latim ‘promptuarium’, que significa lugar onde se guardam ou depositam as coisas de que se pode necessitar a qualquer instante”. O prontuário constitui-se em elementos essenciais para o desenvolvimento da atenção aos pacientes, para a pesquisa e para a administração da área de saúde.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da resolução no. 1638/2002, define o prontuário médico:

"Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimento e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo".

O suporte impresso foi por muito tempo o único dispositivo utilizado para armazenar as informações deste tipo de documento. Nas últimas décadas o surgimento e proliferação das novas tecnologias contribuíram para que isso fosse mudado. Já no final da década de sessenta, surgiram valiosas iniciativas rumo à criação de modelos de Prontuário Eletrônico do Paciente. A Duke University Medical Center criou o TRM (The Medical Record) e a Harvard Medical School o COSTAR (Computer Stored Ambulatory Register).

Neste contexto, destaca-se o estudo feito pelo Institute of Medicine da National Academy of Science, intitulado “*The Computer-Based Patient Records: an essential technology for health care*”. O estudo além de recomendar o uso do PEP, apresenta várias discussões sobre tal utilização e enfatiza que o sucesso deste tipo de Sistema de Informação é determinado por muitos fatores, entre eles, a educação dos médicos nas universidades no que diz respeito ao treinamento junto aos Sistemas de Informação computadorizados e ao PEP.

O CFM, através das resoluções 1638/2002 e 1639/2002 aprovou em julho de 2002 a utilização do PEP. A visão de prontuário médico permanece, contudo seu conceito passa a

incluir não somente o documento tradicional em papel, mas também o registro em suporte eletrônico

O PEP pode ser definido como o prontuário clínico armazenado em meio eletrônico e é um termo largamente utilizado na informática em O Institute of Medicine (IOM, 1997) define o PEP como “um registro eletrônico que reside em um sistema projetado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como links para bases de conhecimento médico”.

Para Cunha & Silva (2005), os registros eletrônicos ganham importância fundamental pela possibilidade oferecida, por exemplo, pelos bancos de dados, nos quais uma única informação possibilita, com o cruzamento dos dados, o atendimento às diferentes necessidades de informação.

Moraes (2002) cita que a informação em saúde, nas últimas décadas do século XX, vem mudando sua imagem. Antes, quando se fazia referência à informação em saúde, a ideia que vinha à mente era a dos grandes arquivos localizados nos Serviços de Arquivo Médico e Estatístico (SAMEs), que eram setores vistos como um espaço monótono, repetitivo e muitas vezes empoeirados. Os prontuários clínicos, quando existiam, eram associados a um emaranhado de papéis riscados, pois as letras dos médicos, em geral, assemelham-se a riscos que somente o próprio médico consegue traduzir. Hoje em dia, com a implantação do prontuário eletrônico, a tendência é que os espaços onde se processam as informações sejam cada vez mais claros e bem refrigerados, devido às necessidades dos computadores e seus periféricos.

Para Possari (2005), o PEP é, ao mesmo tempo, objeto e processo, visto que descreve e registra toda a cadeia de eventos desde a entrada do paciente no sistema até os serviços médicos prestados, como procedimentos, prescrições e exames. A sua proposta básica é reunir os diferentes tipos de informações relativas ao estado de saúde e à assistência prestada ao paciente, durante todo seu tempo de vida

Segundo Marin; Massad; Azevedo Neto (2003) as vantagens do prontuário em formato eletrônico são:

- Acesso remoto e simultâneo
- Legibilidade
- Segurança de dados
- Confidencialidade dos dados do paciente
- Integração com outros sistemas de informação
- Processamento contínuo dos dados

- Assistência à pesquisa
- Relatórios
- Dados atualizados

Algumas desvantagens importantes devem ser mencionadas. McDonald e Barnett (1990) relatam que constituem desvantagens:

- Necessidade de grande investimento de hardware e software e treinamento.
- Os usuários podem não se acostumar com os procedimentos informatizados.
- Estar atento a resistências e sabotagens.
- Demora para ver os resultados do investimento.
- Sujeito a falhas tanto de hardware quanto de software; sistema inoperante por minutos, horas ou dias que se traduzem em informações não disponíveis.
- Dificuldades para a completa e abrangente coleta de dados

O registro em saúde é estratégico para decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional. Segundo Vasconcellos (2008), "o registro em saúde destina-se ainda ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais"

Um dos formuladores de grande importância na área da informação e avaliação em saúde, Donabedian (1988) considera que a "qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho". Adams et al (2003), estudando centros de saúde pediátricos, relataram associação direta entre uso de registro em saúde e melhoria da qualidade do cuidado. Scochi (2004) é outro autor que faz essa associação estudando o serviço ambulatorial da cidade de Maringá.

Apesar dessa concepção, no Brasil, estudos sobre registro das informações nos serviços de saúde apontam a baixa qualidade do registro em saúde (VASCONCELLOS, 2008; TANAKA, 1995; SCOCHI, 1994; LOTUFO & DUARTE, 1987; MODESTO et al, 1992; MUNHOZ JR et al, 1997).

A falta de registro, segundo Tanaka (1995), reflete uma deficiência na execução e na resolução da assistência, pois pode ser que o registro não tenha sido feito por "falta de tempo" e/ou pelo não reconhecimento da importância desse registro.

Heymann et al (2005) sugerem a estruturação do registro eletrônico em saúde em campos obrigatórios para melhorar a efetividade de *screening* de pressão arterial.

Outra revisão da literatura sobre melhoria da qualidade de dados na APS encontrou poucos estudos e ausência de padrões de análise, sugerindo que o empenho na completude do registro parece ser o primeiro passo na melhoria de sua qualidade (VASCONCELLOS, 2008).

A qualidade dos dados e informações dependem de atributos como: cobertura, completude, confiabilidade e validade. Outros atributos importantes na avaliação da qualidade de dados e informações incluem: acessibilidade, oportunidade, consistência e rastreabilidade (LIMA, 2009).

Cobertura significa que todos os indivíduos de uma base populacional foram alcançados pelo processo de registro. Completude dos dados indica o grau de preenchimento dos campos dos formulários de coleta com valores não nulos. A proporção de campos com dados ausentes ou ignorados dá a medida do grau da incompletude. A baixa completude compromete a análise e a interpretação. A confiabilidade é o grau em que dados e informações medem o que se pretende medir. Validade é o grau de concordância entre medidas distintas (LIMA, 2009).

A A.P 4.0, que é a área onde foi realizada a pesquisa, utiliza desde 2011 o software da empresa *Vitacare*. O sistema funciona com servidores locais e não necessita de link de internet para o seu funcionamento. As informações são enviadas a um *datacenter* uma vez ao dia. Este servidor central consolida todas as informações da área, gerando relatórios.

No que tange à atenção pré natal, o *Vitacare* permite ações que vão desde o cadastramento e acompanhamento da gestante pelos agentes comunitários de saúde (ACS) até a consulta médica, odontológica e de enfermagem, passando pelos procedimentos (coleta de material para laboratório, vacina, curativo, avaliação antropométrica, etc) e farmácia num único prontuário eletrônico por paciente. O prontuário também permite o gerenciamento de insumos, agendas, acesso a relatórios estatísticos de funcionamento da unidade de saúde, além de mapas indicadores estatísticos com indicadores de produção e gestão.

4.4 ATENÇÃO PRÉ NATAL

A atenção pré-natal é a observação adequada e o acompanhamento da mulher durante o período gestacional que se estende desde a concepção, até o início de trabalho de parto. Para que esta atividade seja benéfica para a gestante deve ser iniciada imediatamente após a

suspeição da gravidez, pois embora esta seja um processo fisiológico normal, expõe o organismo feminino aos limites do patológico, em decorrência das alterações fisiológicas, psicológicas e sociais (GREENHILL & FRIEDMAN, 1976; ZIEGEL & CRANLEY, 1980; FEBRASGO, 2001).

A saúde da mulher e da criança tem sido motivo de preocupação em todo o mundo, resultando na construção e implementação de programas de atenção de diferentes abrangências ao longo dos anos.

Um dos primeiros registros históricos de política nacional voltada para a atenção à saúde materno infantil ocorreu em 1937 com a edição da Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que criou o Departamento Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Neste departamento foi criada a divisão do Amparo à Maternidade e à Infância e o Instituto Nacional de Puericultura. Essa Divisão tinha como objetivo, realizar estudos, inquéritos e pesquisas sobre os problemas relativos à maternidade e à saúde da criança. Em 1940 a Divisão foi extinta e em seu lugar foi criado o Departamento Nacional da Criança que tinha entre suas ações: coordenar as atividades no país relativas à proteção, à maternidade, à infância, à adolescência, em relação à saúde, à alegria de viver, à preservação moral, etc. Esse Departamento foi extinto em 1966/67, tendo sido criada a Coordenação Nacional Materno Infantil (DE SETA, 1997).

O primeiro programa de atenção à saúde da mulher no Brasil foi instituído em 1974 com nome de Iº Programa de Atenção Materno-Infantil. Em 1977 foi implementado o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco. Ambos tinham um enfoque sobre a saúde materno-infantil com ênfase no pressuposto de que a mulher devia se adequar ao princípio “mãe saudável, de filho igualmente saudável” e tendo também o foco sobre o “risco gravídico”. (D’OLIVEIRA & SENNA, 1996).

Em 1984 foi instituído o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O programa incorpora além da já tradicional assistência pré-natal, parto e puerpério, a resposta organizada dos serviços de saúde à anticoncepção, esterilidade, detecção precoce do câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério, realçando a necessidade de considerar as dimensões psicológicas e sociais, bem como a promoção de práticas educativas nessa atenção (D’OLIVEIRA & SENNA, 1996). Nesse momento, a política de assistência ao ciclo gravídico-puerperal estava direcionada para a ampliação da cobertura e a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia de acesso ao parto, redução de cesáreas desnecessárias, estímulo ao aleitamento e garantia de atendimento ao puerpério (OSIS, 1998).

Mais de 15 anos após a implementação do PAISM, o Brasil ainda se confrontava com altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal (ALVES, 2011), que induziram o MS a lançar, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). 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. Em 2005, foi ampliado de acordo com recomendações consideradas efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos e que foram agregados ao PHPN resultando no índice PHPN ampliado (BRASIL, 2005).

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, bem como em caso de intercorrências, garantido por Lei Federal a partir de 2007 (BRASIL, 2007).

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; a criação do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL); 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 (antes PSF) e de seu antecessor, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), contribuíram para aumentar a capilaridade destas ações (ALVES, 2011).

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, que se refletem nos indicadores perinatais.

A baixa 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 (BARBALHO, 2001; SILVEIRA, 2001; ALVES, 2011; DOMINGUES, 2011; THEME FILHA, 1999). A proposta da Rede Cegonha pelo MS, em 2011, vem como resposta à essa 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 meses (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha vem implantar diretrizes que visam assegurar 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 reprodutivo (BRASIL, 2011b).

O atendimento pré-natal é um dos mais frequentes motivos de consulta na APS e na ESF (RADAELLI, 1990; HSIAO, 2010) no Brasil e no mundo. 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 (CARROLI, 2001; BARROS, 2010; BRASIL, 2012a).

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 (BRASIL, 2011b), por contribuir para a organização da rede a partir das necessidades da população, e para a atuação integrada com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2007; MS, 2010).

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-natal (BRASIL, 2012a). 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 da gestante (ANEXO A). Essa premissa reforça a função de responsabilização da APS sobre a população de referência.

Em 2012, o MS disponibilizou o Caderno de Atenção Básica (CAB) que normatiza a atenção à gestação de baixo risco nos serviços de saúde do SUS, de acordo com as evidências mais atuais, com vistas à realização de uma prática humanizada, integral, em rede e custo-efetiva garantindo um padrão de acesso e qualidade (BRASIL, 2012a). Os dez passos para o pré-natal de qualidade na APS foram descritos no quadro 1.

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

- 1º passo:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
- 2º passo:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º passo:** Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 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".
- 5º passo:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 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)".
- 7º passo:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º passo:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
- 9º passo:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
- 10º passo:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal

Fonte: BRASIL, 2012a

Este caderno está inserido no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de atenção básica na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Constitui-se em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores, pode contribuir para a contínua melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica.

Dentre muitos outros critérios para uma assistência pré natal eficaz, o Ministério da Saúde (2012a) recomenda um registro adequado das informações em prontuário, cartão da gestante e SISPRENATAL.

Nesse contexto de mudanças no modelo de gestão e assistência, na forma de registro e produção das informações pelas quais o município do Rio de Janeiro vem passando nos últimos três anos, percebemos que ainda são necessários ajustes nesse processo de forma a melhorar a qualidade da atenção.

A atenção ao pré natal é uma das ações prioritárias e deve ser uma das primeiras a se qualificar nesse novo modelo de atenção que tem a ESF como principal reorganizador. O município ainda está em processo de ampliação e expansão desse novo modelo e os relatórios mais recentes (OPAS, 2013) já demonstraram melhorias nos processos de atenção, dentre elas: implantação de uma carteira de serviços, oferta e utilização adequadas de consultas espontâneas e programadas, descentralização da regulação ambulatorial.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa dos dados. A fonte dos dados foi secundária obtida a partir de informações registradas no prontuário eletrônico de mulheres acompanhadas durante o pré-natal e puerpério, em unidades de saúde da família da AP 4.0 do município do Rio de Janeiro.

"Pesquisa Exploratória-descritiva que têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno como, por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativamente ou qualitativamente quanto a acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante. Dá-se procedência ao caráter representativo sistematicamente, em consequência, os procedimentos de amostragem são flexíveis" (LAKATOS, 1998, p.188).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A AP 4.0 localiza-se na zona oeste do município do Rio de Janeiro, é composta por 19 bairros e corresponde a um território de 293,8 Km². A população total é de 909.368 habitantes, sendo 476.751 mulheres. Tem uma alta densidade populacional (3.095,37 habitantes/ Km²) e a maior parte da população apresenta baixas condições sócio econômicas entremeadas por alguns bairros com alto padrão de vida.

Esta área conta com 42 equipes de saúde da família, responsáveis por 136.405 pessoas, o que corresponde a 15,76% de cobertura por esse modelo. Essas equipes estão distribuídas em 13 unidades de saúde, sendo três Clínicas da Família e dez Centros Municipais de Saúde. Destas, 8 unidades são classificadas como tipo A, onde todo território é coberto pela ESF; e 5 são classificadas como tipo B, onde somente parte do território é coberto por equipes de saúde da família. Não existem unidades tipo C, onde não há equipes de saúde da família, atuantes na área.

Nas unidades tipo B, coexistem o modelo tradicional da APS e a ESF atuando na prestação de cuidados primários. Neste estudo, apenas a população coberta pelas equipes de saúde da família foram incluídas, quer estejam nas Unidades Tipo A ou B.

Quadro 2. Relação das unidades de saúde da família da AP 4.0

UNIDADES	TIPO DE UNIDADE	TOTAL EQUIPES
CF Maury Alves de Pinho	A	3
CF Padre José de Azevedo Tiúba	A	5
CF Otto Alves de Carvalho	A	10
CMS Canal do Anil	A	3
CMS Cecília Donângelo	B	2
CMS Curicica	A	4
CMS Hamilton Land	B	2
CMS Harvey Ribeiro de Souza Filho	B	1
CMS Itanhangá	A	1
CMS Jorge Saldanha Bandeira de Melo	B	3
CMS Newton Bethlem	B	4
CMS Novo Palmares	A	2
CMS Santa Maria	A	2

Fonte: SUBPAV, 2013

Essa área programática foi escolhida como cenário desta pesquisa por ser uma área muito populosa, concentrando cerca de 14% da população total do município do Rio de Janeiro, por apresentar indicadores perinatais relacionados à assistência pré natal ainda preocupantes, como a elevada incidência de sífilis congênita, e por ser uma área na qual a pesquisadora tem facilidade de acesso aos gestores e ao PEP, por sua vinculação anterior ao estudo, como médica de uma equipe da área.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

População de estudo: mulheres que fizeram pré-natal pelas equipes da ESF nas unidades da área 4.0 do MRJ com prontuário eletrônico implantado, cujo parto ocorreu no mês de março de 2014.

Crítérios de inclusão: mulheres que realizaram uma ou mais consultas médicas e/ou de enfermagem na ESF das UBS selecionadas, que tiveram seus partos no mês de março de 2014

Crítérios de Exclusão: Gestantes que não fizeram qualquer consulta clínica na ESF; aquelas encaminhadas durante qualquer fase do pré-natal para serviços Alto Risco.

5.4 FONTE E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Fonte de dados: A identificação dessas participantes foi feita de forma retrospectiva, por consulta direta nos Registros do PEP (Sistema VitaCare®), sistema adotado em todas as Unidades de Saúde da Família da área 4.0.

A estratégia utilizada para a busca das mulheres de interesse da pesquisa iniciou-se pela identificação dos pacientes cadastrados nascidos no mês de março de 2014 através da pirâmide etária do prontuário. A partir do nome do recém nascido, chegou-se ao nome da mãe, sujeito de interesse da pesquisa. Com esse dado foi possível acessar o prontuário das puérperas. Também foi realizada busca ativa através das fichas manuais de acompanhamento dos ACS com o intuito de detectar algum recém nascido que não tivesse sido cadastrado no PEP.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2014. Foram localizados 107 prontuários, sendo que 16 deles não foram analisados por possuírem critérios de exclusão.

A relação dos prontuários estudados foi gerada a partir do PEP, imprimindo-se os campos selecionados para o estudo, excluindo-se campos de identificação do nome da usuária. Foram analisados os campos fechados e o texto livre dos prontuários. Esses dados foram inseridos em um instrumento de coleta de dados do presente estudo.

A variável de identificação do nome da puérpera foi substituída por número não permitindo assim, a associação entre prontuário e sujeito no momento da análise. Além disso, os resultados foram agregados e não serão divulgados por equipe ou unidade de saúde.

5.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta de dados (APÊNDICE A) foi um questionário composto por questões fechadas e algumas abertas, construído com base nos critérios do protocolo do Caderno de Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) que estabelece uma carteira básica de serviços assistenciais que devem ser oferecidos a cada gestante, que foram agrupados nas dimensões: clínica, laboratorial e plano de cuidado.

As variáveis estudadas foram:

- Gerais: a unidade de saúde que realizou o pré natal, número de consultas realizadas, trimestre de início do pré natal e a categoria profissional que realizou o pré natal. Esta última buscou identificar se o pré natal foi realizado de forma intercalada entre médicos e enfermeiros ou por apenas umas das duas categorias.
- Demográficas: idade, escolaridade, raça/cor e situação profissional da usuária.
- Clínicas: data da última menstruação (DUM); antecedentes obstétricos; altura da gestante na primeira consulta; exame clínico das mamas em qualquer consulta; idade gestacional (IG), pressão arterial (PA), peso e pesquisa de edemas em todas as consultas; medida da altura de fundo de útero (AFU) e batimentos cardíacos (BCF) a partir de 12 semanas; movimentos fetais após a 20ª semana.
- Laboratoriais: Primeira rotina - tipagem sanguínea, dosagem de hemoglobina (Hg)/hematócrito (Ht), glicemia, VDRL ou teste rápido, anti-HIV ou teste rápido, HBsAg ou teste rápido, sorologia para toxoplasmose, elementos anormais no sedimento urinário (EAS) e urinocultura. Segunda rotina (terceiro trimestre) - hemoglobina/hematócrito, glicemia, VDRL ou teste rápido, anti-HIV ou teste rápido, HBsAg ou teste rápido, sorologia para toxoplasmose (caso o IgG seja negativo na primeira rotina), EAS e urinocultura.
- Plano de Cuidado: vacina antitetânica (dT), vacina contra hepatite B, prescrição de ácido fólico no primeiro trimestre, prescrição de sulfato ferroso, orientações sobre o parto, orientações sobre aleitamento materno, orientações sobre alimentação saudável, avaliação odontológica, encaminhamento para cegonha carioca a partir da 28ª semana, consulta puerperal até 42 dias após o parto.

As orientações sobre parto, aleitamento e alimentação também foram consideradas como realizadas se a gestante tivesse participado de grupo educativo. Os grupos educativos são atividades realizadas por qualquer profissional da ESF, com no mínimo 10 gestantes e que têm por objetivo a troca de informações sobre temas citados.

A vacina antitetânica foi considerada como registrada quando encontrava-se em qualquer parte do prontuário ou quando havia qualquer registro do profissional sobre o esquema vacinal da gestante.

Nas variáveis relacionadas aos exames complementares cabe ressaltar que foi considerado registrado tanto a solicitação quanto o resultado dos exames.

Para captar ao máximo as informações registradas pelos profissionais, a existência de registro das variáveis foi verificada em campos fechados e abertos do prontuário. As variáveis que foram verificadas no texto livre dos prontuários foram posteriormente, categorizadas em variáveis fechadas.

5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados, processados e analisados no *software* SPSS versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos da América). As variáveis foram apresentadas de forma descritiva, em frequências simples, absolutas e percentuais.

Para avaliar a completude dos registros, os critérios que foram utilizados para julgamento seguiram os parâmetros de Romero e Cunha, que avaliam a completude dividindo-se o total de ausência de informação de uma variável pelo total da amostra. Em seguida, realizada a classificação segundo os níveis de qualidade: Excelente (incompletude < 5%), Bom (5% < incompletude < 10%), Regular (10% < incompletude < 20%), Ruim (20% < incompletude < 50%), Muito Ruim (incompletude > 50%).

Análises subsequentes consideraram a adequação em relação aos parâmetros do PHPN e do PHPN ampliado. O PHPN preconiza: início do pré natal até 16 semanas; 6 ou mais consultas de pré natal; duas rotinas de exames laboratoriais, sendo a primeira composta por: tipagem sanguínea, Ht/Hg, VDRL, anti-HIV, glicemia e EAS e a segunda por: VDRL, glicemia e EAS; vacina antitetânica e consulta puerperal. O PHPN ampliado acrescenta alguns registros de procedimentos clínicos, a saber: idade gestacional, pressão arterial, peso da gestante, altura uterina, batimentos cardíofetais, além de orientações sobre parto e aleitamento materno. Todos os procedimentos com exceção dos batimentos cardíofetais, foram avaliados em todas as consultas desde o início do acompanhamento pré natal. Os batimentos cardíofetais só após 12 semanas.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa atende à Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Ministério da Saúde, que destaca os compromissos éticos com os participantes da pesquisa, a nível individual e coletivo, já que envolve seres humanos, de forma direta ou indireta, assegurando e respeitando os direitos dos participantes.

Quanto aos riscos, estes foram considerados mínimos e passíveis de serem evitados. Destaca-se que não foram feitas intervenções clínicas, nem abordagem direta a pacientes e profissionais. Um possível risco seria a identificação do sujeito (gestante/puérpera) pelo pesquisador, que foi evitado pela omissão do campo (não impressão) que contém o nome da puérpera nos prontuários, não permitindo ao pesquisador o acesso a este tipo de informação. Os prontuários foram identificados através de números. Também não foram coletados dados referentes a quais profissionais ou equipes fizeram os atendimentos às puérperas estudadas, de forma a não identificá-los.

Vale destacar que a realização do projeto foi autorizada pela Coordenadora da Área Programática (APÊNCICE B) e foi solicitada autorização aos gestores locais no momento da coleta (APÊNDICE C), após prévia apresentação dos objetivos e metodologia do estudo.

Não foi solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das puérperas que tiveram seus prontuários analisados no estudo, uma vez que a coleta de dados é retrospectiva (a ser realizada em julho/agosto de 2014), sendo operacionalmente complexa, a busca desses sujeitos e ainda porque foi omitida a identificação nominal das participantes.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente (CEP/ENSP/Fiocruz) e no Comitê de Ética e Pesquisa da instituição co-participante (CEP SMS-RJ). Parecer consubstanciado de aprovação número 641.593. Após isso, o processo de coleta de dados ocorreu em data previamente marcado com o gestor.

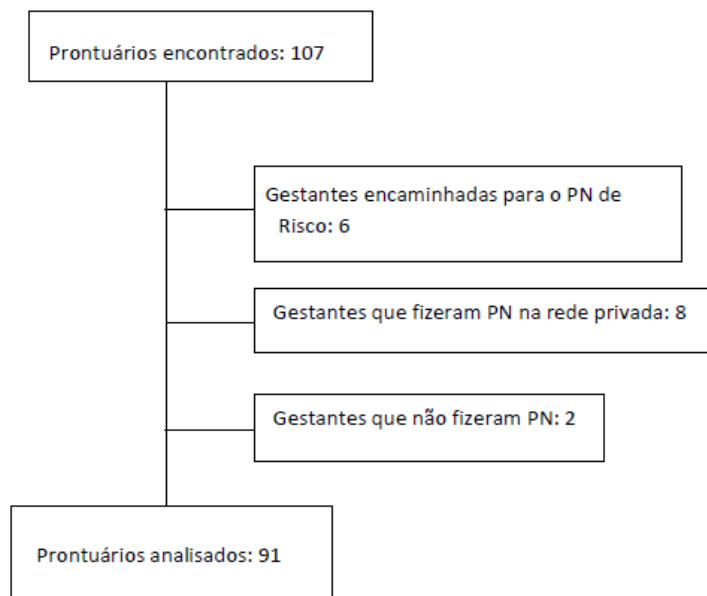
A pesquisadora garantiu a confidencialidade das informações. Pretende ainda, realizar a devolução dos resultados aos gestores e profissionais envolvidos na atenção à gestante na AP 4.0, de forma a contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho e sobre a atenção à saúde da mulher nessa área programática. Não serão apresentados resultados por unidade ou equipe a fim de evitar a exposição dos profissionais.

6 RESULTADOS

Das treze unidades inicialmente incluídas na amostra, duas tiveram que ser excluídas; uma por não possuir nascidos vivos no mês de março de 2014 e outra por não ter o prontuário eletrônico implantado no período pesquisado. Destaca-se que em todas demais UBS da área (n=11), as equipes da ESF faziam os registros de atendimento clínico e administrativo (cadastro da família) diretamente no prontuário eletrônico.

O universo de 107 mulheres foram identificadas como alvo do estudo sendo que destas, seis foram excluídas por terem sido encaminhadas para o pré natal de alto risco; oito por terem feito pré natal na rede privada e duas por não terem realizado acompanhamento pré natal, totalizando 16 gestantes excluídas (14,9%). Efetivamente, foram estudadas 91 mulheres que atendiam aos critérios de elegibilidade, cujo resumo é apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma síntese da população estudada.



Fonte: VitaCare, MRJ, 2014

O quadro 3 mostra a distribuição do número de prontuários analisados em cada unidade de saúde estudada, assim como o percentual representativo do número de prontuários de cada unidade em relação ao total.

Quadro 3. Distribuição de prontuários encontrados unidade de saúde

UNIDADES DE SAÚDE	PRONTUÁRIOS	
	n	%
CF Maury Alves de Pinho	10	11,0
CF Otto Alves de Carvalho	18	19,8
CF Padre José de Azevedo Tiúba	14	15,4
CMS Canal do Anil	15	16,5
CMS Cecília Donnangelo	6	6,6
CMS Curicica	6	6,6
CMS Itanhangá	2	2,2
CMS Jorge Saldanha Bandeira de Melo	8	8,8
CMS Newton Bethlem	6	6,6
CMS Novo Palmares	4	4,4
CMS Santa Maria	2	2,2

Fonte: VitaCare, AP 4.0, MRJ, 2014

Constatou-se que os atendimentos das mulheres durante o pré-natal foram realizados por médicos e enfermeiros, em geral em consultas intercaladas. Destaca-se ainda que não havia falta de profissionais médicos ou enfermeiros no período e nas equipes estudadas, identificando-se e tratando-se de forma equivalente, a completude dos registros destas categorias profissionais.

Os resultados serão apresentados de forma a atender aos objetivos específicos, a saber: (1) estudo da estruturação de campos para registro no PEP; (2) descrição do perfil das gestantes estudadas; (3) avaliação da completude do registro e (4) adequação do pré natal de acordo com o PHPN e PHPN ampliado.

6.1 Descrição da estruturação de campos para registro no PEP (VitaCare)

O VitaCare é um prontuário eletrônico desenvolvido em Portugal e implantado nas unidades de saúde de família da AP 4.0 a partir de julho de 2011.

Desde a implantação o prontuário passou por várias atualizações e ainda hoje vem sendo aperfeiçoado para melhor se adequar a realidade da atenção primária no município.

As primeiras adequações visaram contemplar a diversidade de categorias profissionais que atuam na APS no Brasil. Considerando que a APS em Portugal é centrada no médico de família.

As atualizações posteriores buscam aperfeiçoar alguns campos para registro, no intuito de facilitar a condução das linhas de cuidado pelos profissionais. Também são necessárias modificações nos relatórios e consolidados quando existem mudanças nos indicadores e metas pactuados no contrato de gestão.

O prontuário é utilizado por todos os profissionais inseridos na atenção primária. Os campos relativos à identificação e dados da ficha A (ficha de cadastro da família) são comuns a todos os membros das equipes. Há campos específicos para médicos e enfermeiros, a saber: as consultas médicas são baseadas na lógica do SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano), onde o registro do exame clínico é feito por sistemas e por linhas de cuidado. A avaliação é apoiado na classificação ICPC2 e CID 10. ICPC2 é a versão portuguesa de *International Classification of Primary Care*, desenvolvida pela organização internacional dos médicos generalistas. As consultas de enfermagem são baseadas na lógica da definição dos diagnósticos e intervenções de enfermagem baseado na classificação CIPE (Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem). Para que uma mulher seja considerada gestante no PEP é necessário que um dos profissionais citados codifique a gravidez no campo específico. A data da codificação precisa coincidir com a DUM, sendo este o único campo obrigatório de preenchimento, a partir de setembro de 2013.

Para o registro das consultas de pré natal existem campos fechados e abertos (ANEXO B). O registro das orientações (plano de cuidado) podem ser feitos de formas diferentes por médicos e enfermeiros, já que apenas estes últimos possuem campos fechados para isso. Define-se como campo fechado, aquele que possui um local exato para registro de um determinado parâmetro.

Quadro 4. Correlação dos campos de registro do PEP com as variáveis do CAB n.32

VARIÁVEIS	PEP	
	Fechado	Aberto
<i>Clinicas</i>		
DUM (campo obrigatório)	X	
Antecedentes Obstétricos		X
Idade gestacional em todas as consultas	X	
Pressão arterial em todas as consultas	X	
Peso em todas as consultas	X	
Medida da altura na primeira consulta	X	
Altura uterina a partir de 12 semanas	X	
Batimento cardio fetal a partir de 12 semanas	X	
Pesquisa de edema em todas as consultas	X	
Registro dos movimentos fetais após 20 semanas	X	
<i>Laboratoriais</i>		
Solicitação de hemograma na primeira rotina	X	X
Solicitação de hemograma segunda rotina	X	X
Solicitação de glicemia na primeira rotina	X	X
Solicitação de glicemia segunda rotina	X	X
Tipagem sanguínea	X	X
Fator Rh	X	X
Solicitação de sífilis na 1ª primeira rotina	X	X
Solicitação de sífilis segunda rotina	X	X
Solicitação de anti HIV na primeira rotina	X	X
Solicitação de anti HIV segunda rotina	X	X
Solicitação de sorologia para toxoplasmose na primeira rotina	X	X
Solicitação de sorologia para toxoplasmose segunda rotina	X	X
Solicitação de HBsAg na primeira rotina	X	X
Solicitação de HBsAg segunda rotina	X	X
Solicitação de EAS na primeira rotina e	X	X
Solicitação de EAS segunda rotina	X	X
Solicitação de urinocultura na primeira rotina	X	X
Solicitação de urinocultura segunda rotina	X	X
<i>Plano de Cuidado</i>		
Vacina dT	X	X
Vacina hepatite B	X	X
Prescrição de ácido fólico no primeiro trimestre	X	X
Prescrição de sulfato ferroso	X	X
Orientações sobre o parto	X	X
Orientações sobre aleitamento materno	X	X
Orientações sobre alimentação	X	X
Atendimento odontológico	X	
Encaminhamento para cegonha carioca		X
Consulta puerperal	X	

Fonte: VitaCare, município RJ , 2014

Conclui-se que todos os itens preconizados pelo protocolo do MS(CAB 32) para a realização de um pré natal de qualidade existem no PEP, a maioria como campos fechados.

A presença de campos fechados poderia ser considerada uma vantagem na medida em que permite uma maior agilidade no preenchimento e pode orientar quanto aos itens que devem ser avaliados durante uma consulta de determinada linha de cuidado, nesse caso, o pré natal.

6.2 Descrição das mulheres estudadas

O perfil sócio demográfico das mulheres quanto à idade, escolaridade, raça/cor e situação profissional é apresentado na tabela 1. A média de idade foi de 25,3 anos, variando de 15 a 41 anos. A maior parte delas (69%) estava na faixa etária de 20 a 34 anos; chama a atenção que quase 20% das gestantes eram adolescentes. Cerca de 50% apresentou baixo nível de escolaridade, somando-se as analfabetas com as alfabetizadas e as que possuíam ensino fundamental incompleto. Apenas 3,3% chegaram ao ensino superior. Em relação à raça/cor, 47,2% denominaram-se pardas, 36,3% brancas, 13,2% pretas e 3,3% amarelas. A situação profissional teve a sua análise prejudicada pela alta porcentagem (68,5%) de ausência de registro.

Tabela 1. Caracterização das mulheres quanto à faixa etária, escolaridade, raça/cor e situação profissional. Pré natal realizado pelas equipes da ESF da AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.

Característica	N	%
Faixa etária		
15-19 anos	18	19,0
20-34 anos	63	69,0
35 anos ou mais	10	10,0
Escolaridade		
Analfabeta	2	2,2
Fundamental incompleto	41	45,1
Fundamental completo	17	18,7
Médio completo	29	31,9
Superior completo	2	2,2
Raça/Cor		
Branca	33	36,3
Preta	12	13,2
Parda	43	47,2
Amarela	3	3,3
Situação profissional		
emprego formal	14	15,2
emprego informal	1	1,1
Desempregada	10	10,9
Autônoma	3	3,3
não registrado	63	68,5
Total	91	100,0

Fonte: VitaCare, MRJ, 2014

6.3 Avaliação da completude do registro

A análise do percentual de registros e da ausência dos mesmos para cada item pesquisado, considerando os 91 prontuários analisados, encontra-se na tabela 2.

A data da última menstruação (DUM) foi o item mais registrado, ou seja, de melhor completude, mas é preciso considerar que a partir de setembro de 2013 este item tornou-se obrigatório no preenchimento do prontuário. A estatura da gestante, medida que deve ser

avaliada apenas na primeira consulta e, portanto, apenas uma vez durante o pré natal, apresentou 26,4% de incompletude.

Ainda nos itens relacionados aos dados clínicos, chama à atenção a omissão de registro dos batimentos cardíofetais - em todas as consultas a partir de 12 semanas - em 98,9% dos prontuários, seguido pela ausência de registro do exame clínico das mamas, da idade gestacional e da pesquisa de edemas em 95,6%, 79,1%, 75,8% respectivamente.

Observa-se que 62,8% e 60,4% das solicitações de anti-HIV, respectivamente na primeira consulta e no terceiro trimestre não foram registrados. Além da omissão de registro em torno de 55% para HBsAg e sorologia para toxoplasmose no terceiro trimestre. Para toxoplasmose foi considerado o registro de IgG somente quando necessário, ou seja, quando este encontrava-se negativo ou não solicitado/registrado no exame da primeira rotina.

Também chama à atenção que 50% das gestantes não tenham registro de urinocultura no terceiro trimestre.

Nos itens relacionados ao plano de cuidado, observou-se que 78,6% das gestantes não receberam a vacina para hepatite B, considerando que a ausência de registro de vacinação prévia no prontuário implicou em considerar essa gestante como não vacinada. Outro item frequentemente omitido foi a orientação sobre parto e aleitamento materno, seja em consultas individuais ou em grupos, sendo responsável por 64,8% e 67,0% de incompletude, respectivamente.

O encaminhamento para o Cegonha Carioca também apresentou alto grau de incompletude. No entanto, supõe-se que esse item seria melhor avaliado no cartão da gestante, onde existem campos específicos para esse registro; dado não coletado neste estudo.

Observou-se que a consulta puerperal, que é aquela realizada até 42 dias após o parto por profissional médico ou enfermeiro, apresentou quase 30,0% de omissão de registros.

A avaliação odontológica que apresentou incompletude de 56,0%, deveria ser realizada em toda gestante cadastrada e acompanhada pela ESF (BRASIL, 2012a).

A prescrição de ácido fólico no primeiro trimestre, no entanto, apresentou 9,8% de incompletude, sendo o item com melhor registro no plano de cuidado.

Tabela 2. Percentual de registros e ausência de registros em PEP dos pré natais realizados pelas equipes da ESF, AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014

Item avaliado	N total	Registrado	Não registrado
		%	
DUM	91	95,6	4,4
Antecedentes Obstétricos	91	31,9	68,1
Idade gestacional em todas as consultas	91	20,9	79,1
Pressão arterial em todas as consultas	91	79,1	20,9
Peso em todas as consultas	91	72,5	27,5
Medida da altura na primeira consulta	91	73,6	26,4
Altura uterina a partir de 12 semanas	91	29,7	70,3
Batimento cardio fetal a partir de 12 semanas	91	1,1	98,9
Pesquisa de edema em todas as consultas	91	24,2	75,8
Registro dos movimentos fetais após 20 semanas	91	44,0	56,0
Exame clínico das mamas	91	4,4	95,6
Hemograma primeira rotina	91	85,7	14,3
Hemograma segunda rotina	86	72,1	27,9
Tipagem sanguínea	87	75,9	24,1
Fator Rh	87	75,9	24,1
Glicemia primeira rotina	91	80,2	19,8
Glicemia segunda rotina	86	72,1	27,9
Sífilis primeira rotina	91	60,4	39,6
Sífilis segunda rotina	86	66,3	33,7
Anti HIV primeira rotina	91	39,6	60,4
Anti HIV segunda rotina	86	37,2	62,8
Sorologia para toxoplasmose primeira rotina	91	75,8	24,2
Sorologia para toxoplasmose segunda rotina	74	44,6	55,4
HBsAg primeira rotina	91	51,6	48,4
HBsAg segunda rotina	86	44,2	55,8
EAS primeira rotina	91	59,3	40,7
EAS segunda rotina	86	45,3	54,7
Urinocultura primeira rotina	91	62,6	37,4
Urinocultura segunda rotina	86	50,0	50,0
Vacina antitetânica	90	53,3	46,7
Vacina hepatite B	84	21,4	78,6
Prescrição de ácido fólico no primeiro trimestre	51	90,2	9,8
Prescrição de sulfato ferroso	86	86,0	14,0
Orientações sobre o parto	91	35,2	64,8
Orientações sobre aleitamento materno	91	33,0	67,0
Orientações sobre alimentação	91	46,2	53,8
Atendimento odontológico	91	44,0	56,0
Encaminhamento para cegonha carioca	91	25,3	74,7
Consulta puerperal	91	70,3	29,7

Fonte: VitaCare, MRJ, 2014

DUM: data da última menstruação; EAS: elementos anormais e sedimentos na urina

Gráfico 1 - Percentual de registros e ausência de registros de dados clínicos em PEP dos pré natais realizados pelas equipes da ESF, AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014

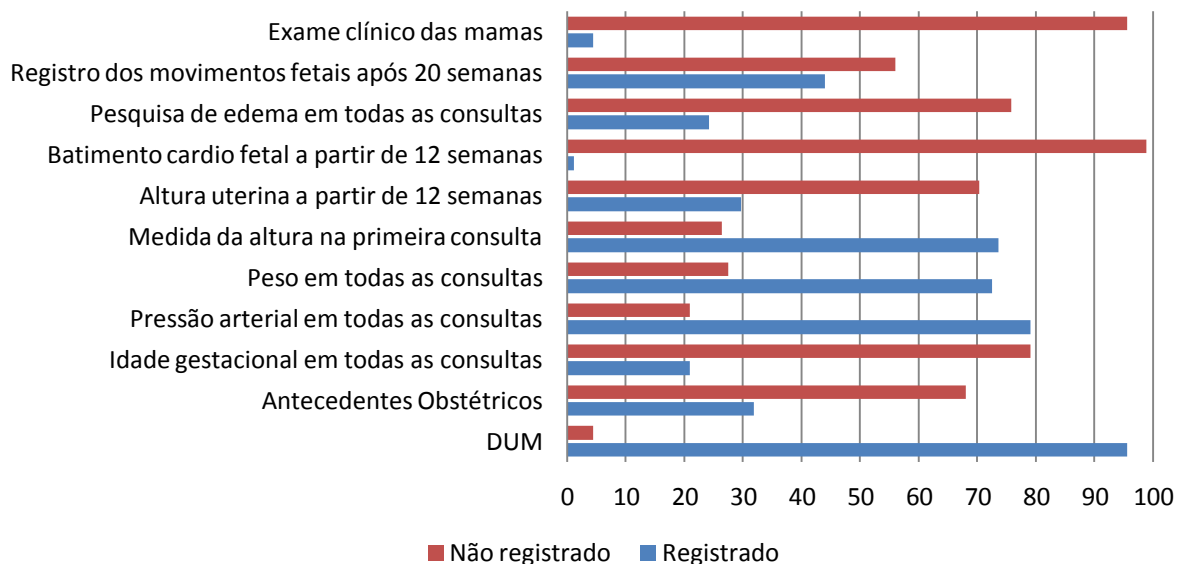


Gráfico 2 - Percentual de registros e ausência de registros de exames complementares em PEP dos pré natais realizados pelas equipes da ESF, AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014

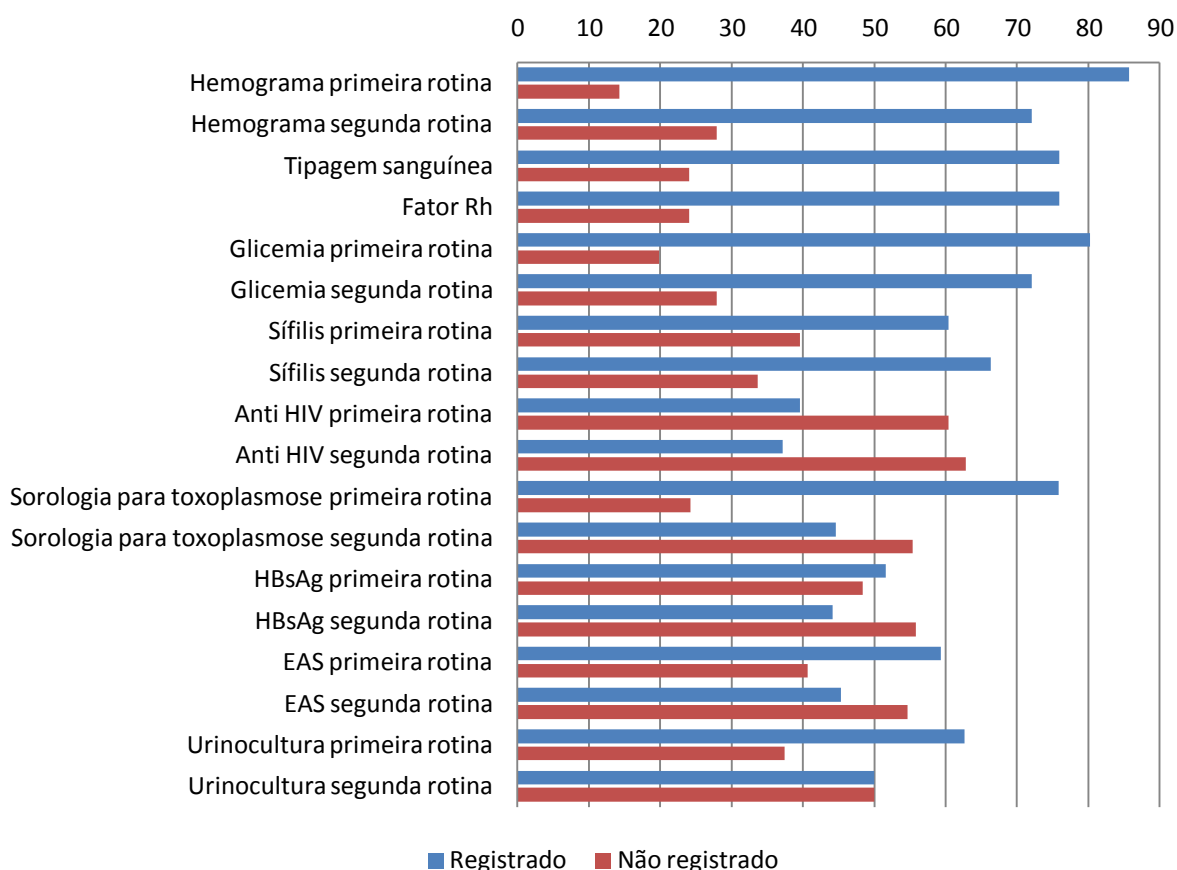
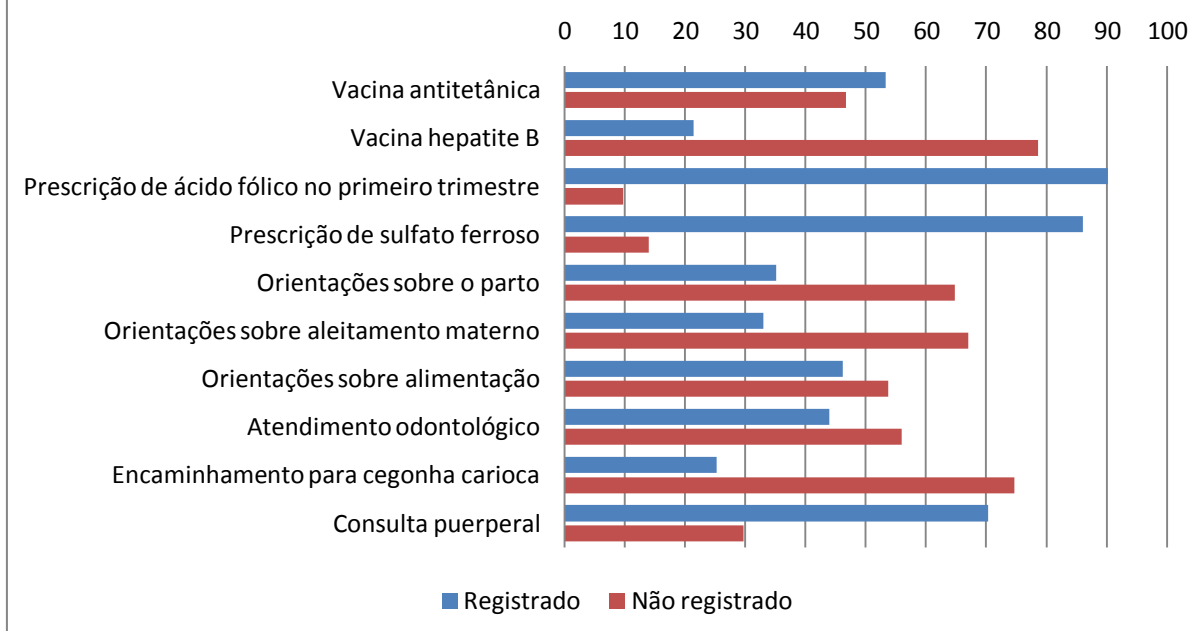


Gráfico 3 - Percentual de registros e ausência de registros do plano de cuidado em PEP dos pré natais realizados pelas equipes da ESF, AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014



Quando analisada a qualidade do registro pela incompletude considerando os dados clínicos, laboratoriais, plano de cuidado e a classificação global (somatório das anteriores), segundo as categorias de Romero e Cunha, observou-se que os dados clínicos foram os que apresentaram a maior incompletude, sendo 70,3% dos registros considerados "muito ruim" plano de cuidado (Tabela 3). A incompletude dos campos acerca de orientações, vacinas e prescrições - obteve 55% de resultados "muito ruim". Quando somadas as porcentagens de incompletude classificadas como "ruim" com a "muito ruim", observou-se que 96,7% do prontuários possuíam mais de 20% de incompletude nos dados clínicos, 95,6% no plano de cuidado e 74,7% no registro dos exames complementares.

No entanto, apesar da elevada porcentagem de incompletude, os exames complementares apresentaram 16,5% de registros classificados como "excelente" ou "bom", enquanto que os dados clínicos e plano de cuidado apresentaram somente 1,1% e 2,2%, respectivamente.

Quanto à classificação global da incompletude do preenchimento dos dados referentes ao pré natal no PEP, observa-se que apenas 5,5% foram classificados com "regular" e 94,50% foram considerados "ruim ou muito ruim" e não foram obtidos resultados "excelente" ou "bom" o que denota um resultado bastante insatisfatório (Tabela 3).

Tabela 3 . Classificação do nível de qualidade do registro em prontuário eletrônico. Pré natal realizado pelas equipes da ESF da AP4.0, Rio de Janeiro, 2014.

	Dados Clínicos		Exames Complementares		Plano de Cuidado		Classificação Global	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excelente	0	0	3	3,3	2	2,2	0	0
Bom	1	1,1	12	13,19	0	0	0	0
Regular	2	2,2	8	8,79	2	2,2	5	5,5
Ruim	24	26,37	41	45,05	37	40,66	51	56,04
Muito Ruim	64	70,33	27	29,67	50	54,94	35	38,46
Total	91	100	91	100	91	100	91	100

Fonte: VitaCare, 2014

Gráfico 4 - Avaliação da completude do registro em prontuário eletrônico, sobre variáveis de dados clínicos nas consultas pré natais realizadas pelas equipes da ESF da AP4.0, Rio de Janeiro, 2014.

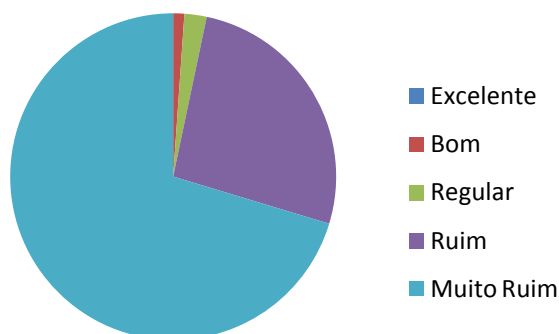


Gráfico 5 - Avaliação da completude do registro em prontuário eletrônico, sobre variáveis de exames complementares nas consultas pré natais realizadas pelas equipes da ESF da AP4.0, Rio de Janeiro, 2014.

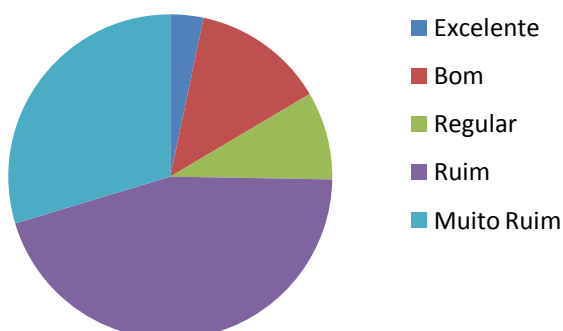


Gráfico 6 - Avaliação da completude do registro em prontuário eletrônico, sobre variáveis do plano de cuidado nas consultas pré natais realizadas pelas equipes da ESF da AP4.0, Rio de Janeiro, 2014.

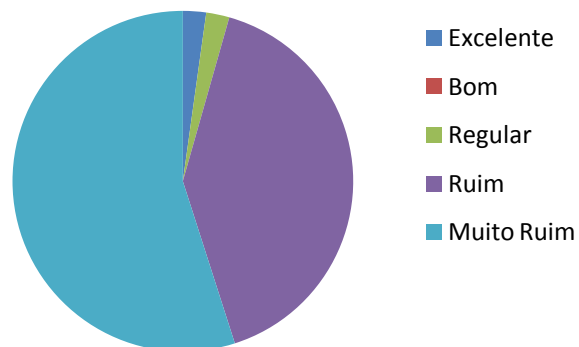
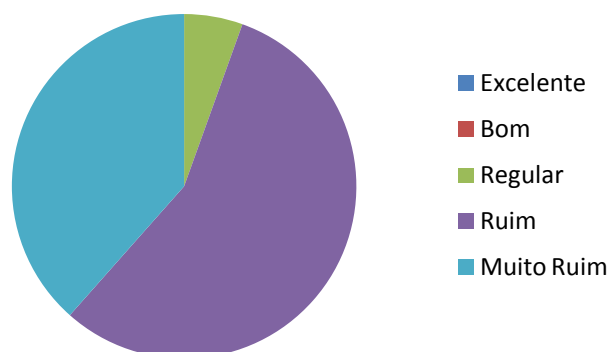


Gráfico 7 - Avaliação da completude do registro em prontuário eletrônico, sobre a classificação global nas consultas pré natais realizadas pelas equipes da ESF da AP4.0, Rio de Janeiro, 2014.



6.4 Adequação do pré natal de acordo com o PHPN e PHPN ampliado

Considerando os parâmetros de boas práticas (BRASIL, 2000), o início do pré natal foi adequado em 81,3% e 62,7% das mulheres tiveram 6 ou mais consultas. Em relação aos exames laboratoriais, aquele que mais se adequou foi a dosagem de hemoglobina e hematócrito seguido pela glicemia. Na avaliação da adequação global dos exames laboratoriais, somando-se as duas rotinas preconizadas, encontrou-se uma adequação de apenas 13,2%. Quanto à vacinação antitetânica foi observado 53,3% de adequação e 70,3% nas consultas puerperais.

Quanto aos registros de procedimentos, encontrou-se a pressão arterial com 79,1% de adequação, sendo o melhor resultado encontrado nesse grupo. O batimento cardíaco fetal foi o pior item avaliado, com apenas 1,1% de adequação. A adequação dos procedimentos de forma global foi de apenas 1,1%, já que apenas um prontuário apresentou registro do BCF em todas as consultas a partir de 12 semanas.

Uma outra análise foi feita excluindo-se o BCF, mas ainda assim, foi encontrada a mesma adequação de 1,1%.

Foi encontrada uma adequação muito baixa tanto do PHPN quanto do PHPN ampliado, sendo de 4,4% e 1,1%, respectivamente. Os resultados descritos encontram-se na tabela 4.

Tabela 4. Proporção de procedimentos preconizados na assistência pré natal e sua adequação, conforme índices PHPN e PHPN ampliado. Pré natais realizados pelas equipes da ESF da AP 4.0, Rio de Janeiro, 2014.

Procedimentos	Total (n=91)
PARÂMETROS PHPN	
Adequação início do pré natal	81,3
Adequação número de consultas	62,7
Resultado da 1ª rotina de exames	
Tipagem sanguínea	75,9
Hg/Ht	85,7
VDRL	60,4
Anti HIV	39,6
Glicemia	80,2
EAS	59,3
Resultado da 2ª rotina de exames	
VDRL	66,3
Glicemia	72,1
EAS	45,3
Adequação exames (1ª e 2ª rotina)	13,2
Adequação vacina atitetânica	53,3
Adequação consulta puerperal	70,3
Adequação PHPN	4,4
PARÂMETROS PHPN AMPLIADO	
Registro de procedimentos	
Idade gestacional	20,9
Pressão arterial	79,1
Peso da gestante	72,5
Altura uterina	29,7
Batimentos cardíofetais	1,1
Adequação procedimentos	1,1
Adequação orientações sobre o parto	35,2
Adequação orientações aleitamento materno	33,0
Adequação PHPN ampliado	1,1

Fonte: VitaCare, MRJ, 2014

7 DISCUSSÃO

A rápida mudança no modelo de gestão e atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, trouxe inúmeros avanços na estrutura de novas unidades, incorporação de novos profissionais e tecnologias, como o Prontuário Eletrônico em Saúde, esta uma ferramenta potente para o monitoramento, a avaliação e a melhoria contínua da qualidade da atenção à população. Não obstante, verifica-se inadequação na plena utilização desta tecnologia de informação, com elevado percentual de não registros em uma linha de cuidado, como a atenção ao pré-natal, cujo registro longitudinal das informações traz implicações relevantes e amplamente conhecidas na qualidade do cuidado, diminuindo desfechos como a morbimortalidade do binômio mãe-bebê.

Considerando este um evento sentinela da qualidade da atenção (e do registro de informações em saúde), evidenciou-se no estudo elevado percentual de incompletude dos prontuários analisados para as diferentes dimensões, especialmente nos registros clínicos. E ainda, considerando as boas práticas clínicas normatizadas, a adequação dos registros às estas foi muitíssimo baixa, destacando-se o início tardio do pré-natal, reduzido número de consultas, o não registro de procedimentos clínicos essenciais, como batimentos cardíacos e altura uterina e, ainda, o registro de exames/resultados que exigiriam pronta intervenção clínica, como HIV, sífilis e infecção urinária.

A baixa qualidade dos registros em saúde está em consonância a outros estudos brasileiros (VASCONCELLOS, 2008; TANAKA, 1995; SCOCHI, 1994; LOTUFO & DUARTE, 1987; MODESTO et al, 1992; MUNHOZ JR et al, 1997) embora ainda haja escassez de estudos acerca do registro eletrônico. Esta deve ser uma preocupação não apenas de grandes cidades, com acesso a tecnologias, mas aplica-se também ao âmbito nacional, uma vez há a iniciativa do governo federal de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do MS, com a implantação de um registro eletrônico para a Atenção Básica e outros níveis do sistema, denominado o e-SUS. Acredita-se na importância da implantação no SUS, de ferramentas de informatização para melhorar a qualidade, agilidade e utilização das informações em saúde. Contudo, deve-se estar atento aos processos de formação e apoio para a Informação em Saúde, para que estes sejam qualificados e cuidadosos, com estrutura e processos formativos adequados, adesão de profissionais e gestores, com respeito às boas práticas e, também, às prioridades locais e nacional.

Um registro de qualidade reflete diretamente na assistência prestada, além de ser fundamental para que se concretize um dos atributos essenciais da APS: a longitudinalidade

do cuidado. Nesse sentido, Starfield (2002) afirma que a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por apresentar quatro atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Dos atributos identificados por Starfield (2002), a longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS. Para esta autora, trata-se do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, para os múltiplos episódios de doença, cuidados preventivos e promoção da saúde. Neste acompanhamento, está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente.

O atendimento a tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (STARFIELD, 2002).

Haggerty et al. (2003) e Saultz (2003) atribuem três dimensões à longitudinalidade sendo uma delas a continuidade informacional, que diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde. Esses autores afirmam que o desenvolvimento e/ou implantação de novas tecnologias de informação por parte da gestão municipal e da coordenação da unidade pode ser um aliado. Tais instrumentos agilizam as etapas de registro, processamento e disponibilização das informações em saúde. Há critérios, como suficiência e confiabilidade, que são de responsabilidade dos profissionais que realizam os atendimentos, posto que a fonte do dado é quase sempre o paciente em seu contato com a equipe de saúde.

Apesar dos avanços no campo tecnológico informacional e na melhoria estrutural nas unidades da saúde da família no MRJ, cabe considerar que ainda há um caminho a ser percorrido para consolidação do modelo da ESF e a integração com a Rede de Atenção à Saúde na cidade, de forma a efetivar os atributos de uma APS integral e gerar melhoria nas condições de saúde da população. Observa-se, por exemplo, que apesar do aumento da cobertura da atenção ao pré natal na cidade, ainda há indicadores perinatais alarmantes que refletem a baixa qualidade desta atenção ao pré natal, parto e puerpério (BRASIL, 2012a).

A PNAB (BRASIL, 2006) preconiza que a unidade básica de saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de

saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2012a).

É importante ressaltar que as atribuições dos profissionais são de grande valia em todo o processo de atenção à gestante, e o registro adequado em prontuário é uma dessas atribuições. Por intermédio dos registros pode-se conhecer as informações que viabilizam ações que têm como propósito a redução de riscos de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Um estudo sobre o impacto da implantação do PEP em Belo Horizonte (MOURÃO, 2007) por meio da análise das declarações dos profissionais de saúde, mostra que embora estes relatem alguns impactos negativos sobre o seu trabalho, como o aumento do tempo de atendimento e o possível comprometimento da relação profissional-paciente, a maioria dos profissionais acredita que o PEP melhora o acesso e a qualidade das informações, organiza as tarefas e facilita o monitoramento do paciente, levando, desta forma, à uma melhor qualidade na assistência prestada ao indivíduo.

A gestão também tem um papel fundamental na avaliação das informações produzidas pelos profissionais, a fim de que estas possam subsidiar a formulação e avaliação de políticas e ações de saúde a partir de uma compreensão ampliada do processo saúde/doença/cuidado.

Quanto aos aspectos metodológicos, cabe ponderar acerca de possíveis limitações do estudo. Restringe-se a possibilidade de generalização dos resultados, uma vez que com o recorte do estudo, foram avaliadas apenas as mulheres atendidas pela ESF – um novo modelo de APS na cidade - e não todas as gestantes do território da AP 4.0, um possível viés de seleção já que apenas 15% da área 4.0 tem cobertura da ESF.

Outra possível limitação seria pensar se houve viés de informação na identificação das mulheres de interesse. No entanto, acredita-se que os métodos utilizados para a busca ativa de prontuários tenham sido exitosos no seu objetivo de detectar a totalidade de mulheres que atendiam aos critérios de elegibilidade da pesquisa. Segundo dados da TABNET-SIAB (SUBPAV, 2015), em março de 2014 teriam 67 nascidos vivos na AP 4.0, ou seja, número inferior ao encontrado nesse estudo (n=91) e aponta para o subregistro do sistema.

Considerando que é função da equipe, incluindo o agente de saúde, a identificação, cadastro e acompanhamento de gestantes e crianças residentes no território, para que uma puérpera não tenha sido identificada seria necessário que a mesma apresentasse uma combinação de fatores muito pouco prováveis nas práticas da área, a saber: ausência de

identificação, cadastro e acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal e de contato do recém nascido, de qualquer natureza, com a unidade de saúde da família registrados no PEP até o final da coleta de dados. Por se realizado buscas nos registros com várias entradas (cadastro, CID, vacinação de criança etc), de forma eletrônica e mesmo resgatando anotações manuais das equipes, presume-se que as falhas na identificação das puérperas de interesse tenham sido eventos não significativos.

Uma breve consideração acerca do perfil da população do estudo demonstrou que esta população é jovem, negra/parda e empobrecida: 19,0% das mulheres adolescentes (15 a 19 anos), percentual acima do município do RJ (16,4% em 2012); 60,4% eram pretos ou pardos, percentual maior do que o verificado na caracterização populacional do censo municipal (43,7%); quase 50% tinham ensino fundamental incompleto e pretos ou pardos.

A análise da situação profissional ficou comprometida pelo elevado percentual de ausência de registros. No entanto, o prontuário não disponibiliza a opção de "estudante" para registro, o que pode justificar o resultado encontrado, considerando que quase 20% das gestantes eram adolescentes e encontram-se em idade escolar.

Houve dificuldade de comparação dos achados do presente estudo com a literatura, considerando as especificidades do registro ser eletrônico e não manual, referir-se a um ciclo de vida específico (gestação) e dar-se em prontuário do paciente (sob guarda dos profissionais) e não em cartão da gestante.

Dos achados de incompletude, uma variável de boa performance foi o registro da data da última menstruação (DUM); contudo esta tornou-se campo obrigatório de preenchimento. Outros procedimentos clínicos de fácil utilização, como a aferição da PA e peso apresentaram percentuais de registro razoáveis (75,0%), ainda aquém de outros estudos que se aproximam de 100% (DOMINGUES, 2012; MAIA, 2013), cujos dados foram coletados dos cartões de gestantes. De forma surpreendente, os registros do cálculo da idade gestacional, da medição da AFU e do BCF, importantes para o monitoramento do crescimento e bem-estar fetal, apresentaram proporções muito baixas, 20,9%, 29,7% e 1,1%, respectivamente, ressaltando-se a presença das condições estruturais, como fitas métricas e sonares acessíveis às equipes.

Ribeiro Filho (2004) em um estudo que avaliou a qualidade da atenção ao pré natal através da análise dos prontuários em quatro unidades da ESF de Manaus, encontrou um percentual de 88% de registro da AFU. Assim como Parada (2008) no interior de SP, que encontrou 70,6% de registro de AFU e 91,9% de registro de idade gestacional em todas as consultas.

Chama a atenção a má qualidade do registro de dados clínicos, o que sugere que a desvalorização desses parâmetros pelos profissionais. A desvalorização da “Clínica”, das boas práticas, prejudica diretamente o acompanhamento e a identificação de situações que venham a surgir durante o período gestacional. Pode-se citar, por exemplo, a pré eclâmpsia, alteração detectada clinicamente, que pode ser critério para interrupção precoce da gravidez e está associada a graves complicações fetais e maternas, sendo a principal causa de morte materna e perinatal no Brasil (GUSSO, 2012).

A avaliação do registro de exames complementares foi o que mostrou melhores resultados, sendo 16,5% classificados com "excelente" ou "bom". Os exames complementares no pré natal buscam identificar situações e patologias que possam interferir diretamente na saúde da gestante e de seu filho, tais como: incompatibilidade Rh, infecções, diabetes, malformações (GUSSO, 2012). O hemograma e a glicemia na primeira consulta foram os que tiveram melhor registro. Não obstante, destaca-se o elevado percentual de incompletude dos exames de anti-HIV e de sorologia para hepatite B, agravos cujos diagnóstico e intervenção precoces reduzem o risco de transmissão vertical.

Com relação à sífilis, constata-se que cerca de 40,0% das gestantes não tiveram a sorologia ou teste rápido realizados na primeira consulta, permanecendo com 33,7% de incompletude desse registro no terceiro trimestre. Esse resultado vai contra a tendência de melhoria do diagnóstico de sífilis na gestação no município do RJ nos últimos anos. Entre 2008 e outubro de 2013 foram notificados 6.754 casos de sífilis na gestação e 6.064 casos de sífilis congênita no município do RJ, sendo 483 na AP 4.0 (SMS-RJ, 2013b).

No período 2010-2011 há um crescimento na identificação de casos de sífilis em gestantes, ultrapassando pela primeira vez o número de casos de sífilis congênita. Esse fato indica que a ampliação da APS possa ter uma contribuição no aumento do diagnóstico de sífilis em gestantes que, se tratadas oportuna e adequadamente, pode impedir um avanço ainda maior nos casos de sífilis congênita (OPAS, 2013).

No que tange aos itens do plano de cuidado, verificou-se que 78,6% das mulheres não possuíam registro de vacina contra hepatite B. As gestantes não vacinadas devem receber três doses com intervalo de 0, 1 e 6 meses, preferencialmente após o término do 1º trimestre. As gestantes com esquema incompleto devem completá-lo. Naquelas com incerteza sobre o status vacinal, deve-se solicitar anti-HBs e vacinar as não imunizadas (SMS-RJ, 2013a).

Além da vacina contra hepatite B, outros subitens do plano de cuidado apresentaram grande incompletude. As orientações sobre parto e aleitamento materno, importantes para que a gestante reconheça o trabalho de parto e prepare-se para lidar com a dor; as técnicas de

amamentação assim como a importância do aleitamento materno na primeira hora de vida e sua manutenção de forma exclusiva até os 6 meses de vida do lactente (SMS-RJ, 2013a; BRASIL, 2012a), deixaram de ser feitas em cerca de 66,0% das gestantes.

A avaliação odontológica é preconizada no município do Rio de Janeiro para todas as gestantes, podendo ser realizada sobre a forma de consulta individual ou coletiva (SMS-RJ, 2013). Nesse estudo, observou-se que essa avaliação foi realizada em apenas 44,0% das gestantes. Ressalta-se que todas as unidades avaliadas no estudo possuíam equipe de saúde bucal.

A consulta puerperal é a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe da saúde do recém-nascido e, portanto, é um momento de atenção à saúde da mulher e não da mãe, evitando que ocorra um viés de gênero na percepção da atenção (SERRUYA, 2004). Esse seguimento clínico permite estabelecer condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, protegendo a mulher e melhorando os resultados perinatais.

A consulta puerperal que tem por objetivos: (a) avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; (b) avaliar o retorno às condições pré-gravídicas; (c) avaliar e apoiar o aleitamento materno; (d) orientar o planejamento familiar; (e) identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; (f) avaliar interação da mãe com o recém-nascido; (g) complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal (BRASIL, 2012a), também apresentou grande percentual de omissão de registros.

Desde a publicação do PHPN (BRASIL, 2000), vem-se utilizando os indicadores de adequação propostos nesse manual para avaliar a qualidade do pré natal. O último estudo de avaliação da qualidade da assistência pré-natal representativo para a cidade do Rio de Janeiro foi realizado entre 2007 e 2008 (DOMINGUES, 2012). Nessa investigação, em que se utilizou os critérios do PHPN e do PHPN ampliado encontrou-se adequação de 38,5% e 33,3%, respectivamente. Outro estudo realizado no interior de SP utilizando apenas o PHPN, encontrou adequação de 3,6% (PARADA, 2008).

No presente estudo onde foram considerados ambos os parâmetros (PHPN e PHPN ampliado), encontrou-se uma adequação de 4,4% e 1,1%, respectivamente.

Verificou-se o início tardio do pré natal, após o quarto mês de gestação em aproximadamente 20% das gestantes. O início precoce, no primeiro trimestre, é considerado indicador de qualidade do cuidado pré natal (SMS-RJ, 2013a). O resultado encontrado foi melhor que o relatado por Domingues (2012) que relatou cerca de 25% de início após o quarto mês.

O número de consultas foi considerado adequado em 62,7%, ou seja, cerca de 38% das gestantes não tiveram minimamente seis consultas de pré natal. A baixa cobertura foi verificada em outros estudo nacionais (PARADA, 2008; ANDREUCCI, 2011; DOMINGUES, 2012). Não há evidências de que um número maior de consultas melhore os desfechos da gestação, porém aumenta a satisfação (VILLAR, 2001). Acredita-se que a qualidade das consultas seja mais efetivo para melhorar a assistência prestada.

Dentre os registro dos procedimentos clínicos, a pressão arterial e o peso foram os que obtiveram melhor adequação, com 79,1% e 72,5%, respectivamente. Ainda assim, estão distantes dos 95,0% encontrados em outros estudos (DOMINGUES, 2012; PARADA, 2008). O registro da idade gestacional, altura do fundo uterino e batimentos cardíofetais, apresentaram adequações muito baixas, principalmente este último que mostrou-se adequado em apenas 1,1% dos pré natais. Esses resultados demonstram uma falha grave no processo de cuidado, podendo gerar repercussões na saúde materno infantil.

Os exames laboratoriais apresentaram uma adequação de 13,2%, quando somados os exames da primeira e segunda rotinas, resultado semelhante ao estudo de Parada (2008) que mostrou adequação de 13,0%. A maior proporção de registros foi observada para hematócrito/hemoglobina e glicemia (cerca de 80%-85%) na primeira rotina, e glicemia e VDRL na segunda (próximo de 70%).

A ausência do resultado de exames básicos de rotina representa a perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento de agravos passíveis de controle, como a infecção pela sífilis e pelo HIV, anemia, infecção urinária e bacteriúria assintomática, causas de vários desfechos perinatais negativos e para as quais existem intervenções efetivas (DOMINGUES, 2012).

Quanto à vacinação antitetânica, o resultado encontrado (53,3%) foi semelhante ao encontrado por Domingues (2012) nos cartões de gestante e superior ao encontrado por Parada (2008) nos prontuários de 20 municípios do interior de SP. Considerando a elevada cobertura vacinal no município do Rio de Janeiro e o abastecimento regular com imunobiológicos nas unidades de saúde, acredita-se que a ausência de vacinação em metade das mulheres esteja relacionada com a baixa adesão das gestantes e/ou profissionais aos protocolos de vacinação ou a falta de registro em prontuário.

Para o PHPN, o término do acompanhamento de uma gestante se dá com a consulta de revisão de parto, a ser realizada até 42 dias após o nascimento, pois a proposta desenhada para o Programa considera essa atividade indispensável no conjunto da assistência (BRASIL, 2002).

A adequação de cerca de 70,0% encontrada nesse estudo é superior a encontrada no estudo de Parada (2008) que mostrou 58,7% de adequação e inferior aos 89,0% encontrado em um estudo com prontuários na zona sul de SP (CORRÊA, 2014).

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). Tais ações contribuem para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2011b).

As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio. A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2011b).

Neste sentido, é preconizado que a maternidade, no momento da alta, direcione a mulher e seu bebê à equipe de atenção básica a qual estão vinculados, com o objetivo de que a equipe se prepare para a visita domiciliar, de modo que esta seja realizada em tempo oportuno (BRASIL, 2012a).

Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 7 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar (BRASIL, 2012a).

Considerando que os prontuários avaliados foram de equipes de saúde da família, acredita-se que os 30,0% de consultas puerperais não realizadas foram decorrentes de ausência de registro em prontuário, sendo considerada grave perda no processo de acompanhamento longitudinal dessas mulheres.

O PHPN ampliado além do registro de procedimentos clínicos, aborda a adequação das orientações sobre parto e aleitamento materno. No presente estudo encontrou-se uma adequação muito baixa, de 35,2% e 33,0%, respectivamente.

A orientação e preparação para o aleitamento, é considerada fundamental para o sucesso da prática da amamentação (BRASIL, 2012a). O reconhecimento dos sinais de trabalho de parto pela gestante e a informação sobre o direito de acompanhante é reconhecidamente benéfica para a assistência ao parto, estando associada a desfechos favoráveis (HODNETT, 2007).

Sabe-se que para avaliar a qualidade de um serviço e seus resultados esperados na saúde da população, é preciso conhecer aspectos ligados à estrutura e aos processos (Donabedian 1988). No caso das UBS da área estudadas, cabe destacar que uma avaliação das

Clínicas da Família no MRJ feita em 2013 encontrou uma "estrutura física diferenciada, onde a ambiência, o conforto, a beleza e a sustentabilidade são requisitos importantes, aliados à incorporação de tecnologia apropriada à prática da APS, com oferta de coleta de exames laboratoriais, raio X, ecografia e outros" (OPAS, 2013). No entanto, o mesmo estudo encontrou como desafio a carência de recursos humanos especializados para trabalhar em APS, em especial relativos à formação de médicos de família e comunidade.

Assim, torna-se necessário processos formativos voltados aos profissionais de saúde para melhorar os registros nos prontuários e a adoção de boas práticas clínicas. A educação permanente e o apoio institucional podem fomentar a utilização dos dados por quem os gera - a equipe, fortalecendo a cultura do monitoramento e avaliação. Do mesmo modo, o olhar dos gestores sobre as informações em saúde deve ser ampliado e não apenas focalizado naquelas relativas aos indicadores de contratos de gestão municipal e nas avaliações externas como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ/MS), em um processo de retroalimentação e melhoria das informações geradas no cotidiano dos serviços. É oportuno considerar, ainda, a importância de que a tecnologia de informação utilizada - o PEP, seja amigável e facilite o processo de trabalho da equipe, ao invés de se conformar um complicador, entre o profissional, o usuário e as boas práticas. Esta reflexão pode ter influenciado os registros aqui estudados, uma vez que o PEP foi importado de Portugal e apesar das várias atualizações e mudanças do sistema, ainda poderia necessitar ajustes para o modelo brasileiro de atenção primária. Acredita-se que essas especificidades do prontuário utilizado poderiam gerar dificuldades no registro pelos profissionais.

De fato, não se pode entender de forma mais aprofundada, os motivos que levam a incompletude dos registros pelos profissionais, aspectos por exemplo ligados à dimensão organizacional, estrutural ou processual, relativas à gestão e aos processos da equipe. Como contribuição para aprofundar o conhecimento no tema, considera-se relevante a condução de estudos que aprofundem o conhecimento acerca dos motivos e das dificuldades que levam ao não registro por parte dos profissionais de saúde.

Há que se reafirmar que as mudanças na estruturação da APS no Rio de Janeiro nos últimos cinco anos vieram acompanhadas de um avanço na incorporação de tecnologia de informação nos processos de trabalho das equipes de saúde da família. Em 2014, a quase totalidade das unidades básicas que atuam neste modelo possuía o prontuário eletrônico implantado, sendo o registro eletrônico das informações utilizado para todas as atividades assistenciais (consultas, grupos, visitas domiciliares) e administrativas (cadastro, geração do cartão SUS, etc) por todos os profissionais das equipes. Além disso, informações gerenciais,

como aquelas exigidas para alimentação do SIAB e construção dos indicadores e metas do contrato de gestão – relatórios de produção das equipes - são extraídas diretamente do PEP. Supõe-se que a geração sistemática de informações permitiria o monitoramento das práticas clínicas-assistenciais das equipes, provendo informações para avaliação e utilização das mesmas – que sejam no âmbito das próprias equipes ou da gestão – para melhoria contínua da qualidade da atenção. Para isso, é importante a valorização, por parte de profissionais e gestores, da potência das informações em saúde, que produzidas com qualidade e agilidade, possibilitam intervenções mais efetivas e melhoria da saúde da clientela atendida.

Em síntese, considerando os objetivos do estudo, conclui-se que os registro eletrônico das informações em saúde pelas equipes de saúde da família, no que concerne à atenção pré-natal, foram insatisfatórios quanto à completude, tanto nos procedimentos clínicos quanto no registro dos exames de rotina e do plano de cuidado das gestantes.

Evidenciou-se que a informação eletrônica não registrada de forma adequada, pode refletir no monitoramento e avaliação das práticas pelas equipes e na qualidade da atenção pelos gestores do município do Rio de Janeiro. Esforços podem ser empreendidos para melhoria das informações, pois influenciam diretamente à avaliação e os resultados em saúde.

Acredita-se que esse estudo possa contribuir para a reflexão dos profissionais das equipes sobre suas práticas e para um melhor monitoramento da ausência de registros adequados pelos gestores, principalmente no cuidado pré natal.

REFERÊNCIAS

ADAMS, W. G, MANN, A. M, BAUCHNER, H. Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care. **Pediatrics**. v.111, p.626-32, 2003.

ALVES, P. C. **Desafios à integração do SUS**: uma análise da rede de atenção à saúde da mulher em Recife. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ANDREUCCI, C. B., CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**. v.27, p. 1053-64, 2011.

ANVERSA, E. T. R., BASTOS, G. A. N., NUNES, L. N., PIZZOL, T. S. D. Qualidade do processo da assistência pré natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia de Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.28, n.4, p.789-800, 2012.

BARBALHO E. relatora. **Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar a incidência de mortalidade materna no Brasil**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/images/stories/pdf/relatoriofinalcpimortalidadematerna.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2013.

BARROS, F. C, et al. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/S1/S3>. Acesso em: 10 set.2013.

BRANCO, M. A. F. **Informação e Saúde**: uma Ciência e suas Políticas em uma Nova Era. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRANCO, M. A. F. Informação em Saúde como elemento estratégico para gestão. In: **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001, p.163-169.

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), 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03 dez.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde** - proposta versão 2.0 (inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde) – Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria Executiva: Departamento de Informação e Informática do SUS, 29 de março de 2004. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf. Acesso em 24 out.2013.

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. Diário Oficial, 2011b. Disponível em: http://bvsms.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. Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do parto**: humanização no pré natal e nascimento. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0033_M1.pdf. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf. Acesso em: 21 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré natal de baixo risco**: Ministério da Saúde; 2012a. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n.32. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 02 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 20 nov.2013.

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, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 20 nov.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Comitê de Informação e Informática em Saúde , Set. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. (Série Pactos pela Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** – 7ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf. Acesso em 14 nov, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 02 fev, 2015.

CARROLI, G., ROONEY, C., VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. **Pediatr Perinat**

Epidemiol., 2001. 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. Acesso em: 10 out. 2013.

CAVALCANTE, R. B., PINHEIRO, M. M. K. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v.1, n.2, p.91-104, jul/dez 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>. Acesso em: 02 dez. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1821/2007**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 30 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº.1.638**, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm Acesso em: 26 out.2013.

CORRÊA, M. D. **Assistência pré natal em uma Unidade Básica de Saúde da Zona Sul do município de São Paulo**. 2014. 146 folhas. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

CUNHA, F. J. A. P.; SILVA, H. P. O Prontuário Eletrônico como Unidade de Transferência e Criação do Conhecimento em Saúde. In: **ENCONTRO NACIONAL EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**, 6, 2005, Salvador. Informação, conhecimento e sociedade digital. Salvador. Anais... Disponível em:<<http://www.cinform.ufba.br>>. Acesso em: 12 set.2013.

D'OLIVEIRA, A F. P. L. & SENNA. Saúde da mulher. In : SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Saúde do adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo, HUCITEC, 1996. p.87-108.

DE SETA, M. H. **Instituto Fernandes Figueira: delineamento de 50 anos História Institucional**. 1997. 141 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

DOMINGUES, R. M. S. M. **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**. 2011. 201 folhas. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

DOMINGUES, R. M. M, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X20120003000003&script=sci_arttext. Acesso em: 05 jan. 2013.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**. v..260, n.12, p. 1743-8, 1988.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Assistência Pré-Natal** – Manual de Orientação, 2001.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG)**; São Paulo, 1998.

FRANCO, T. B., MERHY, E. E. **PSF** : contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial, UNICAMP, Campinas, 1999.

GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2.ed.rev.amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GREENHILL, J. P. & FRIEDMAN, E. A. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro. Editora Interamericana, 1976.

GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p.

GUTIERREZ, M. A. Sistemas de Informações Hospitalares: progressos e avanços. **Journal of Health Informatics**. v.3, n.2, 2011.

HAGGERTY, J. L., REID, R. J., FREEMAN, G. K., et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, 2003. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>. Acesso em: 14 jul 2014

HARZHEIM et al (Org.) **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: *primary care assessment tool PCAtool* - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

HEYMANN, A. D, HOCH, I., VALINSKY, L., et al. Mandatory computer field for blood pressure measurement improves screening. **Fam Pract**. v.22, p.168-9, 2005.

HODNETT, E. D., GATES, S., HOFMEYR, G. J., SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev** , 2007.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008. Disponível em: www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm. Acesso em: 30 set. 2013.

HSIAO, C. J., et al. National Ambulatory Care Survey: 2007 summary. **National Health Statistics Reports**, nº 27. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **The computer-based patient record: an essential technology for health care**, revised edition. Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy of Science. Washington, D.C., USA, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições**

de vida da população brasileira. 2009. Acesso em 21 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

-LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p.2095-109, out 2009.

LOTUFO, M.; DUARTE, E. C. Avaliação dos serviços de saúde do Município de Cáceres, MT (Brasil): contribuições à programação local. *Revista de Saúde Pública* v.21 n. 5. São Paulo. Outubro de 1987.

MAIA, M. N. **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**. 2013. 96 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

MALTA, D. C., 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**, mar 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000300006&script=sci_arttext. Acesso em: 20 dez. 2013.

MALTA, D. C, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**. mar 2007. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dashboard/download/lista_causas_mortes_evitaveis.pdf. Acesso em: 20 out. 2013.

MCDONALD, C. J., BARNETT, G. O. Medical-record systems. In: SHORTLIFFE, P. (eds). **Medical informatics** - computer applications in Health Care. New York: Addison-Wesley, 1990.

MARIN, H. F.; MASSAD, E.; AZEVEDO NETO, R. S. Prontuário Eletrônico do Paciente: definições e conceitos. In: **O Prontuário Eletrônico do Paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: USP, 2003.

MARIN, H. F. Sistemas de Informação em Saúde: considerações gerais. *J. Health Inform.* v.2, n.1, p.20-4, 2010.

MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Editora Xamã VM, 1998.

MERHY, E. E. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-Natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 23 out. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção à demanda espontânea na APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad28.pdf. Acesso em: 01 dez. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em: 23 out. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. 2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 14 jan, 2015.

MODESTO, M. G.; MOREIRA, E. C. & ALMEIDA-FILHO, N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.8, 1992.

MORAES, I. H. S. & GOMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

MORAES, I. H. S. **Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo : Hucitec, 1994.

MORAES, I. H. S. **Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação**. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

MOTA, E., ALMEIDA, M. F., VIACAVA, F. O Dado Epidemiológico: Estruturas, Fontes, Propriedades e Instrumentos. In: ALMEIDA, F. N., BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde**. Fundamentos, Métodos , Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.85-94, 2011.

MOURÃO, A. D, NEVES, J. T. R. Impactos da implantação do prontuário eletrônico do paciente sobre o trabalho dos profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. In: **Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**; 2007; Resende. Rio de Janeiro.

MUNHOZ Jr., S.; FONTES, C. J. F. & MEIRELLES, S. M. P. Avaliação do programa de controle da hanseníase em municípios matogrossenses, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.31, p. 282-287, 1997.

NETO, E. T. S. **Avaliação da assistência pré natal no Sistema Único de Saúde na região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. 2012. 155 folhas.(Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças**. 10ª Revisão 1975. Centro da OMS para classificação de doenças em português/ Ministério da Saúde/ USP/OPAS, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Série Técnica Inovação na Gestão. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro** – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2013.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.8, n.1, p. 113-124, jan. / mar., 2008

POLIZELLI, D. L., OZAKI, A. M. (Orgs.). **Sociedade da informação: os desafios da era da colaboração e da gestão do conhecimento**. São Paulo: Saraiva, 2008.

POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo, Iátria, 2005.

RADAELLI, S. M., TAKEDA, S. M. P., GIMENO, L. I. D., et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Rev. Saúde Pública**, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v24n3/10.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2013.

RIBEIRO FILHO, B. **Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus** – AM. 2004. 93 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Manaus, 2004.

ROMERO, D. E, CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**. v.22, n.3, p. 673-681, 2006.

SAULTZ, J. W. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. **Ann Fam Med**. v.1, n.3, p.134-145, 2003.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá 1991: um exercício de avaliação. **Cad Saúde Pública**, v.10, p.356-67, 1994

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-RJ). Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Guia de Referência Rápida. **Atenção ao Pré Natal: Rotinas para gestantes de baixo risco**. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <http://subpav.org/index.php>. Acesso em: 25 de set. 2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-RJ). Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: Superintendência de Atenção Primária; jan 18, 2012a. Disponível em: <http://www.subpav.org/index.php>. Acesso em: 28 nov. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-RJ). Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Gerência DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <http://subpav.org/index.php>. Acesso em: 12 de ago de 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO (SMSDC-RJ). Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Contrato de Gestão**. Rio de Janeiro: Superintendência de Atenção Primária; jan 18, 2012b. Disponível em: http://www.subpav.org/download/prot/4_EDITAL_e_Anexos_AP5_1_14092010final.pdf. Acesso em: 22 fev. 2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO (SMSDC-RJ). Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Coordenação de Análise da Situação de Saúde**. Saúde em Foco. Estatísticas Vitais 2000 a 2011. Superintendência de Vigilância em Saúde. Coordenação de Análise da Situação de Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC, 2012c.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO (SMSDC-RJ). Edital nº 11/2010. Convocação pública para parcerias com Organizações Sociais. **Gestão do Programa Cegonha Carioca – Módulo Acolhimento**. out 04, 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/176388/DLFE208308.pdf/EditalConvocacaoPublicaCegonha.pdf>. Acesso em: 03 set. 2013.

SERRUYA, S. J., CECATTI, J. G., LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública**. v.20, p.1281-9, 2004.

SILVEIRA, D. S, SANTOS, I. S, COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**. jan-fev, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília : UNESCO, 2002.

SUBPAV. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. CNES – **Cobertura de ESF**. 2013a. Disponível em: http://subpav.com.br/siab/index.php?admi=cnes_eq_cobertura_listar. Acesso em: 05 dez. 2013.

SUBPAV. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Contrato de Gestão. Pagamento por desempenho**. 2013b. Disponível em:

http://www.subpav.org/download/prot/Pagamento_por_desempenho_novas_metas_2013.pdf. Acesso em: 01 fev. 2014.

SUBPAV. Subsecretaria de Atenção primária, Vigilância e Promoção da Saúde. TABNET - SIAB. **Situação de saúde.** 2015. Disponível em: http://subpav.org/tabnet/tabnet_siab_sitsaude.php. Acesso em: 14 fev. 2015.

TANAKA, A. C. d'A. **Maternidade:** dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. **Saúde Pública:** bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

TANG, P. C, MCDONALD, C. J. Electronic health record systems. In: SHORTLIFFE, E. H, CIMINO, J. J, editors. **Biomedical informatics:** computer applications in health care and biomedicine. 3rd ed. New York: Springer; p. 447-75, 2006.

THEME FILHA, M. M. , SILVA, R. I., NORONHA, C. P. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0324.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2013.

VASCONCELLOS, M. M , GRÍBEL, E. B, MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

VILLAR, J., CARROLI, G., KHAN-NEELOFUR, D., et al. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev.** v.4, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality:** 1990 to 2010. Geneva, 2012. Disponível em: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf. Acesso em: 22 out. 2013.

ZIEGEL, E. & CRANLEY, M. **Enfermagem Obstétrica.** Rio de Janeiro. Editora Interamericana, 1980.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

FICHA B - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES p/ ACS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

Nome do Agente / Cadastrador: _____ N° do CNS: _____ Equipe: _____ MicroÁrea: _____ Ano: _____

Nome da Gestante: _____

CPF: * / DNV: ** Família: _____

Data da última regra: _____ Data provável do parto: _____

Endereço: _____

Observações: _____

MESES

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Dia da visita												
Dia da consulta pré-natal												
Vacinas em dia												
Pressão alta												
Sangramento/perdas vaginais												
Dor/ Contracção												
Estado nutricional												
Faz tratamento odontológico												
Apoio familiar												
Pal envolvido												

INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO

FATORES DE RISCO

☐ 40 anos ou mais
☐ Menos de 15 anos
☐ 6 ou mais gestações
☐ Diabetes
☐ Tentativa de aborto nesta gestação
☐ Parto prematuro/ Aborto
☐ Pressão alta

DATA CONSULTA PUERPERIO

1 _____ 2 _____

DATAS DAS VACINAS

1ª Dose _____ 2ª Dose _____
 3ª Dose _____ Reforço _____

RESULTADO DA GESTAÇÃO ATUAL

☐ Nascido vivo (Peso(g) _____)
☐ Nascido morto
☐ Aborto
 Peso(g) _____

SOROLOGIA

HIV Início Tratamento _____
 Sífilis Início Tratamento _____
 Toxoplasmose Início Tratamento _____

LEGENDA

Estado Nutricional
 N - Nutrido
 G - Genuinamente
 O - Obesidade

Apoio Familiar
 S - Sim
 N - Não

Pal Envolvido
 S - Sim
 N - Não

SIR/Presença
 Código da gestante no SISPrénatal, caso ela esteja cadastrada no programa

HIV - Toxoplasmose - Sífilis
 I - Não Inic. I - Negativo
 R - Positivo I - Positivo em tratamento

Tratamento
 S - Sim
 N - Não

Peso(g)
 Informar o peso do Recém-Nato ou Feto em gramas

RIO **SUS** **Sistema Único de Saúde**

p.1 / 2

SMSDC013_SIAS - FICHA B - Gestantes

ANEXO B - TELAS DO VITACARE

Antecedentes Pessoais, Hábitos e Alergias

The screenshot shows the VITACARE software interface. On the left, a sidebar contains a patient profile (49 anos, Dta Nasc: 29.10.1964, Feminino) and a list of tabs: Resumo Clínico, SOAP, S - Subjetivo, O - Objetivo, A - Avaliação, and P - Plano. The main area is titled 'Consulta de Medicina Familiar (Novo Ato)' and contains fields for 'Data e hora' (27.11.2013, 11:27), 'Agenda para Marcação' (Viviane Dos Santos Jacob Monteiro), and 'Tipo de Atendimento' (PNAT - Pré-Natal). Below these is a section titled 'Antecedentes Pessoais, Hábitos e Alergias' with expandable fields for Dados pessoais, Hábitos, Alergias, Hospitalizações, Antecedentes Cirúrgicos, Antecedentes Ginecológicos, Antecedentes Obstétricos, Risco Cardiovascular, and Óbito. On the right, a vertical menu lists various sections: Antecedentes Pessoais, Hábitos e Alergias, Antecedentes Familiares, Família, Subjetivo - Motivo do Atendimento, Objetivo, Avaliação - Diagnósticos, Plano, Notas e Observações, and Guidelines e Alertas. At the bottom, there is a toolbar with icons for 'MUDAR ATO', 'DOCUMENTOS', 'INFORMAÇÃO CLÍNICA', 'CONSULTAS', 'HISTÓRICOS', and 'AGENDA', along with green and red checkmark buttons and a printer icon.

Subjetivo

This screenshot shows the 'Subjetivo' section of the VITACARE interface. The sidebar on the left is identical to the previous screenshot, but the 'Subjetivo' tab is now selected. The main area is titled 'Subjetivo - Motivo do Atendimento' and contains a 'Motivo' text field and a 'Classificação do Motivo' dropdown menu. The right-hand vertical menu is also identical, with 'Subjetivo - Motivo do Atendimento' now highlighted. The bottom toolbar remains the same, featuring the same set of icons and buttons.

Objetivo - Geral

VITA CARE

2.2.8.3.2 - ATOS

49 anos
Dta Nasc: 29.10.1964
Feminino

Consulta de Medicina Familiar (Novo Ato)

Data e hora * 27.11.2013 (dd.mm.aaaa) 11:27 (hh:mm) 6 min.

Agenda para Marcação * Viviane Dos Santos Jacob Monteiro (Médico da estratégia de saúde da família)

Tipo de Atendimento * PNAT - Pré-Natal

Objetivo

Gestante

Acompanhamento Agente Comunitário

1ª Consulta de Gravidez

Avaliação do Risco Pré-Natal

Exame ginecológico

Exame Clínico da Mama

Consultas Seguintes

Exames Laboratoriais

Sífilis

Puerpério

Observações/Notas

Subjetivo - Motivo do Atendimento

Objetivo

Parâmetros biométricos

Exame físico

Análises e Exames

Resultados de Testes Rápidos

Saúde da Mulher

Gestante

Diabetes

Hipertensão

INR

MUDAR ATO DOCUMENTOS INFORMAÇÃO CLÍNICA CONSULTAS HISTÓRICOS AGENDA

Objetivo - Primeira Consulta de Gravidez

VITA CARE

2.2.8.3.2 - ATOS

49 anos
Dta Nasc: 29.10.1964
Feminino

Objetivo

Gestante

Acompanhamento Agente Comunitário

1ª Consulta de Gravidez

Peso (kg)

Altura (cm)

Pressão Arterial Sistólica (mm Hg)

Pressão arterial diastólica (mm Hg)

DUM (dd.mm.aaaa)

Idade gestacional na 1ª consulta (semanas) (dias)

Idade Gestacional Atual DUM (semanas) (dias)

DPP (dd.mm.aaaa)

Data da Ecografia (dd.mm.aaaa)

Idade gestacional ECO (semanas) (dias)

DPP Eco (dd.mm.aaaa)

Grupo sanguíneo da grávida

Grupo Sanguíneo do Pai

Avaliação do Risco Pré-Natal

Subjetivo - Motivo do Atendimento

Objetivo

Parâmetros biométricos

Exame físico

Análises e Exames

Resultados de Testes Rápidos

Saúde da Mulher

Gestante

Diabetes

Hipertensão

INR

MUDAR ATO DOCUMENTOS INFORMAÇÃO CLÍNICA CONSULTAS HISTÓRICOS AGENDA

Objetivo - Exame Clínico das Mamas

VITA-CARÉ 2.2.8.3.2 - ATOS

49 anos
Dta Nasc: 29.10.1964
Feminino

Resumo Clínico SOAP

S - Subjetivo

O - Objetivo

A - Avaliação

P - Plano

Avaliação do Risco Pre-Histórico

Exame ginecológico

Exame Clínico da Mama

Esquerda Direita

Inspeção ☐ Sem alterações ☐ Com alterações ☐ Sem alterações ☐ Com alterações

Palpação ☐ Sem alterações ☐ Com alterações ☐ Sem alterações ☐ Com alterações

Queixas mamárias

Data da Mamografia (dd.mm.aaaa)

Resultado da Mamografia

Mamografia - Observações

Consultas Seguintes

Exames Laboratoriais

Subjetivo - Motivo do Atendimento

Objetivo

Parâmetros biométricos

Exame físico

Análises e Exames

Resultados de Testes Rápidos

Saúde da Mulher

Gestante

Diabetes

Hipertensão

INR

✓ ✗ ↕ ↕

MODAR ATOS DOCUMENTOS INFORMAÇÃO CLÍNICA CONSULTAS HISTÓRICOS AGENDA

Objetivo - Consultas Seguintes

VITA-CARÉ 2.2.8.3.2 - ATOS

49 anos
Dta Nasc: 29.10.1964
Feminino

Resumo Clínico SOAP

S - Subjetivo

O - Objetivo

A - Avaliação

P - Plano

Consultas Seguintes

Idade gestacional DUM Sem informação

Idade gestacional Eco Sem informação

Idade gestacional na 1ª consulta Sem informação

Núm. de Fetos

AFU (cm)

MAF ☐ Positivo ☐ Negativo

Edema ☐ Sim ☐ Não

☐ Adequada ☐ Inadequada

Pelvimetria Clínica ☐ Est. Superior ☐ Est. médio

Intercorrências

Observações

Parâmetros biométricos

Subjetivo - Motivo do Atendimento

Objetivo

Parâmetros biométricos

Exame físico

Análises e Exames

Resultados de Testes Rápidos

Saúde da Mulher

Gestante

Diabetes

Hipertensão

INR

✓ ✗ ↕ ↕

MODAR ATOS DOCUMENTOS INFORMAÇÃO CLÍNICA CONSULTAS HISTÓRICOS AGENDA

Objetivo - Consultas Seguintes

2.2.8.3.2 - ATOS

49 anos
Dta Nasc: 29.10.1964
Feminino

Consultas Seguintes

Idade gestacional DUM Sem Informação

Idade gestacional Eco Sem Informação

Idade gestacional na 1ª consulta Sem Informação

Núm. de Fetos

Gestação (1)

Batimento Cardio-Fetal ☐ Positivo ☐ Negativo

Apresentação Fetal ☐ Cefálica ☐ Transversa ☐ Pélvica

AFU (cm)

MAF ☐ Positivo ☐ Negativo

Edema ☐ Sim ☐ Não

Pelvimetria Clínica ☐ Adequada ☐ Inadequada ☐ Est. Superior ☐ Est. médio

Subjetivo - Motivo do Atendimento

Objetivo

Parâmetros biométricos

Exame físico

Análises e Exames

Resultados de Testes Rápidos

Saúde da Mulher

Gestante

Diabetes

Hipertensão

INR

Resumo Clínico SOAP

S - Subjetivo

O - Objetivo

A - Avaliação

P - Plano

MODAR **DOCUMENTOS** **INFORMAÇÃO CLÍNICA** **CONSULTAS** **HISTÓRICOS** **AGÊNCIA**

Objetivo - Consultas Seguintes

2.2.8.3.2 - ATOS

49 anos
Dta Nasc: 29.10.1964
Feminino

Consultas Seguintes

Pelvimetria Clínica ☐ Adequada ☐ Inadequada ☐ Est. Superior ☐ Est. médio

Intercorrências

Observações

Parâmetros biométricos

Peso (kg)

Pressão Arterial Sistólica (mm Hg)

Pressão arterial diastólica (mm Hg)

Circunferência Abdominal (cm)

Fita Urinária

Combur ☐ Negativo ☐ Positivo

Exames Laboratoriais

Sífilis

Subjetivo - Motivo do Atendimento

Objetivo

Parâmetros biométricos

Exame físico

Análises e Exames

Resultados de Testes Rápidos

Saúde da Mulher

Gestante

Diabetes

Hipertensão

INR

Resumo Clínico SOAP

S - Subjetivo

O - Objetivo

A - Avaliação

P - Plano

MODAR **DOCUMENTOS** **INFORMAÇÃO CLÍNICA** **CONSULTAS** **HISTÓRICOS** **AGÊNCIA**

Objetivo - Exames Laboratoriais

RIO VITA CARE 2.2.8.3.2 - ATOS

49 anos
Dta Nasc: 29.10.1964
Feminino

Resumo Clínico SOAP

S - Subjetivo

O - Objetivo

A - Avaliação

P - Plano

Consultas Seguintes

Exames Laboratoriais

Hemograma - Eritograma

Eritrócitos		dd.mm.aaaa	(x10e6/ μ L)
Hemoglobina		dd.mm.aaaa	(g/dL)
Hematócrito		dd.mm.aaaa	(%)
Hemoglobina D		dd.mm.aaaa	(g/dL)
Volume corpuscular médio (VCM)		dd.mm.aaaa	(μ m ³)
Hemoglobina corpuscular média (HCM)		dd.mm.aaaa	(pg/cell)
Concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM)		dd.mm.aaaa	(g/dl)

Hemograma - Leucograma

Leucócitos		dd.mm.aaaa	(x10e9/l)
Neutrófilos		dd.mm.aaaa	(%)
Eosinófilos		dd.mm.aaaa	(%)
Basófilos		dd.mm.aaaa	(%)
Linfócitos		dd.mm.aaaa	(%)
Monócitos		dd.mm.aaaa	(%)

Subjetivo - Motivo do Atendimento

Objetivo

Parâmetros biométricos

Exame físico

Análises e Exames

Resultados de Testes Rápidos

Saúde da Mulher

Gestante

Diabetes

Hipertensão

INR

HUDAR ATOS DOCUMENTOS INFORMAÇÃO CLÍNICA CONSULTAS HISTÓRICOS AGENDA

Objetivo - Sífilis

RIO VITA CARE 2.2.8.3.2 - ATOS

49 anos
Dta Nasc: 29.10.1964
Feminino

Resumo Clínico SOAP

S - Subjetivo

O - Objetivo

A - Avaliação

P - Plano

Consultas Seguintes

Exames Laboratoriais

Sífilis

Número SINAN

Ano

VDRL ☐ Negativo ☐ Positivo

ELISA ☐ Negativo ☐ Positivo

TPHA ☐ Negativo ☐ Positivo

HIV ☐ Negativo ☐ Positivo

Tratamento gestante 1ª dose

Tratamento gestante 2ª dose

Tratamento gestante 3ª dose

Tratamento de parceiro ☐ Efetuado ☐ Efetuado incompleto ☐ Não efetuado

Data Visita Domiciliar

Motivo da Visita Domiciliar

Subjetivo - Motivo do Atendimento

Objetivo

Parâmetros biométricos

Exame físico

Análises e Exames

Resultados de Testes Rápidos

Saúde da Mulher

Gestante

Diabetes

Hipertensão

INR

HUDAR ATOS DOCUMENTOS INFORMAÇÃO CLÍNICA CONSULTAS HISTÓRICOS AGENDA

Objetivo - Consulta de Puerpério

2.2.8.3.2 - ATOS

49 anos
Dta Nasc: 29.10.1964
Feminino

Resumo Clínico SOAP

S - Subjetivo

O - Objetivo

A - Avaliação

P - Plano

Puerpério

Data do parto: (dd.mm.aaaa)

Local do parto:

Tipo parto:

☐ Natural

☐ Fórceps

☐ Cesáreo

☐ Não Informado

☐ Parto Domiciliar

☐ Parto Hospitalar

☐ Ignorado

Classificação do Tipo de Parto:

Observações:

Parâmetros biométricos

Peso: (Kg)

Pressão Arterial Sistólica: (mm Hg)

Pressão arterial diastólica: (mm Hg)

Exames Laboratoriais

Citologia: ☐ Sim ☐ Não

Subjetivo - Motivo do Atendimento

Objetivo

Parâmetros biométricos

Exame físico

Análises e Exames

Resultados de Testes Rápidos

Saúde da Mulher

Gestante

Diabetes

Hipertensão

INR

MODAR **RTD** **DOCUMENTOS** **INFORMAÇÃO CLÍNICA** **CONSULTAS** **HISTÓRIOS** **ABRIR**

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) N° DE IDENTIFICAÇÃO:

2) DATA COLETA:

3) UNIDADE DE SAÚDE:

(1) CF Maury Alves de Pinho

(2) CF Otto Alves de Carvalho

(3) CF Padre José de Azevedo Tiúba

(4) CMS Canal do Anil

(5) CMS Cecília Donnangêlo

(6) CMS Curicica

(7) CMS Itanhangá

(8) CMS Jorge Saldanha Bandeira de Melo

(9) CMS Newton Bethlem

(10) CMS Novo Palmares

(11) CMS Santa Maria

4) IDADE: _____ anos

5) ESCOLARIDADE:

(1) analfabeta

(2) alfabetizada

(3) fundamental incompleto

(4) fundamental completo

(5) médio incompleto

(6) médio completo

(7) superior incompleto

(8) superior completude

(9) pós graduação

6) COR/RAÇA:

(1) branca

(2) preta

(3) parda

7) SITUAÇÃO PROFISSIONAL

(1) emprego formal

(2) emprego informal

(3) desempregada

(4) autônomo

(5) pensionista

(6) empregador

(99) não registrado

8) DUM:

(1) registrado

(2) não registrado

9) PRIMEIRA CONSULTA:

(1) primeiro trimestre

(2) segundo trimestre

(3) terceiro trimestre

10) TOTAL DE CONSULTAS: _____

11) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

(1) registrado

(2) não registrado

12) CATEGORIA PROFISSIONAL QUE REALIZOU O PN:

(1) somente médico

(2) somente enfermeiro

(3) médico e enfermeiro

13) IDADE GESTACIONAL EM TODAS AS CONSULTAS:

(1) registrado

(2) não registrado

14) PRESSÃO ARTERIAL EM TODAS AS CONSULTAS:

(1) registrado

(2) não registrado

15) PESO EM TODAS AS CONSULTAS:

(1) registrado

(2) não registrado

16) ALTURA DA GESTANTE NA PRIMEIRA CONSULTA:

(1) registrado

(2) não registrado

17) ALTURA FUNDO UTERINO A PARTIR DE 12 SEMANAS:

(1) registrado

(2) não registrado

18) BATIMENTOS CARDIOFETAIS A PARTIR DE 12 SEMANAS:

(1) registrado

(2) não registrado

19) PESQUISA DE EDEMAS EM TODAS AS CONSULTAS:

(1) registrado

(2) não registrado

20) REGISTRO DOS MOVIMENTOS FETAIS APÓS 20 SEMANAS:

(1) registrado

(2) não registrado

21) EXAME CLÍNICO DAS MAMAS:

(1) registrado

(2) não registrado

22) HEMOGRAMA PRIMEIRA ROTINA:

(1) registrado

(2) não registrado

23) HEMOGRAMA SEGUNDA ROTINA:

(1) registrado

(2) não registrado

(99) não se aplica

24) TIPAGEM SANGUÍNEA:

(1) registrado

(2) não registrado

(99) não se aplica

25) FATOR RH:

(1) registrado

(2) não registrado

(99) não se aplica

26) GLICEMIA PRIMEIRA ROTINA:

(1) registrado

(2) não registrado

27) GLICEMIA SEGUNDA ROTINA:

(1) registrado

(2) não registrado

(99) não se aplica

28) VDRL OU TESTE RÁPIDO NA PRIMEIRA ROTINA:

(1) registrado

(2) não registrado

29) VDRL OU TESTE RÁPIDO NA SEGUNDA ROTINA:

(1) registrado

(2) não registrado

(99) não se aplica

30) ANTI-HIV OU TESTE RÁPIDO NA PRIMEIRA ROTINA:

(1) registrado

(2) não registrado

31) ANTI-HIV OU TESTE RÁPIDO NA SEGUNDA ROTINA:

(1) registrado

(2) não registrado

(99) não se aplica

32) SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE NA PRIMEIRA ROTINA:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

33) SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE NA SEGUNDA ROTINA:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

34) HBSAG NA PRIMEIRA ROTINA:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

35) HBSAG NA SEGUNDA ROTINA:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

36) EAS NA PRIMEIRA ROTINA:

- (1) registrado
- (2) não registrado

37) EAS NA SEGUNDA ROTINA:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

38) URINOCULTURA NA PRIMEIRA ROTINA:

- (1) registrado
- (2) não registrado

39) URINOCULTURA NA SEGUNDA ROTINA:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

40) VACINA ANTITETÂNICA:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

41) VACINA HEPATITE B:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

42) PRESCRIÇÃO ÁCIDO FÓLICO NO PRIMEIRO TRIMESTRE:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

43) PRESCRIÇÃO SULFATO FERROSO:

- (1) registrado
- (2) não registrado
- (99) não se aplica

44) ORIENTAÇÕES SOBRE PARTO:

- (1) registrado
- (2) não registrado

45) ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO:

- (1) registrado
- (2) não registrado

46) ORIENTAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO:

- (1) registrado
- (2) não registrado

47) AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA:

(1) registrado

(2) não registrado

48) ENCAMINHAMENTO PARA CEGONHA CARIOCA:

(1) registrado

(2) não registrado

49) CONSULTA PUERPERAL:

(1) registrado

(2) não registrado

50) SÍFILIS - TRATAMENTO:

(1) completo da gestante e parceiro

(2) incompleto da gestante

(3) completo da gestante, sem tratamento do parceiro

(99) não se aplica

51) VDRL - CONTROLE MENSAL:

(1) registrado

(2) não registrado

(99) não se aplica

OUTRAS OBSERVAÇÕES NO ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE:

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE ÁREA PROGRAMÁTICA



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA 4.0
Av. Ayrton Senna, 2001 - BLC - Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22.775-028
Tel. (21) 3325-5204/ 3325-1765

AUTORIZAÇÃO PARA PROJETO DE PESQUISA

Autorizo a médica Viviane dos Santos Jacob Monteiro a realizar o trabalho de campo do projeto de mestrado "Qualidade da informação na atenção ao pré natal pelas equipes de saúde da família de uma área programática do município do Rio de Janeiro" cuja fonte de dados serão os prontuários clínicos das puérperas que realizaram pré natal nas unidades de saúde da família da AP 4.0, por profissionais médicos e/ou enfermeiros e, que tiveram seus partos no mês de março de 2014. O projeto tem como objetivo analisar a qualidade da informação produzida pelos profissionais das equipes da AP 4.0 a partir da completude do registro em PEP tomando como evento traçador a atenção ao pré natal.

Deverá ser solicitada autorização dos gestores das unidades de saúde pesquisadas devendo os mesmos serem responsáveis pela impressão dos prontuários selecionados pela pesquisadora em seu projeto caso estejam de acordo.

A pesquisadora se compromete a manter sigilo e confidencialidade das informações e apenas iniciar a coleta após avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS-RJ.

Rio de Janeiro, 10 de julho de 2014.

Atenciosamente,

Ana Carolina Canedo
Ana Carolina Canedo
Coordenadora de Saúde CAP 4.0
Mat. 11/253409-7

Coordenadora Geral de Atenção Primária da AP 4.0

Mat: 11/253409-7

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO PARA PROJETO DE PESQUISA

Autorizo a médica Viviane dos Santos Jacob Monteiro a realizar o trabalho de campo do projeto de mestrado "Qualidade da informação na atenção ao pré natal pelas equipes de saúde da família de uma área programática do município do Rio de Janeiro" cuja fonte de dados serão os prontuários clínicos das puérperas que realizaram pré natal nesta unidade de saúde da família e tiveram seus partos no mês de março de 2014. Concordo em imprimir os prontuários eletrônicos selecionados pela pesquisadora, excluindo a página que possui o nome da puérpera dos prontuários.

A pesquisadora se compromete a manter sigilo e confidencialidade das informações e apenas iniciar a coleta após avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e Comitê de Ética e Pesquisa da SMS-RJ.

Este termo é redigido em duas vias, uma para o gestor e outra para o pesquisador. Neste termo consta o telefone/e-mail do pesquisador, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Viviane dos Santos Jacob Monteiro
Pesquisadora principal
Tel: (21) 99619-9723
e-mail: vivianejm81@yahoo.com.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax - (21) 2598-2863 / cep@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética e Pesquisa SMS-RJ: Tel:(21) 3971-1463 / cepsms@rio.rj.gov.br

Unidade de Saúde:

Data:

Nome:

Assinatura: