SABRINA MOMESSO VIGANÔ

AVALIAÇÃO DA VACINA ANTITETÂNICA NA GRAVIDEZ EM CAMPINAS, SP: O INFORMADO E O REGISTRADO

CAMPINAS
2013

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

SABRINA MOMESSO VIGANÔ

AVALAÇÃO DA VACINA ANTITETÂNICA NA GRAVIDEZ EM CAMPINAS, SP:
O INFORMADO E O REGISTRADO

Orientadora: Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA SABRINA MOMESSO VIGANÔ E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO.

_____
Assinatura da Orientadora

CAMPINAS

2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

V68a

Viganô, Sabrina Momesso, 1979-
Avaliação da vacina antitetânica na gravidez em Campinas, SP : o informado e o registrado / Sabrina Momesso Viganô. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Antonieta Keiko Kakuda Shimo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Gestantes. 2. Cuidado pré-natal. 3. Registros médicos. 4. Avaliação de serviços de saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Shimo, Antonieta Keiko Kakuda,1953-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Evaluation of tetanus vaccine in pregnancy on Campinas, SP : the informed and the registered
Palavras-chave em inglês:
Pregnant women
Prenatal care
Medical records
Health services evaluation
Primary health care
Área de concentração: Enfermagem e Trabalho
Titulação: Mestra em Enfermagem
Banca examinadora:
Antonieta Keiko Kakuda Shimo [Orientador]
Rosa Áurea Quintella Fernandes
Eliete Maria Silva
Data de defesa: 04-07-2013
Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

iv

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

SABRINA MOMESSO VIGANÔ

Orientador (a) PROF(A). DR(A). ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO

MEMBROS:

1. **PROF(A). DR(A). ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO** _____
2. **PROF(A). DR(A). ROSA ÁUREA QUINTELLA FERNANDES** _____
3. **PROF(A). DR(A). ELIETE MARIA SILVA** _____

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas

Data: 04 de julho de 2013

À minha orientadora, **Antonieta Keiko Kakuda Shimo**, por tornar real esta oportunidade. Obrigada pela confiança, por compartilhar seus conhecimentos comigo e transformar momentos delicados em situações de sabedoria e aprendizado. Foi uma experiência muito agradável e feliz.

À minha mãe, **Bernardete Aparecida Momesso Viganô**, pelo seu amor incondicional e apoio incontestável, obrigada por dedicar-se a mim antes de eu mesma.

Ao meu pai, **Jair Aparecido Viganô**, pela torcida constante. Obrigado por se orgulhar tanto de mim. Isso aquece meu coração.

À minha irmã, **Jaqueline Momesso Viganô**, pelo seu afeto contínuo, intenso e imensurável. Em tantos momentos, suas orações tão bem me fizeram, obrigada.

Ao meu marido, **Ricardo dos Reis Ferreira**, pela sua brilhante ideia e todo incentivo. O lar edificado tornou possível que este objetivo fosse alcançado, obrigado.

À minha 'vó Nica' (*in memorian*), **Cecília Barbieri Momesso**, por me proteger e me acompanhar, obrigada por continuar iluminando meus dias de onde você estiver. Saudades.

À minha amiga **Fernanda Sucasas Frison**, pelo carinho e amizade. Obrigada por ter dedicado seu tempo para me ajudar na coleta de dados e me incentivar em todas as fases.

A todos os citados, tantos **familiares e amigos**, por compreenderem minha ausência. Agradeço pela torcida, por se orgulharem de mim e me amarem simplesmente como sou.

Às **mulheres** que me confiaram suas informações pessoais de um momento tão especial de suas vidas, muito obrigada.

Às colegas da **pós-graduação, funcionários, locais de coleta de dados** e demais envolvidos na pesquisa, pelo apoio, troca de experiência e por compartilharem tantos momentos especiais.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), pelo auxílio financeiro por meio da concessão da bolsa de estudos, muito obrigada.

Objetivo: Avaliar os registros acerca da vacinação antitetânica na gestação e verificar a conformidade deles com o relato das pacientes. *Metodologia*: Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa e caráter avaliativo. Foi realizado estudo piloto e Validação de Conteúdo do Instrumento de Coleta de Dados. Os dados foram coletados por entrevista semi-estruturada com puérperas, fotografia de Cartões de Gestante e de Fichas Obstétricas. Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SAS 9.2 e calculado o coeficiente Kappa. O estudo está em conformidade com a Resolução 196/96. *Resultados*: 38 (12,30%) puérperas relataram não ter recebido vacina na gestação. 39,11% (106 de 309) das mulheres referiram ter recebido a vacina antitetânica na gestação, 50,16% (155) dos Cartões de Gestante e 20,06% (62) de Fichas Obstétricas continham registro desta vacina. Quanto a vacina antitetânica na gestação, o relato da mulher comparado ao registro do Cartão de Gestante é pouco coincidente (Kappa 0,55, moderado), o registro do Cartão de Gestante com o registro da Ficha Obstétrica é menos coincidente (Kappa 0,27, suave) e o relato com o registro da Ficha Obstétrica é menos coincidente ainda (0,11, desprezível). Status vacinal adequado foi identificado em 62,14% (192). *Conclusão:* O relato da mulher e o registro do Cartão de Gestante são mais coincidentes do que os registros entre si. Os profissionais registram vacinas mais no Cartão de Gestante do que na Ficha Obstétrica. A média de 8,91 consultas por mulher e a idade gestacional de início do pré-natal com 12 semanas ou menos de 72,49% (224) evidenciam vínculo satisfatório da paciente com os serviços. As consultas à gestante de baixo risco podem ser intercaladas entre os profissionais médicos e enfermeiros. *Palavras-chave*: Gestante, Cuidado Pré-Natal, Prontuários, Avaliação de Serviços de Saúde**,** Atenção Primária à Saúde, Toxóide tetânico. *Mesh terms:* Pregnant Women, Prenatal Care, Medical Records, Health Services Research, Primary Health Care, Tetanus Toxoid. *Linha de Pesquisa*: O processo de cuidar em saúde e enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Evaluate records about tetanus vaccination in pregnancy and to check their compliance with the reporting of patients. Methodology: This is a cross-sectional study with a quantitative approach and evaluate character. Pilot study was performed and Content Validation Instrument for Data Collection. Data were collected through semi structured interview with puerperal, photography maternity card and obstetric records. For data analysis we used tha statistical program SAS 9.2 and calculated the Kappa coefficient. For data analysis we used the statistical program SAS 9.2, calculated the degree of agreement between the data sources and calculated the Kappa coefficient. The research is in accordance with Resolution 196/96. Results: 38 (12,30%) reported not having received vaccine during pregnancy. 39,11% (106) of women reported having received tetanus toxoid vaccination during pregnancy, 50,16% (155) of maternity card and 20,06% (62) document obstetrical record contained this vaccine. About tetanus vaccination during pregnancy, the reported of the woman compared to the record of maternity card is almost coincidental (Kappa 0,55, moderate), the record of maternity card with the record of the obstetric records is less coincident (Kappa 0,27, suave) and the reported with the record of the obstetric records is still less coincident (0,11, insignificant). Status suitable vaccine was identified in 62,14% (192). Adequate vaccination status are 62,14% (192). Conclusion: The reported of the woman and record of the maternity card are more coincident than the records together. Professionals register about vaccine more in maternity card than the obstetric records. The average of 8,91 consultations per woman and gestational age at first prenatal care at 12 weeks or less (72,49% = 224) show satisfactory bond of women with the services. The antenatal care at low risk women can be interspersed among medical and nurses professionals. Keywords: Pregnancy, Prenatal Care, Medical records, Assessing Health Services, Primary Health Care, Tetanus toxoid. Mesh terms: Pregnant Women, Prenatal Care,

Medical records, Assessing Health Services, Primary Health Care, Tetanus toxoid. Research line: The care process in health and nursing.

BLH - Banco de Leite Humano

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CC - Centro Cirúrgico

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CETS - Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde

CG – Cartão de Gestante

CHOV - Complexo Hospitalar Ouro Verde

CLAP - Centro Latino Americano de Perinatologia

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CO - Centro Obstétrico

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CS - Centro de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DN - Data de Nascimento

DS – Distrito de Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

FCM - Faculdade de Ciências Médicas

FDA - Food and Drugs Administration

FF - Ficha Familiar

FI – Ficha Individual

FO – Ficha Obstétrica

HMCP - Hospital e Maternidade Celso Pierro

ICD - Instrumento de Coleta de Dados

MC - Maternidade de Campinas

MS - Ministério da Saúde

NR - Norma Regulamentadora

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Puerpério

PMC - Prefeitura Municipal de Campinas

PN – Pré-Natal

PNAR – Pré-Natal de Alto Risco

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PSF - Programa Saúde da Família

PUCC - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RMC - Região Metropolitana de Campinas

RN – recém-nascido

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SISPRENATAL – Sistema de Pré-Natal

SP - São Paulo

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

Vat - vacinação antitetânica

Tabela 1: Distribuição das mulheres, segundo o Distrito de Saúde de realização do PN. Campinas, 2012.....80

Tabela 2: Caracterização da amostra segundo idade e local de realização do PN. Campinas, 2012.....82

Tabela 3: Distribuição das médias das variáveis IG na primeira consulta, número de consultas de PN realizadas e profissional que atendeu. Campinas, 2012.....83

Tabela 4: Número de consultas realizadas pelo profissional Enfermeiro, conforme registro do Cartão de Gestante. Campinas, 2012.....84

Tabela 5: Idade Gestacional na primeira consulta de Pré-Natal. Campinas, 2012.....85

Tabela 6: Distribuição das consultas de Pré-Natal conforme o semestre de gestação. Campinas, 2012.....86

Tabela 7. Histórico vacinal de mulheres que relataram não ter recebido vacina na gestação. Campinas, 2012.....87

Tabela 8. Comparação entre o relato da paciente, o registro no Cartão de Gestante e o registro na Ficha Obstétrica sobre recebimento de vacina na gravidez. Campinas, 2012.....88

Tabela 9. Comparação entre o relato de puérperas, o registro no Cartão de Gestante e o registro na Ficha Obstétrica, segundo o recebimento de vacina antitetânica na gestação. Campinas, 2012.....89

Tabela 10. Comparação entre o relato da paciente e o registro no CG, segundo os tipos de vacina. Campinas, 2012.....91

Tabela 11. Comparação entre o registro do Cartão de Gestante e da Ficha Obstétrica, segundo o tipo de vacina recebido na gestação. Campinas, 2012.....91

Tabela 12. Comparação entre registros concordantes e discordantes das doses recebidas, segundo o relato das puérperas, o Cartão de Gestante e a Ficha Obstétrica. Campinas, 2012.....93

Tabela 13. Vacina antitetânica na gestação, segundo as três fontes de dados. Campinas, 2012.....94

Tabela 14. *Status* vacinal das mulheres participantes do estudo, segundo o registro em seus Cartões de Gestante. Campinas, 2012.....95

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma representativo das mulheres do estudo. Campinas, 2012.....79

SUMÁRIO

Pág.

Agradecimentos.....vii

RESUMO.....ix

ABSTRACT.....xi

Lista de Abreviaturas e Siglas.....xiii

Lista de Tabelas.....xvii

Lista de Figuras.....xix

Apresentação.....25

1. Introdução.....29

1.1. História do Pré-Natal no Brasil.....32

1.2. Índices avaliativos do pré-natal.....41

1.3. Políticas de atenção à saúde da mulher.....46

1.4. A vacina antitetânica na gestação.....51

2. Objetivos.....61

3. Metodologia.....63

3.1. Tipo do estudo.....63

3.2. Projeto piloto.....65

3.3. Instrumento de Coleta de Dados e a Avaliação dos juízes.....67

3.4. Cálculo Amostral.....69

3.5. Locais do estudo.....71

3.6. Coleta de Dados.....73

3.7. Análise estatística dos dados.....75

3.8. Aspectos éticos.....76

4. Resultados.....77

4.1. Caracterização da amostra obtida.....77

4.2. Análise descritiva.....82

5. Discussão.....97

6. Conclusão.....107

7. Considerações finais.....111

8. Referências Bibliográficas.....115

9. ANEXOS 129

Anexo 1 – Ficha de Cadastramento da Gestante no SISPRENATAL.....130

Anexo 2 – Cartão de gestante do município de Campinas, SP.....131

Anexo 3 – Acompanhamento Gestacional/Ficha Obstétrica do município de Campinas, SP.....135

Anexo 4 – Ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL.....137

Anexo 5 – Autorização do local de coleta de dados da primeira etapa da pesquisa (Maternidade de Campinas).....138

Anexo 6 – Parecer da Diretoria Clínica acerca das pesquisas (Maternidade de Campinas).....139

Anexo 7 – Autorização do local de coleta de dados da segunda etapa da pesquisa -Carta de autorização do Secretário da Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas.....140

Anexo 8 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas) da Fase 1.....141

Anexo 9 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas) da Fase 2.....143

Anexo 10 – Autorização do local de coleta de dados para a pesquisa piloto (Maternidade de Campinas).....145

Anexo 11 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas) da Pesquisa Piloto.....146

10. APÊNDICES.....149

Apêndice 1 – Roteiro-guia para obtenção diária dos dados das pacientes hospitalizadas.....149

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....150

Apêndice 3 - Roteiro-guia para organização dos dados das entrevistas.....151

Apêndice 4 - Instrumento de Coleta de Dados.....152

Apêndice 5 – Carta ao Secretário da Saúde de Campinas, SP.....153

Apêndice 6 – Roteiro-guia para viabilizar as visitas nos Centros de Saúde.....154

Apêndice 7 - Roteiro-guia para obtenção das Fichas Obstétricas nos Centros de Saúde.....155

Apêndice 8 - Distribuição do número de entrevistadas segundo a quantidade encontrada por Distrito de Saúde e Centro de Saúde. Campinas, 2012.....156

Apresentação

Instituições hospitalares que prestam atendimentos para associados a convênios de saúde são exigentes e rigorosas com os profissionais de saúde quanto aos registros, pois é com base neles que os gastos e as cobranças são computados. Ocorre por vezes a contratação de um terceiro indivíduo que confere os prontuários quanto ao preenchimento, registros e checagem dos procedimentos. Foi nesta realidade que a pesquisadora iniciou sua trajetória profissional.

Numa terceira oportunidade, a autora trabalhou na atenção primária à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Contracenou seu trabalho de enfermagem com alguns profissionais de diversos serviços que apresentavam posturas peculiares nos registros de atendimentos.

Somado a esta vivência, a autora é também docente de enfermagem de nível médio e superior, quando compartilhou experiências com alunos em Centros de Saúde (CS) de diferentes Distritos de Saúde (DS) do mesmo município. Na atividade docente consciente, dos alunos deve ser exigido registro completo e fidedigno dos procedimentos executados.

Nestes ambientes de trabalho e nos serviços de apoio ocorreu ausência de registros ou registros incompletos e/ou ilegíveis dos procedimentos realizados, por vezes prejudicando a continuidade da assistência de forma adequada. Como complicador, existe documentos conservados inadequadamente e dificuldades de transmissão de informações por parte dos pacientes.

A ausência ou inadequação dos registros em saúde, especialmente os registros do pré-natal (PN), são complicadores importantes para os próximos profissionais da saúde que atendem a mulher, uma vez que o desconhecimento das situações de saúde anteriores

(tratamentos, condutas) dificulta a tomada de decisões para as próximas. Inevitavelmente surgem dúvidas: Os procedimentos cujos espaços estão em branco não foram executados? O procedimento não foi realizado? O procedimento não foi registrado? O procedimento não foi registrado por completo? Os procedimentos cujos espaços estão em branco foram executados e não foram registrados?

E ainda, em âmbito geral: Qual efeito a grafia ilegível somada à incompletude dos espaços a serem preenchidos gera para a assistência à mulher? Quanto que a reaplicação de condutas no tratamento e cuidado à gestante devido ao desconhecimento do procedimento anterior será prejudicial a sua saúde? Quanto que a duplicação de trabalho onera o serviço em tempo gasto com o procedimento e com a repetição de exames?

Quanto à realização da vacina antitetânica na gestação, pressupõe-se que:

- haverá discordância entre o relato da paciente acerca do recebimento de vacina com a mesma informação registrada em seu Cartão de Gestante (CG);

- haverá discordância entre o relato da paciente acerca do recebimento da vacina com a mesma informação registrada em sua Ficha Obstétrica (FO);

- haverá discordância entre o registro acerca da vacina no CG e a mesma informação registrada em sua FO;

- haverá discordância entre as três fontes de informação (relato, CG e FO).

Ainda assim, conhecer os registros do PN existentes e buscar confirmar sua veracidade é uma ação pertinente. Os dados encontrados neste tipo de investigação, embora não necessariamente seja o reflexo da assistência exercida, sempre evidencia a realidade de preenchimento dos impressos e pretende beneficiar as mulheres evitando que elas sejam submetidas a repetidas ou inapropriadas ações de saúde. Beneficia também o setor de saúde do município, que pode evitar gastos desnecessários, organiza ações em saúde nos diversos

níveis de atendimento, conscientiza os trabalhadores acerca de um preenchimento completo e fidedigno dos impressos do PN.

1

INTRODUÇÃO

1. Introdução

Parte-se do princípio básico que profissionais que atendem pessoas, especialmente os da saúde, registrem suas ações de forma completa e fiel aos fatos executados, haja vista a importância que as situações de saúde têm para a vida e futuro do indivíduo. Isso ocorre em impressos utilizados nos atendimentos, cuja elaboração pré implementação é baseada em normatizações e diretrizes. Simultaneamente aos impressos são originados os protocolos, manuais e guias para os trabalhadores.

Uma importante normatização que regulamenta o serviço em saúde, que inclui o da enfermagem, é a Norma Regulamentadora (NR) 32[1]. Esta norma estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde, a fim de prevenir acidentes e o adoecimento causado pelo trabalho. Para isso, em cada situação de risco são determinadas medidas preventivas e a capacitação dos trabalhadores para o trabalho seguro. Seu descumprimento poderá provocar a aplicação e o pagamento de multa imposta por auditores fiscais e da vigilância sanitária do trabalho[1,2]. Com isso, os serviços devem manter seu funcionamento conforme as determinações da norma.

As ações das instituições de saúde são baseadas em objetivos e metas lançados pelo governo federal brasileiro, dentro de suas competências legais e funções políticas. Uma vez

oficialmente lançados os documentos que definem os trâmites, seu seguimento é delegado aos profissionais envolvidos nestes atendimentos.

Por exemplo, a série Pactos pela Saúde do ano de 2006. Em suma, Gestores Estaduais verificaram que as características da saúde de cada estado brasileiro conferiam ampla diversidade e encontraram diferença na distribuição de subsídios e nos aspectos populacionais, os quais precisavam ser mais bem contemplados. Isso seria possível com um novo modelo de atenção baseado nos princípios do SUS, que necessitava então ser construído. Para isso, em meados de 2006, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) reuniu, discutiu e solicitou ao Ministério da Saúde (MS) revisão do processo normativo do SUS, com algumas prioridades, entre elas o fortalecimento da Atenção Básica/Primária[3] Para tal foi desenvolvida portaria que estabeleceu as diretrizes operacionais e o fluxo de incentivo financeiro[4]. Com base nestas diretrizes, cada Estado estimula seus municípios a desenvolver e praticar ações que busquem alcançar os objetivos delegados, como fez o estado do Amazonas[5].

Outro exemplo foi o que a Organização das Nações Unidas (ONU) fez em 2000. Ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que no Brasil são chamados de Oito Jeitos de Mudar o Mundo. Determina metas a serem atingidas, prazos para que elas sejam executadas e alcançadas, condutas a serem tomadas e protocolos a serem seguidos. Entre os protocolos existe o preenchimento dos sistemas de informação por profissionais competentes, desenvolvidos para condensar os dados das ações realizadas em seguimento aos manuais[6]. Com base nos dados condensados e no decorrer do processo são lançados documentos que informam a situação de saúde atual da população brasileira, apoiam o planejamento, implementação e monitoramento das ações, nas três esferas do governo de gestão SUS, visando garantir qualidade de vida e fiscalizar a promoção à saúde[7]. Os objetivos do milênio devem ser atingidos por todos os países do mundo até 2015 ou antes disso[6].

Em se tratando da área da Saúde da Mulher, devido às diversas fases da vida e facetas do cuidado a saúde feminina, a prática deve seguir rigorosamente os protocolos, não deve ser fragmentada e precisa contemplar as necessidades de saúde daquela mulher, família, população e contexto. Especificamente para o período gestacional, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em conjunto com o Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP), com os objetivos de cumprir as metas governamentais, padronizar as ações, otimizar o trabalho dos profissionais e principalmente garantir a qualidade da assistência prestada a este grupo populacional, elaboraram manuais e protocolos e impressos para serem seguidos e preenchidos durante um atendimento[8] e um sistema de informação que devem ser alimentados[9].

Os pareceres lançados pelo governo federal, estadual e municipal que retratam a situação da saúde local, além se serem de extrema importância para os profissionais que buscam a melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher, servem como base aliada para estudiosos que utilizam os registros como material de estudo e pesquisa. Portanto, se os impressos e sistemas estiverem preenchidos e alimentados adequadamente, são o reflexo fiel dos cuidados e das práticas em saúde exercidas, além de enriquecerem os resultados das pesquisas deste contexto.

O quadro teórico utilizado no estudo, por questões didáticas, foi subdividido em quatro partes, 1.1. História do Pré-Natal no Brasil, 1.2. Índices avaliativos do Pré-Natal, 1.3. A política de atenção à Saúde da Mulher e 1.4. A vacina antitetânica na gestação. Os trabalhos citados compõem um longo intervalo de datas, que mereceram ser estudadas graças à influência que os fatos das diferentes épocas históricas exercem na organização em saúde dos dias atuais.

As referências mais antigas são da década de 70, da qual foram utilizados trabalhos que iniciaram a elaboração de índices utilizados em processos avaliativos do PN e também as referências para as análises estatísticas. Da década de 80, graças aos movimentos políticos e

não políticos na atenção à saúde da mulher desta época foram utilizados diversos estudos sobre a mortalidade materna e aplicação dos índices avaliativos, mas a maioria estuda a implantação de programas de atenção ao PN, a verificação de sua efetividade e comparações com os índices atuais de mortalidade materna. Da década de 90 os estudos utilizados verificaram as causas e características que ainda afetavam os índices não satisfatórios, historiaram os novos programas (Programa Saúde da Família (PSF) pela Estratégia Saúde da Família (ESF)) e o PN no Brasil, teceram melhorias nos processos avaliativos e reflexivos, realizaram diversas avaliações locais de PN. Foram utilizados também estudos que contextualizavam a saúde no município de Campinas, SP e o tétano no município, no Estado, no Brasil e no mundo. E, do ano 2000 até os dias atuais, os trabalhos utilizados tratam das reorganizações políticas para a saúde da mulher, inclusive manuais, novos programas e sua eficácia, trabalhos reflexivos, além de apontamentos sobre as melhorias atingidas e as situações estagnadas na saúde pública.

1.1. **História do Pré-Natal no Brasil**

Na área da Saúde da Mulher são diversos os momentos de cuidado a saúde durante o ciclo vital deste grupo populacional: infância, adolescência, idade fértil, vida adulta, senescência, mulheres em situação de exclusão, mulheres em situação de violência sexual e doméstica, homossexuais, gestantes e outros. Para cada subgrupo o MS apresenta manuais de cuidado, leis em proteção e protocolos de atenção à saúde.

Dada influência que a saúde feminina tem nos âmbitos sociais, políticos, domésticos, familiares, de saúde, entre outros, a atenção à saúde a este grupo há décadas é tema principal de eventos científicos e de discussões políticas e torna-se uma questão de Saúde Pública.

O ciclo gravídico-puerperal inevitavelmente sujeita a mulher a alterações fisiológicas, as quais são influenciadas diretamente pela qualidade da assistência prestada no PN e no parto. Com isso, os coeficientes de morbidade e mortalidade materna e infantil tornam-se intimamente ligados e influenciados pelas condições dos atendimentos realizados neste período. A assistência PN é a resposta organizada dos serviços de saúde para o acompanhamento da mulher e de seu filho, que consiste na observação adequada e seguimento da mulher durante o período gestacional, que se estende desde a concepção até o início de trabalho de parto. Portanto, um acompanhamento inadequado pode gerar morbidade e mortalidade materna e infantil, somado as influências positivas e negativas que o contexto individual da mulher e as demais facetas do cuidado à saúde exercem sobre o indivíduo.

A atenção PN precisa consistir em assistência com olhar ampliado e não apenas em atendimentos às mulheres. Ela indica vulnerabilidade social da população. Cabe lembrar que são cinco os campos de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde, trazidos pela Carta de Ottawa em 1986, que pretendia trazer saúde para todos no ano 2000 e nos subsequentes[10].

Por longas décadas o corpo feminino era associado ao processo de reprodução biológica e o cuidado à saúde da mulher limitava-se a este período, visando unicamente um feto saudável. As funções sexuais, as questões de gênero e sociais não recebiam o mesmo olhar, de forma que a mulher ficava sem assistência na maior parte de sua vida[11-12].

A história do PN traz que a assistência durante a gestação iniciou-se na intenção de realizar uma puericultura precoce (intra-útero), como envolvimento com a demografia e crianças nascidas saudáveis, a fim de reduzir os índices de mortalidade infantil, e não como preocupação e proteção à mulher em si[13]. Intervir sobre os corpos maternos assegurava que

os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social[14], ou seja, pressupunha-se que se a mãe tinha um corpo saudável e estivesse livre de qualquer risco na gestação, seu filho seria igualmente saudável[15].

No passado, os partos eram realizados por 'aparadeiras', que eram figuras femininas com conhecimento empírico que assistiam as mulheres durante o trabalho de parto e parto, realizavam abortos e eram consultadas em questões ginecológicas e cuidados com o recém-nascido (RN). No Brasil, em 1808, Dom João VI lançou edital que incluía a disciplina de Arte Obstétrica na formação dos médicos, iniciando pelas escolas dos estados da Bahia e Rio de Janeiro, de forma que leigos e 'parteiras' então não poderiam mais realizar partos porque não possuíam um diploma para este exercício. Como consequência, o corpo feminino passou a ser visto com base nos princípios anatômicos, fisiológicos e patológicos sob a ótica masculina, colaborou significativamente para reduzir os índices de aborto e priorizou que o processo se finalizasse com mãe e filho sadios. A partir de 1840, a Obstetrícia foca as atenções em todos os ciclos da vida da mulher e nos diversos papéis que ela ocupa na família e na sociedade[16] considerados socialmente significativos na época.

No Brasil, na década de 1980, ocorreu a introdução de um programa de Saúde Pública que propunha e padronizava o atendimento das mulheres no âmbito da atenção integral à saúde e condenava ações isoladas. Ele se baseou e utilizou os princípios da integralidade e da universalidade na atenção à saúde da mulher e foi um marco na saúde reprodutiva das mulheres no Brasil. O fato de este programa (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM) contar com a regulação da fecundidade por meio do planejamento familiar, ainda que sem caráter coercitivo para as famílias, suscitou suspeita de que ele tivesse ocultado a intenção de controlar a natalidade, mas mesmo assim feministas lutaram pela sua implantação, pois, por outro lado, permitia a mulher controle sobre seu próprio corpo e de sua história reprodutiva[14].

Historicamente, a assistência PN foi um dos primeiros programas que recebeu atenção da Saúde Pública[17].

Apesar de a integralidade ser um princípio do SUS, os serviços que realizam partos mantêm insatisfatórios os índices de mortalidade por causas perinatais. Suscita-se que as causas são a falta de preocupação com o resultado da assistência, a falta de compromisso profissional, pouca atualização técnica, vínculo prejudicado com outros serviços de referência, entendimento restrito da relação profissional de saúde x mulher, ausência da percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização, entre outros. Com esta condição era indispensável propor mudanças no modelo assistencial vigente. Então o MS utilizou um programa que tinha a humanização como princípio estruturador como estratégia para melhorar este quadro, o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN)[18].

A atenção integral à saúde da mulher é um conceito que vem sendo tratado há cerca de quatro décadas, tanto por estudiosos do tema quanto por grupos de mulheres, todos em busca de um reconhecimento e valorização do corpo da mulher, do espaço que ela ocupa na família e na sociedade[19] e dos direitos que ela tem. Desta forma a área da Saúde da Mulher mundialmente historia de maneira gradativa seu espaço e importância na atenção à saúde, especialmente devido aos insatisfatórios índices de morbimortalidade materna e neonatal. Mortalidade materna são todas as mortes de mulheres ocorridas durante o ciclo gravídico-puerperal por causas relacionadas a ele ou agravadas por ele. Seu índice reflete as condições de vida desta população e a qualidade da assistência prestada durante o PN, parto e puerpério. No inicio do século XXI, em meados de 2007, no Brasil, 90% delas ocorreram por causas evitáveis e preveníveis[20] e 75% por causas obstétricas diretas[20-21].

Em 2000 esta meta ficou potencializada com o quinto objetivo do milênio, que consiste em reduzir a taxa de mortalidade materna em três quartos até 2015[6]. No ano de 2006 o Brasil

elaborou o Pacto pela Saúde, que definiu como uma das metas reduzir em 5% (cinco) em 2006 a razão de mortalidade materna[3]. Para isso, a qualidade da assistência prestada às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal é fator decisivo e precisa ser revista, uma vez que se trata de um período de grande vulnerabilidade e natural imunossupressão, ocorrida fisiologicamente em adaptação ao crescimento do feto.

É consenso entre os estudiosos da saúde da mulher que um PN de qualidade consiste em um importante efeito protetor contra doenças, um fator preventivo de complicações na gestação e parto e colabora significativamente para diminuir os índices de morbimortalidade materna e infantil, especialmente por causas evitáveis. Consiste no cumprimento de diversos itens numéricos somados à qualidade no atendimento, sendo a vacinação uma delas[20,22].

Em 1990, as doenças relacionadas à gestação e ao parto (incluindo os problemas perinatais) foram as mais importantes causas de morte nos países em desenvolvimento e, em números absolutos, foram de 20 a 150 vezes mais notificadas nos países pobres do que nos países desenvolvidos[23]. As pessoas mais empobrecidas são as mais expostas ao adoecimento e, em geral, as mulheres são as mais vulneráveis, pois trabalham mais horas, gastam mais tempo com atividades não remuneradas, diminuindo seu acesso aos bens sociais e aos serviços de saúde, além de ser o grupo mais afetado por morbidade provocada por violência, especialmente a doméstica e a sexual. As complicações se dão àquelas com menor nível de educação, diminuindo a qualidade de vida da família[21] e aquelas com situação econômica mais deficiente e com pouca escolaridade apresentam maior risco para realização de um PN inadequado[24]. A inadequação do PN está associada à baixa escolaridade materna, baixa renda familiar e ao atendimento nos serviços públicos de saúde, alguns fatos que alimentam os indicadores de pobreza do país[25].

No Brasil, em 1985, a mortalidade materna girou em torno de 50 óbitos por 100 mil nascidos vivos[21]; em 1997, aproximadamente 98% das mortes de mulheres por causas

maternas foram consideradas evitáveis[25]; em 1998, 75% dos óbitos de mulheres de 20 a 34 anos foram por causas obstétricas[21]. Muitas complicações e mortes poderiam ter sido evitadas com adoção de ações voltadas à qualidade da assistência prestada pelos profissionais dos serviços de saúde[25].

Um estudo que analisou os dados do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna de Curitiba-PR verificou que dos 25 óbitos maternos ocorridos no ano de 1994, 88% poderiam ter sido evitados por medidas de melhor assistência e 4% por ações educativas[15].

Em 2002, a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 74,5 por cem mil nascidos vivos e em Salvador, BA, era de 66 por cem mil nascidos vivos, sendo as doenças hipertensivas (incluindo a eclâmpsia), o aborto e as infecções puerperais as principais causas de morte. Mais uma vez, grande parte do adoecimento poderia ter sido evitado por meio de uma assistência adequada durante o PN[26]. Todos estes dados brasileiros vem ao encontro a estudos realizados no país no ano de 2003[27], em 2004[25] e nos realizados fora dele, como por exemplo na América Latina, que evidencia uma mortalidade materna de 23 mil mortes relacionadas principalmente a insuficiência de serviços de atenção PN[21], ainda que os locais da comparação sejam diferentes em muitos aspectos.

Com o PAISM desde meados dos anos 80, com o cumprimento dos protocolos em atenção ao binômio, ficavam garantidos a cobertura de PN e o início do mesmo antes das 16 semanas de gestação, porém índices de morbidade e mortalidade materna e a infantil continuavam sendo motivos de preocupação por ainda se encontrarem em níveis insatisfatórios[17]. O programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no PN, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres[11,12].

A implementação do programa baseou-se nos princípios do SUS e segue as diretrizes contidas na legislação básica (Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS)). Em se tratando de saúde, a NOB 96 consolida o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País[11]. Para sua implantação, o ministério considerou importante o resultado das pesquisas e estudos epidemiológicos realizados na área da saúde da mulher, pois elas eram as fornecedoras de subsídios técnico-científicos que norteariam e facilitariam o processo[14]. O diagnóstico situacional pós-implantação do PAISM trouxe benefícios acerca principalmente da cobertura de PN, mas era necessário diminuir os índices de mortalidade materna e infantil por causas perinatais e neonatais. O olhar ampliado, individualizado e humanizado consiste numa importante ferramenta.

Em 1999 o PSF foi instalado e considerado pelo MS como uma estratégia de mudanças do paradigma assistencial de saúde vigente marcadamente caracterizado pelo atendimento da demanda espontânea e eminentemente curativo. No ano de 2000, o MS realizou a revisão técnica do Manual de Assistência Pré-Natal que tinha sido normatizado em 1986, na qual incluiu o PN de baixo risco como uma das atividades passíveis de serem realizadas pela equipe de saúde da família por meio do PSF, a qual inclui o Enfermeiro. Mais tarde seria denominado como ESF, que foi instituída como resposta à crise estrutural no setor público de saúde. As gestantes de alto risco deveriam ser encaminhadas a serviços especializados[15].

O PHPN de 2002 buscava a redução das mortes mencionadas, visava resultados positivos, dados epidemiológicos mais favoráveis[17,18], buscava a qualidade da assistência prestada no PN na perspectiva dos direitos da cidadania[15] e vinha ao encontro com os programas já implantados, pois tinham como objetivo comum a assistência PN adequada[26]. Os serviços adotaram medidas que garantissem o acesso, a melhoria da cobertura e principalmente a qualidade do acompanhamento PN, puerpério a assistência neonatal. No PN

previa a captação precoce da mulher (antes da 16ª semana de gestação), garantia no mínimo seis consultas, fornecia a aplicação da dose imunizante ou de reforço da vacinação antitetânica (Vat), a realização de exames laboratoriais básicos, a inserção da mulher em programas educativos e o acolhimento da mulher e da família no CS[26].

A atenção voltada para a assistência PN se dá em todo o país e de forma similar apenas em estados de uma mesma região, porém quando comparado região com região, eles diferem entre si. Isso se dá provavelmente pelas peculiaridades de atenção que cada estado ou região demanda, por diferentes oportunidades de acesso aos serviços de saúde[21] e por culturas do cuidado à saúde transmitidas de geração para geração.

A implantação de programas de atenção à saúde, em especial de PN, permitem a padronização dos cuidados e uniformidades de diagnósticos, porém ainda há dificuldade de se estabelecer consenso sobre os indicadores que definem e caracterizam um PN como adequado[25]. A inadequação está associada à baixa escolaridade materna[21, 24-25], à baixa renda familiar e ao atendimento dos serviços públicos de saúde[25], indicando vulnerabilidade e empobrecimento da população. As políticas públicas destes programas baseiam-se nos coeficientes de mortalidade materna e perinatal para serem elaboradas, focam no ciclo grávido-puerperal e objetivam garantir acesso e disponibilidade das consultas, porém por vezes não encontram maneiras de contemplar a faceta mais importante que é a qualidade do conteúdo aplicado nos atendimentos de PN[17].

Após a implantação do PAISM em 1984 a cobertura de PN e o início dele no primeiro trimestre de gestação melhoraram significativamente e o PHPN garantiu uma assistência mais humanizada ao contexto mulher-família, porém a morbidade e a mortalidade materna e infantil se mantinham em números incoerentes com uma atenção de saúde adequada. Em busca de melhorar a qualidade desta assistência, avaliar o processo de implantação do programa e os resultados obtidos com sua prática era uma ação pertinente. O não cumprimento das normas e

rotinas estabelecidas pelo programa adotado é caracterizado como principal obstáculo para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência PN, especialmente em se tratando da inadequação dos registros das consultas e atendimentos[17].

Apesar dos estudos esclarecerem sobre a associação entre os fatores que alimentam os indicadores de pobreza no país e a inadequação do PN, os índices brasileiros de mortalidade e morbidade materno-infantil caíram de 1970 a 2000 e um dos fatores que interferiram positivamente na diminuição destes índices foram os cuidados no PN e no primeiro ano de vida. A viabilidade da queda destes índices se deu especialmente no início da década de 90, anos em que os serviços de saúde - inclusive os cuidados preventivos à população e imunizações - expandiram-se de maneira importante em todo o Brasil. Um serviço de saúde pública do SUS de um município gaúcho revelou que apenas a imunização antitetânica foi realizada mais frequentemente nos serviços de atendimento SUS do que nos demais locais[28].

Sobre o arquivamento dos dados da assistência às gestantes brasileiras, o Sistema de Pré-Natal, o SISPRENATAL, é um sistema informatizado elaborado para condensar os resultados da prática de PN do Brasil num único banco de dados. Ele deve ser alimentado com os registros manuscritos dos impressos realizados no local de realização do PN, comumente o CS (Ficha de Cadastramento da Gestante e Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL) que, somados aos documentos da gestante utilizados no PN (Cartão da Gestante (CG) e Ficha Obstétrica (FO)), devem espelhar o cumprimento dos procedimentos obrigatórios pelo PHPN e caracterizar a adequação do PN.

Cada gestante, em seu primeiro contato com o CS para diagnosticar a gravidez, que preferencialmente deve ser também o dia da sua primeira consulta de PN, deve ser cadastrada no sistema por meio dos dados da Ficha de Cadastramento da Gestante (Anexo–1). Esta numeração é fracionada em intervalos e fornecida aos CSs anualmente pela Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município. Cada número

deve ser usado uma única vez e válido em todo o país. Inicia-se com 35, que é o número do município de Campinas, SP no Estado, seguido dos dois últimos dígitos do ano vigente, seguido do número único da mulher no SISPRENATAL, por exemplo: 3513XXXXXX.

As práticas e atividades exercidas devem ser registradas integral e simultaneamente no CG (Anexo 2), na FO (Anexo 3) e na Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL (Anexo 4). Do Anexo 4 as informações são transcritas no sistema semanalmente, até os 42 dias pós parto, quando o PN se finaliza. Para que os dados inclusos neste sistema sejam analisados e avaliados, o preenchimento dos impressos é fator imprescindível e decisivo em se tratando de caracterizar uma assistência[29]. Com a implantação de programas, é necessário avaliar seu processo de implementação e os resultados obtidos com o programa[30].

1.2. **Índices avaliativos do PN**

Dois anos depois da implantação do PHPN, os dados do SISPRENATAL foram analisados num estudo que encontrou que apesar de aumentado 100% os registros de Vat de 2001 para 2002, apenas 2% (3298) das mulheres em 2001 e 5% (27799) em 2002 realizaram o conjunto das atividades assistenciais estabelecidas pelo programa. Além disso, foi encontrado um grande número de prontuários sem anotações e cartões de acompanhamento não preenchidos[31]. Em 2011 num município do interior de SP a cobertura do PN foi acima de 90%, mas a documentação da informação foi insuficiente[32]; no município do Rio de Janeiro em 2012 foi encontrada uma adequação de mais de 33% e discrepâncias entre os registros manuscritos e os dados dos sistemas[33].

Mesclar métodos qualitativos de avaliação dos programas de PN permite uma compreensão mais ampla e profunda da assistência. A opinião das mulheres sobre o PHPN foi, no geral, positiva, mas ocorreu uma discordância entre as recomendações do programa e os desejos e necessidades da gestante, fazendo com que ela trace seu próprio fluxo de atendimentos, o que frequentemente se caracteriza diferente do proposto e teoricamente mais adequado. A inclusão da perspectiva da mulher usuária permite flexibilização dos protocolos, individualizando os atendimentos e condutas[34].

As ações em prol da diminuição dos índices de morte materna e infantil consiste num grande desafio para os serviços de saúde, especialmente acerca da assistência a gestante e ao RN[18]. Os trabalhos científicos que utilizam registros informatizados ou não como objeto de pesquisa encontram resultados diversificados conforme o local investigado, porém o que encontram em comum é que o número de itens a ser cumpridos é inversamente proporcional a adequação do PN, que há diferença entre as informações manuscritas registradas nos documentos do PN e os dados encontrados ou no SISPRENATAL ou obtidos do relato das mulheres e que o não cumprimento das normas e rotinas estabelecidas pelo programa adotado é o principal obstáculo para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência PN, especialmente em se tratando da inadequação, ausência ou incompletude dos registros das consultas e atendimentos. Desta forma, os dados encontrados não necessariamente são a transcrição da realidade praticada. Inclusive a adaptação de índices de avaliação de PN foi prejudicada pela ausência de informação em uma das variáveis que o compunha[13, 15, 17-18, 20-21, 24-27, 31-32, 35-42].

Avaliar é a soma da medição das condições existentes, do processo de trabalho exercido e da verificação dos resultados obtidos, passando a ser produtiva quando comparado com os objetivos e metas a serem alcançados e emitir, ao fim, um juízo de valor. A avaliação feita no campo da saúde deve estar baseada nos conhecimentos existentes e disponíveis do objeto a ser avaliado e exige uma prévia formulação de hipóteses para direcionar a escolha dos

instrumentos a serem utilizados. Uma vez que a subjetividade é inerente ao processo avaliativo, a composição de métodos e instrumentos organizados e focados num objetivo permite que o juízo de valor seja emitido com maior coerência. Os métodos avaliativos quantitativos permitem avanços na prática de avaliação, pois os dados obtidos são importantes nortes para as decisões gerenciais em busca de eficiência nas ações e otimização dos recursos[43].

Conhecer a prática exercida e os dados obtidos com ela é uma estratégia para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência. Para tal, existem na área da saúde da mulher, mais especificamente no PN, alguns modelos de processos avaliativos do PN que merecem destaque. Em 1973 Kessner desenvolveu um indicador composto conhecido como Índice de Kessner, que se atenta ao mês do início do PN e ao número total de consultas no decorrer da gestação e, com base nestes dados, classifica o PN como Adequado, Intermediário ou Inadequado[42]. Em 1994 Kotelchuck teceu importantes comentários e fez alterações neste índice, ponderando o número de consultas pré-natais mediante a idade gestacional da primeira consulta e ao número de consultas realizadas até o parto e criou novas categorizações para a adequação da assistência PN, classificando em Inadequado, Intermediário, Adequado e Super Adequado. Ficou conhecido como Índice de Kotelchuck modificado[42,44].

Quick, Greenlick, Roghmann, em 1981, utilizaram a declaração de nascido vivo e a declaração de óbito infantil para comparar o atendimento PN de dois serviços em Portland, Oregon, Estados Unidos, associando com fatores sócio-demográficos e riscos clínico-obstétricos das mães. Para avaliação do PN basearam-se no Índice de Kessner, mas flexibilizaram a classificação Adequado, considerando o mês de início do PN, a idade gestacional que a mulher estava quando iniciou as consultas e quantas consultas foram realizadas no total[45].

Ainda em 1994 Kotelchuck demonstrou a associação do Índice de Kotelchuck modificado com os nascimentos de RNs de baixo peso[46]. Em conjunto com outros autores, em

1996 o mesmo pesquisador tentou quantificar a adequação do cuidado PN. Em 2004 Leal et al propuseram uma modificação ao Índice de Kotelchuck modificado para que mulheres de todas as características fossem inclusas nos métodos avaliativos[42]. Uma década depois da elaboração, autores brasileiros utilizaram do Índice de Kotelchuck para avaliar o PN de seus municípios[43]. Quinze anos mais tarde, pesquisadores da Filadélfia, Pensilvânia, aplicaram o Índice de Kessner e o de Kotelchuck numa população de nascimentos prematuros, verificando mais uma vez que o resultado da adequação do PN depende diretamente do índice utilizado. Concluíram que as pesquisas sobre avaliação de PN devem ponderar qual índice utilizar antes da aplicação do mesmo, especialmente nas mães que tiveram partos prematuros. Observam também que a adequação do PN vai muito além do número de consultas realizadas[47]. Em 2010 o próprio autor teceu perspectivas para o futuro acerca de programas de saúde de Boston, Massachusetts, Estados Unidos, descritos por outros autores, ponderando as características comuns entre eles e itens a serem melhorados[48].

Em 1998 Halpern et al. avaliaram o PN no sul brasileiro acrescentando o risco materno desenvolvido em 1970 por Chamberlain et al. e adaptado por Barros et al. em 1985, o qual pontua escores para a idade, paridade, história reprodutiva, diabetes, estatura materna, fumo e estado marital[35]. As pesquisas da atenção PN realizadas em épocas históricas diferentes e com grandes intervalos evidenciam a pertinência de avaliações contínuas.

A maioria dos estudos descrevem as características da atenção médica (cobertura, número de consultas pré-natais e tipo de parto), não atribuindo devida importância ou não atentando quanto à qualidade dos serviços. Um estudo do ano de 2001 agregou ao Índice de Kessner a verificação do conteúdo das consultas como indicador de adequação[41].

Baldin e Parada, 2007, para realizar uma avaliação da assistência PN de baixo risco de um município do interior do Estado de São Paulo, selecionaram prontuários a partir do número do SISPRENATAL, elaboraram e aplicaram um instrumento que permitia transcrever os dados

encontrados. O instrumento é subdividido em três partes: Dados de Identificação (seis questões), Informações sobre o Pré-Natal - prontuário da unidade de saúde (45 questões) e Informações do SISPRENATAL (quatro questões). Verificaram que a inadequação dos registros das consultas é um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência PN, considerando que o que não foi registrado, não foi realizado[20].

Uma recente avaliação de PN em instituição filantrópica paulista de 2011 verificou a idade gestacional de início, o número de consultas realizadas e a continuidade do atendimento e relacionou estes dados com as variáveis sócio demográficas, obstétricas e locais de início do PN. A adequação do PN se mostrou mais satisfatória quando associada a idade materna maior ou igual a 25 anos, parceiro fixo, gestante com trabalho remunerado, facilidade do acesso geográfico, presença do acompanhante na consulta e local de início do PN[49].

Algumas avaliações de PN utilizam Declaração de Nascido Vivo (DNV) como fonte de dados, porém a confiabilidade das estatísticas elaboradas com base neles é questionável devido ao preenchimento insatisfatório quanti e qualitativamente, feito por vezes por profissionais que não são da área da saúde e porque alguns dos itens que compõem a DNV precisam de interpretação das informações dos CGs para serem transcritos. Portanto obter dados diretamente das mulheres e dos registros dos atendimentos de PN (CG e FO) certamente é uma opção mais confiável[47]. As próprias mulheres reconhecem o valor do CG para a continuidade da sua assistência PN[50].

Estudiosos do PN reconhecem os registros como um material de referência e que servem para o aperfeiçoamento do ensino e da pesquisa, porém encontrar manuscritos precários nos serviços de atenção básica não é uma novidade para eles[39]. Os registros do PN com frequência não são claros quanto a situações significativas no cuidado em saúde da população feminina e por vezes não denuncia sequer a violência doméstica. Os atendimentos de PN se concentram basicamente na saúde física e psicológica da gestante e seus registros

são frequentemente incompletos, não contemplam dados socioeconômicos, a história de vida, o significado da gravidez para a família, a condição de vida das mulheres e sugerem omissões e subrregistros, inviabilizando iniciativas de enfrentamento[51].

Estudos que verificaram CGs de mulheres hospitalizadas por ocasião do parto encontraram que ações de caráter preventivo na assistência PN são menos descritas do que informações sobre o parto[37]. A significativa discordância e discrepância entre os dados obtidos pelo informe verbal de puérperas e os registros em seus CGs acerca da assistência recebida na gestação ainda é o cenário do cuidado em saúde nos dias atuais[37-38].

1.3. **Políticas de atenção à Saúde da Mulher**

A federação brasileira por meio do MS preconiza e delega o atendimento PN por meio de protocolos de ações, mas cada Estado desenvolve sua linha de cuidado para contemplar suas respectivas necessidades. Linha de cuidado consiste num conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas do período gestacional e puerperal, a serem ofertados de forma articulada com o SUS e por meio dele, tais como classificação de risco, atenção especializada nos diversos níveis de complexidade em atenção à gestante, período pré-concepcional e puerperal, ações educativas e planejamento familiar, entre outras. Assim se dá também nos municípios, que devem basear suas ações nos protocolos clínicos e manuais técnicos, porém podem adaptá-los sem perder a essência. As mudanças introduzidas em cada nova edição dos protocolos visam adequar as práticas em saúde à realidade específica e atual, especialmente quanto ao enfrentamento dos fatores que se relacionam às causas mais frequentes de mortalidade materna e neonatal. Todas as instâncias governamentais devem tecer suas novas propostas

em consonância com as recomendações dos órgãos regulatórios brasileiros e da Organização Mundial da Saúde (OMS)[52].

Apesar de estudos confirmarem o aumento da cobertura de atenção PN nas últimas duas décadas[41,53], garantir a qualidade dos atendimentos e permitir uma boa condição de saúde para a mulher e o RN permanece sendo o maior desafio. No contexto de saúde atual é possível que a melhoria da qualidade da assistência ocorra por meio de uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços, sendo fundamental que os profissionais envolvidos em todas as instâncias do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação de forma adequada e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico científico ao compromisso, visando um resultado satisfatório da atenção. Otimizar os recursos humanos e materiais existentes, além de verificar outros fatores relativos ao desenvolvimento econômico, social e humano de cada localidade, colabora com o progressivo enfrentamento da morbimortalidade materna e perinatal[52].

Historicamente, a atenção à saúde era meramente curativa e centralizada na função médica e, portanto, sob seus interesses. Era atribuída importância e dedicado atenção apenas para as situações de emergência em saúde, como nas epidemias, por exemplo. A atenção denominada básica passou a ter importância com as conferências nacionais em saúde, pois os olhares foram lançados ao futuro e então surgiram os serviços ambulatoriais gerais, que permitiam a identificação de problemas específicos da saúde pública. Com tempo de prática, o modelo de educação sanitária sofreu modificações e realinhamento tecnológico, pois as autoridades não contavam com uma complexidade inerente ao processo de atenção à saúde neste nível de cuidado[54].

O ser humano é essencialmente complexo e sua interação com o universo no qual ele está inserido é mais complexo. O complexo origina-se do emaranhado de eventos, interações, retroações, incidentes, que constituem o mundo dos fenômenos. Não pressupõe eliminação da

simplificação, mas uma perspectiva que assume lacunas perante as dificuldades empíricas e lógicas, quando as explicações da simplificação não se mostram suficientes. Associando esta complexidade aos atendimentos da atenção primária à saúde, verifica-se que a equipe multiprofissional necessita criar vínculos com os usuários. Isso se dá de modo salutar por intermédio da corresponsabilização na resolução dos problemas de saúde do indivíduo e com a coparticipação do mesmo no planejamento da assistência. Desta forma ocorre um processo gradativo de horizontalização e humanização da relação profissional de saúde com o usuário e é construído um perfil individual do cuidado. A complexidade inerente desta abordagem deve conhecer e valorizar os saberes do usuário, suas dimensões sociais, seu entorno sociocultural, as questões psicológicas e os aspectos comportamentais implicados na doença. Ou seja, o aspecto subjetivo da doença e o relacional profissional-paciente não podem ser marginalizados[55].

A discrepância entre a produção do conhecimento e a intervenção nos estilos de expressão do indivíduo, não pode reduzir essa enorme complexidade a um paradigma único, a apenas uma forma de expressão de sua produção, em reduzir o campo a uma única dimensão, diminuindo-o e empobrecendo-o[56]. Ou seja, a prática em saúde do indivíduo, desde que cumpridos os critérios mínimos de higiene e assepsia, não necessariamente precisa cumprir os passos pré-definidos das práticas biomédicas protocoladas. Por outro lado, o serviço precisa assegurar uma otimização de seus recursos técnicos, humanos e físicos visando uma assistência de qualidade. Sob esta ótica, o serviço de atenção primária torna-se o serviço de maior complexidade de todos. A complexidade do processo é inerente às atitudes de saúde na atenção primária que, apesar de seguir a essência da prevenção, conota uma ilusória ideia de previsível.

Os processos avaliativos são de fundamental importância não apenas pelo histórico da atenção básica à saúde no Brasil, mas para se cumprir com o objetivo do MS em obter um

resultado satisfatório da atenção, que será atingido uma vez que se conheça o que precisa ser melhorado. Para a avaliação, é necessário delimitar critérios, normalmente baseados na resolutividade das ações desenvolvidas[53], incluindo todo o processo que se deu até a finalização no contexto encontrado. Ou seja, para a avaliação é recomendado análise da estrutura, do processo e do resultado e uma das formas é a investigação do conteúdo da atenção ofertada no nível de assistência estudado. Em se tratando de qualidade dedicada ao PN, os principais problemas são o não cumprimento das normas e rotinas e o não preenchimento de registros, ambos pelos profissionais, e a constatação de que os cuidados dispensados são inversamente proporcionais às necessidades e desejos das mulheres[41].

O não cumprimento das normas e rotinas e o não preenchimento de registros ficam mais evidenciados quando pesquisas analisam os dados dos sistemas de registros de PN. Atualmente foi desenvolvido o SISPRENATAL web, sistema no qual digitador e profissionais de saúde o alimenta, em processo se estruturação de recursos para que ocorra concomitantemente com a assistência, com o objetivo de evitar perda de informações. O fato da digitação no sistema por vezes se dar por profissional desvinculado do atendimento PN, ora em dia diferente da vacinação, pode ser prejudicial à computação fidedigna dos dados[31]. O analfabetismo digital de alguns profissionais da saúde e o fato do digitador ser desvinculado da assistência PN prejudica a inserção das informações do PN no sistema.

Ainda que estudos mostrem que a atenção ao PN é mais satisfatória em serviços que regem seus atendimentos sob as diretrizes da ESF[53, 57-58] do que os que os regem por outras diretrizes, o que melhorou significativamente a atenção à saúde da população brasileira (inclusive às mulheres), o raciocínio sobre o processo e resultado dos serviços de saúde não pode ser desvinculado de duas situações: do valor da vida de cada indivíduo e dos custos que a saúde representa ao país. Assim, a contemplação das necessidades individuais das mulheres,

a captação precoce das indivíduas e manutenção do vínculo delas com o serviço são importantes ações em prol da qualidade da assistência.

Em se tratando de acesso as consultas, as informações e os direitos do cidadão, um estudo de 2008 que coletou dados em 2006 obteve relatos de gestantes que referiram que um dos maiores obstáculos encontrados para o início e/ou continuidade do PN era o acesso ao primeiro atendimento, o tempo de espera para a consulta e a falta de vínculo com o profissional que realiza a assistência[59]. Três anos depois foi citado por mulheres como barreiras para o acesso a demora na marcação de consultas, insegurança com os serviços e escassez de profissionais[60]. Esses obstáculos e barreiras podem representar uma ameaça à continuidade da assistência com qualidade[59] e uma ameaça ao desejo da paciente acerca dos cuidados de sua saúde evidenciada por discordâncias entre a assistência prestada e os desejos e necessidades das mulheres[34], chegando a ser inversamente proporcional[41].

Sem informações necessárias fornecidas pelos profissionais durante o PN torna-se inviável ou dificultado para a mulher construir um plano de parto. O diálogo valorizando a importância do envolvimento, do protagonismo e da participação efetiva da mulher nesse evento amplia o poder de escolha das usuárias[61]. Gestantes que verbalizam suas necessidades, escolhas e preferências, referem que desejam participar nas decisões sobre seu parto, mas que não encontram condições favoráveis para a viabilização desta intenção, tendo impedido seu direito à escolha informada em relação ao seu parto e sobre sua vida, não é contexto novo na atenção a saúde no Brasil[62]. Este é o início do percurso a ser adotado pelas mulheres em prol do empoderamento feminino.

1.4. **A vacina antitetânica na gestação**

Em se tratando especificamente das imunizações, tendo em vista a escassez de recursos destinados à elaboração de vacinas e ao tempo de implantação das mesmas no Brasil, deve ser observado que o custo das novas vacinas deve ser avaliado em relação ao custo das doenças para as famílias e para a sociedade. Nenhuma análise fármaco-econômica será favorável e induzirá à introdução de novas vacinas enquanto houver subnotificação das doenças, seja por falta de recursos diagnósticos ou por falhas no registro dos casos[63].

Numa pesquisa sobre demografia em saúde de 38 países em desenvolvimento em sete anos entre a década de 80 a 90, a porcentagem de nascimentos de mães imunizadas na gestação contra o tétano sobre a porcentagem de mulheres que realizam o PN mostrou-se baixa. No Brasil em 1986, 74% das mulheres realizaram PN, 40% estavam imunizadas contra o tétano, significando que 54% dos nascimentos se deram protegidos contra esta doença. Essas informações sugerem que os serviços de PN dos países não devem perder oportunidades de imunizar suas gestantes, especialmente quando a informação sobre a cobertura de vacinação contra o tétano na gestação não é avaliada e geralmente não está disponível[64].

Em Campinas-SP, o protocolo de assistência do município do ano de 1999 indicava a Vat a partir da 20ª semana, sendo sua administração uma das competências da enfermagem[65]. Hoje é seguido um protocolo de assistência que orienta a aplicação de duas doses até o parto para os esquemas incompletos ou uma dose de reforço para as vacinadas há mais de cinco anos[66], porém não esclarece sobre a fase da gestação que o esquema vacinal deva ser iniciado.

Em 2006 o Estado de SP lançou uma cartilha para organizar os registros dos imunobiológicos, na qual determina utilizar o seguinte esquema na gravidez: na gestante nunca vacinada aplicar três doses, uma delas no mínimo de dois até 20 dias antes do parto, com

intervalo mínimo entre as doses de 30 dias e sugerido de 60 dias; nas previamente vacinadas completar o esquema; uma dose de reforço nas gestantes com esquema completo, se a última dose tiver sido aplicada há mais de cinco anos[67], porém não esclarece sobre a fase da gestação em que esta vacinação deve ser iniciada.

A Associação Brasileira de Imunizações (SBIm), no Calendário de Vacinação da Mulher, recomenda reforço de dupla adulto para as gestantes vacinadas há mais de cinco anos no segundo ou no terceiro trimestre de gravidez[68] e o de 2010 sugere que o faça no segundo trimestre de gravidez; para as gestantes com esquema incompleto, completar o esquema com uma ou duas doses com intervalo de dois meses entre elas, aplicadas também a partir do segundo trimestre de gravidez. Em casos de vacinação desconhecida, iniciar esquema completo a partir do quarto mês de gestação, com dois meses de intervalo e uma terceira dose pós-parto seis meses depois da segunda dose[69].

O Manual do Pré-Natal e Puerpério do Estado de São Paulo de 2010, que institui a Vat de acordo com a Norma Técnica do Programa de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, recomenda completar o esquema vacinal daquelas que o tem incompleto com uma ou duas doses, com intervalo mínimo de quatro semanas e recomendado de dois meses, a fim de completar três doses; quando no esquema completo, aplicar uma dose de reforço para aquelas que tiverem a data da última dose há mais de cinco anos; e para as que não são previamente vacinadas, aplicar a primeira dose precocemente na gestação, a segunda, com intervalo de dois meses (mínimo de quatro semanas) e uma preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto[52].

Pelos meios de comunicação o MS enfatiza a importância da vacinação nas diferentes faixas etárias. Isso se dá especialmente antes e durante as campanhas, período no qual os profissionais de saúde solicitam a carteira de vacinação para registro e exacerbam a importância da conservação do documento, visto a significância da história vacinal prévia do

indivíduo para a continuidade adequada da prevenção. No Brasil, a cultura do cuidado insuficiente ou inadequado com este documento (a carteira de vacina é mais bem conservada na primeira infância e o CG durante o PN) somado a questões particulares de alguns brasileiros (escolaridade precária, analfabetismo funcional), relatar o *status* vacinal do passado pode se tornar difícil ou inverídico. Desta forma, quando não há comprovação ou registros de recebimento de vacina anteriormente, não há outra opção além de realizar o esquema completo de vacinação contra difteria e tétano (dT) na gestação, conforme ditam os protocolos.

O controle e a organização de aplicação de vacina dos serviços de saúde na atenção primária requer registro em diversos documentos que, somado ao já citado déficit de conservação com os documentos comprobatórios, a prática das aplicações torna-se bastante problemática. Até aproximadamente 2009 no município estudado, as práticas de vacinação na gestação conforme os protocolos de 1999[65], a cartilha de orientação de 2006[67] e o protocolo de 2008[66] ocorriam apenas com a antitetânica, que era indicada normalmente após o primeiro trimestre de gravidez. A prática profissional da autora permite apontar importantes lacunas de registros das vacinas nos impressos do PN. Em 2009/2010 foi inserida a vacina contra influenza do tipo H1N1 decorrente da epidemia ocorrida neste período e a introdução na prática da vacina contra Hepatite B ocorreu no final de 2012.

A aplicação da vacina dupla adulto (contra difteria e tétano) durante a gestação previne o tétano acidental para a mulher e o tétano neonatal para o feto. Na Áustria, em 2011, numa análise do sangue do cordão umbilical de neonatos acerca da presença de anticorpos contra tétano de 99 mães vacinadas, 85,8% (85 indivíduos) conferiram imunidade[70].

A Food and Drugs Administration (FDA), num estudo sobre recomendação de vacinas durante a gestação e amamentação, classifica a antitetânica na classe C de drogas utilizadas na gravidez por ainda não conter evidências científicas claras de segurança da aplicação durante a gravidez. Apesar de não haver comprovantes teóricos e bem fundamentados sobre

os males causados pela vacinação excedente na mulher, uma avaliação individual do estado de imunização de cada gestante gera vacinações pertinentes e apropriadas[71] e são indicadas mundialmente na prevenção de doenças. Os benefícios da vacinação em mulheres grávidas devem superar os riscos potenciais, por exemplo, quando há probabilidade de exposição à doença, quando a infecção pode colocar em risco a mãe e o feto e quando não há possibilidade da vacina causar danos. Sugere-se que as altas coberturas vacinais sejam mantidas ao longo do tempo, incluindo a vacinação das mulheres no pós-parto[72].

A proporção de mulheres vacinadas contra tétano em relação ao total das que fizeram PN na América Latina em 1994 era de 60% e no Brasil era 54%[64]. Sabe-se que a vacinação na gravidez contra tétano além de gerar transmissão de anticorpos para o feto via placentária e conferir altas taxas de imunidade aos neonatos[70], não gera riscos para o feto quando a vacinação da mãe se dá com toxóides e vacinas virais inativadas[52, 71-75]. Especificamente no Brasil, país com diferenças regionais no cuidado à saúde, um programa de vacinação contra tétano na gravidez é pertinente[74].

Os casos de tétano acidental são mais comuns em áreas geográficas de menor desenvolvimento econômico-social, acomete qualquer idade e é mais comum em grupos de vulnerabilidade a ferimentos. Em 2008 a maioria dos 331 casos notificados no Brasil ocorreu com pessoas entre 25 a 64 anos; em 2010 a letalidade foi de 34%, sendo considerada elevada quando comparada aos índices dos países desenvolvidos, que é de 10 a 17%[76]. Em 1993 nos países em desenvolvimento, o tétano ainda era a maior causa de mortalidade neonatal[64]. No estado de Pernambuco, região Nordeste e desigual do Brasil, no ano de 1998 ocorreram 753 casos de tétano e uma fatalidade de 7,84 por 1000000 indivíduos[77].

Depois que o tétano neonatal foi considerado mundialmente um problema de saúde pública, sua incidência reduziu consideravelmente e a OMS estabeleceu como aceitável a meta de um caso a cada 1000 nascidos vivos por município. Apesar de no Brasil terem ocorrido entre

2003 e 2008, 66 casos de tétano neonatal, em 2008 foram seis, valor este que está abaixo do preconizado pela OMS, porém ao analisar isoladamente cada município e a região a que ele pertence, nota-se uma concentração dos casos numa mesma região, concluindo que a meta não foi alcançada[78], considerando que as condições socioeconômicas e de desenvolvimento regionais desiguais do país ficam ocultas quando o coeficiente de mortalidade infantil é analisado no país todo[20].

Sobre mortes neonatais do mundo, 99% aconteceram em países em desenvolvimento. No Paquistão, país em desenvolvimento, em 2005, 36% das mortes neonatais tiveram as infecções severas como causa, e o tétano ocupou a segunda causa de morte sendo responsável por 7% delas[79]. Na Índia, em 2010, quatro de cinco crianças estudadas morreram por tétano neonatal antes do sexto dia de vida. A educação em saúde apropriada somada ao acesso aos serviços de cuidados pré-natais de qualidade, os quais incluía a imunização contra o tétano para as gestantes são as principais estratégias para erradicar esta doença prevenível[80]. Como dificultador ou impeditivo ao processo natural de mumificação do coto umbilical, perduram crendices popularizadas e transgeracionais sobre o cuidado com o mesmo[81].

Na Nigéria, de 1991 a 1995, apenas 37 de 164 mulheres tiveram sua Vat na gestação ocorrida de maneira pertinente. Os neonatos hospitalizados devido ao tétano neonatal morreram no período de incubação da doença (com seis dias de vida ou menos). Apesar disso, as causas de mortes dos RNs, nesta faixa etária, estão associadas principalmente à dificuldade de acesso de suas mães aos serviços de cuidados pré-natais e ao baixo peso ao nascer. Exercer práticas higiênicas estéreis no trabalho de parto e no clampeamento e corte do cordão umbilical são medidas importantes de serem adotadas para a prevenção do tétano neonatal e redução das mortalidades por esta causa em países em desenvolvimento[82].

Analisando a história de 67 crianças com diagnóstico de tétano neonatal que acompanhavam no ambulatório de um hospital do município da Turquia de 1991 a 2006, 55 sofreram internações e 41,8% (28) morreram desta causa. As características comuns entre estas crianças eram ter nascido em casa, ter nascido com baixo peso e serem filhos de mães jovens. Os autores concluíram que para o país definir como objetivo a eliminação do tétano neonatal, uma vez que ele é a primeira causa de morte em países em desenvolvimento, as estratégias são realizar educação em massa, facilitar o acesso das mulheres aos serviços de PN e aumentar significativamente a vacinação das gestantes contra o tétano[83]. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e assistência PN inadequada é encontrado também em outros países em desenvolvimento, como, por exemplo, no Paquistão[79] e no norte e nordeste do Brasil[84]. De 40576 mortes de crianças na Indonésia de 1994 a 2003 (intermitentemente), 442 foram neonatais precoces, tendo sido possível verificar uma redução significativa de chance de morrer entre as crianças de mães que, de maneira decrescente: fizeram PN, receberam complementação de ferro e ácido fólico na gravidez e tomaram pelo menos duas doses de antitetânica na gestação[85].

Além do acesso facilitado aos serviços de saúde no PN, da coleta de exames mínimos da mãe durante a gestação, das vacinações pertinentes para mãe contra o tétano, da higiene adequada no corte do cordão umbilical após o nascimento e depois os cuidados com este coto até sua mumificação, da amamentação precoce e da higiene corpórea do RN, outro mecanismo protetor em 50% de morbimortalidade contra o tétano neonatal, no sul da Ásia, foi a realização da visita domiciliar e as atividades da comunidade[75].

Os índices de cuidados pré-natais são aplicados e avaliam a adequação com base nos protocolos e programas de atenção à mulher[22], porém para avaliar o atendimento dos pré-natais com desfecho em nascimentos com menos de 37 semanas é necessário que haja uma

avaliação específica[47]. No Paquistão, em se tratando dos critérios de adequação de PN, é considerado satisfatório quando as mulheres têm quatro ou mais consultas de PN[79].

A saúde e a doença são consequências de diversos fatores (sociais, econômicos, culturais, históricos) que seguem em conformidade com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada país, permitindo que as desigualdades revelem-se nos índices de morbimortalidade. Os empobrecidos e com menor nível de educação são mais susceptíveis ao adoecimento e as mulheres são ainda mais vulneráveis, pois trabalham mais horas, gastam mais tempo com atividades não remuneradas, diminuindo seu acesso aos bens sociais e aos serviços de saúde[21]. Uma das características comum entre os países citados e os demais em desenvolvimento (por exemplo, o Brasil) é a precariedade da assistência à gestante e a criança e que o tétano, apesar de ser uma doença prevenível por imunização disponível nos serviços de atenção básica, ainda é causa de números importantes de mortes, interferindo na saúde pública e merecendo atenção específica.

As normas vigentes na assistência a gestante no estado de São Paulo, Brasil defende que qualquer dose recebida deve ser considerada, mas assim se caracterizará exclusivamente com apresentação do comprovante de vacinação anterior. Esclarece que não foram relatados cientificamente eventos adversos para o feto em decorrência da aplicação dos toxóides diftérico e tetânico em qualquer fase da gestação, e defende que a aplicação da segunda ou da terceira dose, dependendo de cada caso, seja feita 20 dias antes da data do parto[52]. para que os anticorpos da mulher estejam circulantes na concentração máxima durante o procedimento do parto. O CLAP concorda que não existem indícios de efeitos teratogênicos produzidos pela vacina, mas recomenda administrar as doses de reforço depois do quarto mês de gestação e, no mínimo, um mês antes da data prevista do parto. É enfático em estabelecer o intervalo mínimo de quatro semanas entre as doses e não define o intervalo máximo[73].

Há variação de cobertura vacinal contra o tétano nos diferentes serviços de saúde. Na maioria dos que este índice é baixo, não está associado à falta de insumos para a aplicação do imunobiológico e sim a baixa adesão dos profissionais de saúde e/ou das gestantes ao protocolo de vacinação vigente e a problemas no registro da Vat no CG e demais documentos, fatores estes que merecem melhor investigação para nortear estratégias de ação futuras[33]. Além disso, a diferença entre os dados do DATASUS e do SISPRENATAL comparado com os registros do CG, reforça que a integração entre os profissionais da equipe é prejudicada e que os setores não dialogam entre si, uma vez que a vacinação é realizada por profissional desvinculado ao atendimento PN, por vezes até em dia diferente[31].

Em relação à avaliação da assistência PN no Brasil, três indicadores apontam problemas: um é a alta incidência de sífilis congênita (24/1000 nascidos vivos no SUS), a segunda é a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) que ainda é a principal causa de óbitos maternos, e a terceira é a baixa cobertura de vacinação contra o tétano no país (apenas 37% das gestantes são vacinadas), todas as situações dependem de ações preventivas da atenção básica[20,21], ações simples sob a ótica da execução.

São passos importantes para os que buscam qualidade e excelência nos atendimentos e buscam cumprir os princípios de humanização do SUS: realizar avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; realizar acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações dos serviços de saúde e que os gestores exerçam monitoramento dos indicadores de qualidade para redefinir estratégias[21]. Hoje a avaliação da prática é uma preocupação dos serviços, pois esta avaliação norteia a análise crítica acerca do 'que' e 'como' esta prática ocorre[20].

Na ausência do registro da informação é difícil fazer inferências sobre a qualidade e até mesmo sobre a quantidade, porém é importante que as informações existentes sejam conhecidas e analisadas. Em um processo biológico de significância para a saúde da população

em geral e para os aspectos sociais, financeiros, estatísticos e políticos como o ciclo gravídico-puerperal possui, o registro dessas informações e dados devem ocorrer da maneira mais fidedigna possível com a realidade praticada e nos diversos impressos de forma completa[20].

As pesquisas científicas que utilizam os registros de saúde e sistemas informatizados de dados como material de estudo diagnostica como a digitação é praticada, o que nem sempre é o reflexo fidedigno da realidade vivenciada pelas mulheres. Isso permite ponderar duas situações distintas: os espaços não preenchidos nos impressos podem ser entendidos como não realizados ou como não registrados, evidenciando a subnotificação das situações e dos ocorridos com a mulher durante o PN e nos documentos referentes a ele, terminando, por responsabilidade deste viés, em resultados ora não fiéis à realidade ocorrida. Ocorre então que o CG, que é a ligação da assistência prestada à mulher entre os diferentes níveis de atendimento de saúde, é um dos documentos do PN que pode não refletir fielmente as ocorrências ou ser a transcrição verdadeira delas. Com isto, comparar dados encontrados neste tipo de documento com o referido pela gestante sugere uma investigação pertinente, e mais significante se este dado for buscado na FO da usuária no local de realização do PN.

A experiência profissional da autora permitiu conhecer a realidade de preenchimento dos documentos do PN, que nos dias atuais mantém lacunas, atribuindo necessidade, significância e pertinência a processos científicos avaliativos, justificando o estudo em questão, especialmente naqueles onde um mesmo dado é coletado de fontes diferentes e permite comparações entre si.

2

OBJETIVOS

2. Objetivos

- Avaliar os registros acerca da vacinação antitetânica na gestação,

- Verificar a conformidade entre os registros acerca da vacinação no pré-natal e o relato das mulheres.

3

METODOLOGIA

3. Metodologia

3.1. Tipo do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal com abordagem quantitativa e caráter avaliativo.

No estudo exploratório, os pesquisadores buscam informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno, particularmente quando se sabe pouco sobre o fenômeno. São utilizados também para determinar diferenças entre variáveis, onde é enfatizada a amplitude e não a profundidade das informações[86].

Estudos transversais são aqueles que coletam dados de uma ocasião, ou seja, envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo, os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados, levantam e colecionam dados de um corte do tempo. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. Comumente é um delineamento econômico e de controle satisfatório. Neste caso, o uso deste delineamento, ao

invés de dificultar as inferências sobre as diferenças dos achados, mudanças estas que são esperadas quando se trata de grupo específico e ativo num período de tempo, a diversidade dos registros estudados é diretamente ligada e reflete os diferentes comportamentos dos profissionais quanto aos registros[87].

A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação, sem procurar necessariamente estabelecer uma conexão causal. Eles descrevem os eventos, mensuram e expressam variáveis numericamente e usam a análise estatística para tratamento dos dados[87].

A pesquisa com caráter quantitativo caracteriza o plano geral deste estudo, em busca de testar as hipóteses e responder a questão de pesquisa, por meio da comparação de uma mesma informação coletada de três fontes diferentes. As avaliações são um tipo específico de pesquisa quantitativa, que são utilizadas para descobrir como funciona um programa, uma prática ou uma politica. Neste estudo, foi utilizado o sub-grupo de avaliação chamado de 'análise de resultado', pois foi documentada a extensão em que as metas de um programa são atingidas, ou seja, a extensão em que ocorrem resultados positivos[87].

Para caracterizar o atendimento PN prestado e analisar o diagnóstico situacional, a avaliação dos registros é sempre muito pertinente. Neste tipo de estudo, algumas características permitem determinar o tipo de adequação, entre elas, 1) o volume de informações registradas, 2) como ocorrem os preenchimentos e a 3) qualidade dos manuscritos que os profissionais realizam. De forma inerente aos processos avaliativos, estas três características das avaliações dos registros interferem significativamente e classificam a adequação do atendimento, porém neste estudo avaliar-se-á apenas o conteúdo dos registros acerca da vacinação.

3.2. Projeto piloto

O cálculo amostral é feito com base nos valores dos estudos científicos de desenhos semelhantes e, como não foi encontrado, foi necessário realizar um estudo piloto.

Um estudo nomeado de piloto é aquele com caráter inédito no meio cientifico. Trata-se de uma iniciativa que possibilita obter dados e associações naquele material de investigação, subsidiando estudos posteriores e similares com uma amostragem mais significativa, os quais de fato irão provocar a validade externa dos achados[88].

Os estudos deste caráter precisam cumprem o mesmo percurso ético que qualquer outro. Para obtenção da autorização para a coleta de dados, foi feita uma visita presencial para explicar a metodologia para as autoridades e foi entregue uma via impressa do projeto e um protocolo de solicitação de autorização padronizado pela instituição. O projeto piloto foi analisado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do hospital. Durante o processo de análise foram feitos contatos telefônicos com uma integrante da Comissão solicitando ciência das fases de análise do projeto. Após autorização do hospital (por meio da Diretoria Clínica e Comissão) e da aprovação do CEP-FCM (sob parecer número 96497), os dados foram coletados.

Para organizar a entrada da pesquisadora no hospital, as gerentes de Enfermagem informaram os profissionais trabalhadores dos setores de recepção, segurança, andares de internação SUS, Centro Obstétrico (CO) e Centro Cirúrgico (CC) acerca da presença da pesquisadora. Diariamente a pesquisadora comparecia na recepção, a equipe de segurança anunciava a entrada e o funcionário do setor autorizava a entrada da mesma, que realizava a visita, nesta ordem, ao CO, ao CC e ao andar de internação.

A escolha pelos nascimentos ocorridos entre as 3h do dia anterior até as 02h59min do presente dia foi imitada da pesquisa ‘Nascer no Brasil’, patrocinada pelo Fiocruz, realizada em

maternidades brasileiras, que teve como objetivo realizar um inquérito sobre os partos e nascimentos ocorridos no país. Optou-se por selecionar as mulheres cujos partos se deram no intervalo de horário acima pelo fato de contemplar os nascimentos ocorridos em 24 horas, havia terminado o primeiro dia do puerpério mediato, caracterizado por diferentes formas de reação da mulher e após o qual ela teria uma condição psicológica e emocional de responder efetivamente sobre seu desejo de participar da pesquisa.

As mulheres foram localizadas pelo Livro de Nascimento de cada setor (CO e CC), o qual era solicitado diariamente e dele eram transcritos os dados necessários em num roteiro-guia (Apêndice 1). Em seguida a pesquisadora se deslocava até o andar de internação, onde as mulheres estavam hospitalizadas e nele os leitos eram confirmados com a planilha de internação da enfermeira, pois poderia ter sido necessário o remanejamento de leito.

O convite para participar da pesquisa era feito a beira do leito de cada mulher. Foi esclarecida a intenção da autora, fornecidas explicações sobre a metodologia, o que era preciso fazer para poder participar (responder a pergunta sobre vacina e autorizar a fotografia do seu CG), o zelo ético, garantia do anonimato, o compromisso científico a que os seus dados seriam destinados e solucionadas possíveis dúvidas.

Nas situações de aceite ou autorização para participar (no caso das menores de idade para este segundo caso), uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) era assinada pela pesquisadora e entregue para a mulher e ela assinava uma via idêntica e devolvia para a autora. O documento contém possibilidades de contato e detalhes sobre a pesquisa. As perguntas desta etapa eram organizadas em outro roteiro-guia (Apêndice 3).

A próxima etapa foi fotografar os CGs. Os documentos ficam arquivados nos prontuários das pacientes no período de internação da mesma. O espaço físico do setor foi utilizado para que os CGs fossem fotografados, quando não estava sendo ocupado pelos funcionários.

Diariamente, as fotos eram transportadas da máquina fotográfica para o computador e organizadas por data. Numa planilha, os dados obtidos por meio das entrevistas do dia eram transcritos por digitação e, posteriormente, também as informações sobre vacinação presentes nas fotografias.

Cumpriu o critério de inclusão todas as puérperas hospitalizadas pelo SUS que tiveram seu parto entre 3h do dia anterior até as 02h59min do presente dia; cumpriram os critérios de exclusão as puérperas que não estavam em posse de seu CG no hospital, as menores de idade sem acompanhante responsável legal e as que não apresentavam comunicação verbal oral efetiva.

A pesquisadora finalizou suas visitas quando alcançou o valor estimado para a amostra. 297 representa o número total de entrevistas realizadas em 30 dias consecutivos de visitas ao hospital. A amostra do estudo piloto da pesquisa foi calculada por profissionais do Serviço de Bioestatística do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que se basearam na referência bibliográfica Hulley SB & Cummings SR, (1998), 'Designing Clinical Research', Baltimore: Williams & Wilkins, p 220. Utilizando um percentual de erro de 3% e a proporção de registros discordantes dos dados obtidos no estudo piloto (7,8%), foi calculada uma amostra de 307 indivíduos. 173 seria o valor da amostra com base na mesma proporção de registros discordantes, com erro de 4%.

3.3. Instrumento de Coleta de Dados e a Avaliação dos Juízes

A experiência da pesquisa piloto deste estudo tornou a pesquisa definitiva mais amadurecida e elaborada que, somada ao grande número de informações e circunstâncias que

permeiam a execução da vacinação na gestação, o Instrumento de Coleta de Dados (ICD) precisou ser reelaborado.

A autora e a orientadora teceram melhorias para o ICD, acrescentaram e elaboraram questões que são importantes no processo PN-vacinação-puerpério-registros, o que refletiria nos documentos. A Banca da Qualificação e a avaliação dos juízes também teceram significativas sugestões para o ICD.

A validação do ICD foi uma sugestão obtida numa disciplina de mestrado. A validade é o grau que o instrumento mede o que supostamente deve medir. A Validação de Conteúdo preocupa-se com a adequação da cobertura da área de conteúdo sendo medida. O estudo que a realiza procura verificar se as questões deste teste (o ICD) são representativas do universo de todas as questões que podem ser feitas sobre o tópico (a Vat na gestação). O pesquisador que desenvolve um instrumento novo precisa conceituar minuciosamente o constructo de interesse para que a medida possa captar todo o âmbito, o que pode ser fruto do conhecimento detalhado. A validade de conteúdo é necessariamente baseada em julgamento. Isso é feito por especialistas, conhecidos como juízes, os quais analisam a adequação dos itens em representar o universo hipotético do conteúdo nas proporções corretas e atribuem um valor para cada item, que posteriormente é concluído num índice de validade, que indica a extensão da concordância do especialista. É necessário confiar nos julgamentos dos juízes[87].

Foram selecionados cinco *experts* que tinham experiência prática na área estudada. Para eles foi encaminhado via e-mail o ICD que se pretendia utilizar na pesquisa definitiva, um arquivo com orientação para preenchimento da avaliação e com a avaliação em si e, no corpo do e-mail, foi feito o convite oficial. Os juízes avaliaram cada pergunta do ICD acerca da Pertinência (atribuindo conceitos -1 quando julgasse não pertinente; 0, quando não é possível avaliar ou não sei; e +1 quando julgasse pertinente), Clareza (atribuindo conceitos -1 quando julgasse que não está claro; 0 quando não é possível avaliar/ não sei; e +1 quando julgasse que

está claro) e Abrangência (atribuindo conceitos -1 quando julgasse não abrangente; 0, quando julgasse que não é possível avaliar/ não sei; e +1 quando julgasse abrangente), teceram comentários, críticas e sugestões. As respostas dos Juízes foram planilhadas, verificado a estatística de resposta de cada questão e quando esta avaliação foi indicada pela maioria, a pergunta foi acrescentada, retirada ou alterada/adaptada. Cada participante recebeu via e-mail uma Declaração de participação da pesquisa na função de juiz e um agradecimento.

A aplicação da metodologia de Validação de Conteúdo permitiu a obtenção das informações pretendidas de forma mais direcionada e ao encontro do objetivo da pesquisa. A informação foi obtida das três fontes de dados por meio de uma entrevista semiestruturada, norteada por um ICD, que é a nomenclatura do guia de tópicos a serem contemplados. O ICD ficou composto por questões abertas, questões fechadas dicotômicas e de múltipla escolha[87]. A versão final utilizada na pesquisa ficou subdividida em quatro partes: a primeira é o 'Cabeçalho de Identificação', a segunda é a 'Entrevista com a paciente', a terceira é 'Dados do Cartão de Gestante' e a quarta e última é a 'Coleta de dados nas unidades de Pré-Natal - Ficha Obstétrica' (Apêndice 4).

3.4. Cálculo Amostral

O cálculo amostral usa o conhecimento sobre a população para trazer representatividade ao plano de amostragem, o que caracterizaria uma 'amostragem de quota'. O valor estimado para a este estudo foi calculado com base nos dados obtidos no estudo piloto, de forma que a amostragem sofreu uma avaliação de probabilidade, evitou a parcialidade, permitiu estimar o grau de erro esperado e conseguiu que a população fosse representada adequadamente[87].

Para o cálculo amostral e para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SAS 9.2, por meio do qual foi avaliado o grau de concordância entre as fontes de dados (resposta da mulher e a informação registrada nos dois documentos) e calculado o coeficiente Kappa, que é um coeficiente utilizado quando se quer estimar a concordância nos casos onde a variável em estudo é do tipo qualitativa. A escolha dessa hipótese foi com base na categorização do coeficiente considerando a metodologia proposta por Landis e Koch (1977)[89-90], que definem que um coeficiente Kappa maior do que 0,6 pode ser considerado substancial ou grande. Considerou-se um coeficiente Kappa de 0,6 como hipótese nula. Segundo a referência citada, os resultados podem ser classificados como: menor que 0 = pobre; 0,00 a 0,20 = desprezível; 0,21 a 0,40 = suave; 0,41 a 0,60 = moderada; 0,61 a 0,80 = substancial ou grande; 0,81 a 1,00 = perfeita[90]. Para o cálculo amostral foi considerada uma amostra piloto composta por 75 indivíduos, da qual se estimou um coeficiente Kappa igual a 0,75. O tamanho amostral assumiu um nível de significância igual a 5% e um poder de 80% e foi estimado em 222 indivíduos.

O primeiro cálculo amostral, feito pelo Serviço de Bioestatística da FCM Unicamp, foi de 601 entrevistas e a pesquisa definitiva se iniciou objetivando esta informação. O segundo e definitivo cálculo se deu na consulta com o estatístico da Faculdade de Enfermagem Unicamp que, após a decisão do uso do SAS 9.2 e pelo coeficiente Kappa, a amostra passou a ser de 222 indivíduos. Neste segundo momento, a coleta de dados estava em andamento e já haviam sido obtidas 400 entrevistas. Todas foram inclusas neste estudo, totalizando 397 válidas, justificando o valor maior que o cálculo oficial.

Cumprem os Critérios de Inclusão:

- puérperas hospitalizadas pelo SUS por ocasião do parto que tiveram seus filhos entre 3h do dia anterior até as 02h59min do dia da coleta de dados.

Cumprem os Critérios de Exclusão as mulheres que:

- tenham feito PN em outro município;

- não tenham feito PN;

- não tenham realizado PN pelo SUS;

- não possuem o CG em mãos durante a internação;

- menores de idade que aceitem participar da pesquisa, mas que não estejam acompanhadas de seu responsável legal;

- estejam, por qualquer motivo, sem condição de responder a pesquisa no momento da entrevista;

- que estejam ausentes do leito no momento da entrevista;

- mulheres que não possuem comunicação verbal oral efetiva.

3.5. Locais do estudo

A cidade de Campinas é hoje o maior polo tecnológico da América Latina e alia diferentes competências e dinâmicas: cidade de serviços, de comércio tradicional, de produção agrícola, de geração de ciência e tecnologia, seu vigor social e econômico conferem-lhe um destacado lugar político: o de capital da Região Metropolitana de Campinas (RMC), com 19 municípios e uma população de 2,8 milhões de habitantes e também da Região Administrativa de Campinas, com 90 municípios e uma população de 6,2 milhões de habitantes[91].

Na área da saúde, em meados de 1910, médicos conceituados uniram-se em prol de suprir as necessidades das mães carentes, receberam da Câmara Municipal uma área na

Avenida Andrade Neves, na qual construíram um hospital chamado Maternidade de Campinas (MC), cujas obras se iniciaram em 1911, se finalizaram em 1913 e funcionou no mesmo local até 1965. Após esta data foi transferida para a Avenida Orosimbo Maia e contribuiu para que a Unicamp funcionasse no prédio provisoriamente[91].

Hoje a MC é uma instituição filantrópica, um hospital de excelência e referência em saúde regional no atendimento da gestação de alto risco, neonatologia, cirurgias ginecológicas e Banco de Leite Humano (BLH). Atende usuários do SUS e de convênios médicos, possui quase 200 leitos, tem mais de 700 funcionários e é responsável por 40% dos nascimentos da cidade e da região. Realiza em torno de 900 partos por mês, dos quais em torno de 600 são pelo SUS. Atende mulheres de toda a RMC[91].

Campinas hoje conta com cinco distritos sanitários (Norte, Noroeste, Sul, Sudoeste e Leste) subdivididos 62 CS (11 no DS Norte, 16 no DS Sul, 10 no DS Leste e 13 no CS Noroeste)[92]. Os CSs de cada distrito encaminham as mulheres para o hospital de referência para realizarem seu parto, prioritariamente para aquele localizado na área física no mesmo distrito: o DS Noroeste referencia para o Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCC), o DS Sudoeste encaminha para a MC ou para o HMCP porque não há maternidade nesta região, o DS Leste e o DS Norte encaminham para o antigo Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Unicamp, atual Hospital da Mulher Professor Dr. José Aristodemo Pinotti e o DS Sul, encaminha para a MC, localizada na região central do município de Campinas.

A escolha da MC como local para coleta de dados se deu devido ao fato de ser um hospital de excelência e referência regional em atendimentos a gestantes, por realizar um grande número de partos por mês, por seu prédio localizar-se fisicamente na região central e por atender mulheres referenciadas por dois DSs, o que caracterizaria as regiões do município e permitiria a busca pelas FOs de uma forma organizada. A segunda etapa da coleta de dados

se deu na Prefeitura Municipal de Campinas (PMC), pois além de ser o local onde as mulheres entrevistadas haviam realizado seu PN, o município abriga as características supracitadas.

A pesquisadora teve contato direto com as participantes no ambiente hospitalar da MC e nos serviços de atenção básica do município de Campinas, SP, porém a identidade das instituições e tampouco a dos CSs serão divulgadas nos trabalhos científicos que serão publicados posteriormente, frutos desta pesquisa.

3.6. Coleta de dados

Para obter e otimizar as informações pretendidas, foi necessário dividir a coleta de dados em duas fases: a primeira fase consistiu em visitar o hospital para entrevistar as puérperas e obter fotografia de seus CGs e a segunda, após a primeira se finalizar, em visitar os CSs de Campinas, SP onde as mulheres entrevistadas fizeram seu PN para ter a chance de obter seu segundo documento, a FO. Ao final, somariam três fontes de dados de uma mesma informação.

A coleta de dados para a pesquisa definitiva seguiu o mesmo modelo do piloto nas seguintes partes: solicitação de autorização do hospital (o mesmo do piloto), na organização interna do hospital para as visitas da pesquisadora na coleta de dados, nos critérios de inclusão, nos materiais utilizados (câmera fotográfica e laptop), nas transcrições das entrevistas por digitação e no modelo de banco de dados do Excel. Porém diferenciou-se em alguns pontos: as visitas ao hospital ocorriam em todos os dias da semana exceto sábados e domingos (durante o período da coleta de dados, em 14 dias úteis não foi possível visitar o hospital; em apenas um sábado e um feriado foi realizado visita), o banco de dados ficou complementado com as informações das FOs, foi necessária a solicitação de autorização da PMC para a

segunda fase da pesquisa e a pesquisadora contou com auxílio de uma entrevistadora previamente treinada. O período da coleta de dados foi de 22/agosto/2012 a 12/novembro/2012 e o total de dias visitados foi de 44.

Embora o consentimento da participação, materializado com a assinatura do TCLE, incluía que a pesquisadora obtivesse a fotografia dos dois documentos (Apêndice 2), a FO encontra-se sob guarda do CS do PN. Assim sendo, para ter acesso a elas, foi preciso solicitar autorização do Secretário Municipal da Saúde, da SMS por meio do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) da PMC, departamento este que substitui uma comissão de pesquisa na instituição. Para tal foi entregue pessoalmente uma via do projeto com todos os documentos pertinentes e um ofício ao Secretário da Saúde (Apêndice 5). A pesquisa foi avaliada pelo Secretário da Saúde e por outros funcionários do órgão. A resposta afirmativa da autorização foi dada via e-mail e por contato telefônico.

Os representantes do CETS orientaram a pesquisadora a primeiramente entrar em contato com os Apoiadores indicados para que eles intermediassem as visitas aos CSs. O primeiro contato com um representante de cada DS do município, indicado pelo CETS, foi feito quando a primeira fase da pesquisa (estimada para durar três meses) ainda estava em curso, logo no inicio, para que tivessem tempo hábil para comunicar os Coordenadores, que informariam sua equipe. No final da primeira etapa, foi estabelecido um novo contato via e-mail com o mesmo Apoiador, agora solicitando os contatos eletrônicos dos Coordenadores dos CSs e/ou pessoas de referência de cada CS. Os respectivos nomes de referência e informações necessárias para que a visita da pesquisadora aos CSs fosse viabilizada foram organizadas num roteiro-guia (Apêndice 6).

Para obtenção das fotografias das FOs foram transcritas dos CGs informações que facilitariam a localização das FOs pelos funcionários dos serviços dos respectivos CSs das mulheres, num roteiro-guia (Apêndice 7). Caso houvesse discordância do local de realização do

PN entre o relato da paciente e a informação registrada no CG, o nome daquela mulher foi incluso no roteiro-guia de ambos os CS. Conforme os Apoiadores respondiam, iniciava-se a coleta nos CSs daquele DS.

Para otimizar o deslocamento, a pesquisadora separou geograficamente os CSs próximos um do outro, uma vez que eles poderiam localizar-se a mais de 20km de distância da moradia da pesquisadora. Por meio de contato telefônico, solicitava contato com o Coordenador, Enfermeiro ou profissional de referência na área da saúde da mulher. Para esta pessoa era solicitada a separação das FOs para fotografias (variando de uma a 43 mulheres por CS), listadas e enviadas por e-mail e agendado uma data e horário para visitação. As visitas eram iniciadas pelo CS mais longe da moradia da pesquisadora, visitando os próximos entre si, dedicando uma hora para cada CS, a partir das 7:00h, até que o último do dia fosse visitado.

O processo se repetiu desta maneira e se finalizou até que todos os CSs nos quais as mulheres entrevistadas haviam feito PN fossem visitados. Ao fim, dos 11 CSs do DS2, seis foram visitados em busca da FO, dos 13 do DS3 e dos 12 do DS1, apenas um de cada não tinha paciente, dos 10 do DS4, três não tinham mulheres e dos 17 do DS0, todos os CSs foram visitados.

3.7. Análise estatística dos dados

O banco de dados desenvolvido pela autora continha a transcrição das informações sobre vacina na gestação obtidas pela entrevista com a mulher, do CG e da FO. O mesmo banco foi analisado pelo serviço de Estatística da Faculdade de Enfermagem. Para análise dos dados o profissional estatístico utilizou o programa estatístico SAS 9.2, por meio do qual foi avaliado o grau de concordância entre as fontes de dados com relação ao recebimento da

vacina e calculado o coeficiente Kappa, descrito anteriormente e cuja classificação encontra-se no item 4.4. Cálculo amostral, página REVER. A aplicação do coeficiente utilizou as variáveis em questão e as comparou de duas em duas: o relato da mulher com o registro do CG, o relato da mulher com o registro da FO e o registro do CG com o registro da FO, descrevendo as respostas em forma de quadros e tabelas separadamente.

3.8. Aspectos éticos

A pesquisa está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas com seres humanos e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCM Unicamp por meio da Plataforma Brasil. Foi autorizada pelas instituições de saúde participantes, MC (Anexos 5 e 6) e PMC/SMS (Anexo 7) e aprovada sob Parecer Consubstanciado nº. 96490/2011 da fase 1 (MC) (Anexo 8) e Parecer Consubstanciado nº. 112136/2011 da fase 2 (PMC) (Anexo 9). A pesquisa piloto seguiu os mesmos trâmites, com autorização do local de coleta de dados (Anexos 10 e 6) e aprovação sob Parecer Consubstanciado do CEP nº. 96497/2012 (Anexo 11).

4

RESULTADOS

4 Resultados

4.1. Caracterização da amostra obtida

Durante todo o período de coleta de dados foi obtido o contato com dados de 1206 mulheres. Destas, 614 não eram elegíveis (cumpriam os critérios de exclusão) e 592 eram elegíveis (cumpriam os critérios de inclusão). As Elegíveis se subdividem em quatro: recusas (29), perdas (37), exclusas (124) e as Respondentes (400). Os motivos das perdas foram: porque em nenhuma das abordagens tinha condição de responder (dormindo, tomando banho ou sob procedimentos médicos ou de enfermagem) (15); por alta (três); porque eram menores sem acompanhante (três) ou porque estavam ausentes no leito (16) (normalmente visitando seus bebês na UTI neonatal). Três das exclusas se caracterizaram por não terem feito PN; 64 por terem feito PN no convênio; 53 por terem feito PN em outro município e quatro por outros motivos. O último grupo das Elegíveis, as Respondentes, caracteriza o principal resultado da coleta de dados, destas, 19 participaram do estudo por autorização de algum responsável acima de 18 anos e as demais por aceite próprio. Dentre o total das 400 Respondentes, o CG de três delas não pode ser fotografado. Dentre as 397 que foram entrevistadas e seus

respectivos CGs foram fotografados, foram encontradas a FO nos CSs de 309 mulheres (77,8%). Ou seja, 88 FOs (22,2%) não foram encontradas nos serviços nos quais as mulheres realizaram o PN. A descrição supracitada se desenha no fluxograma abaixo.

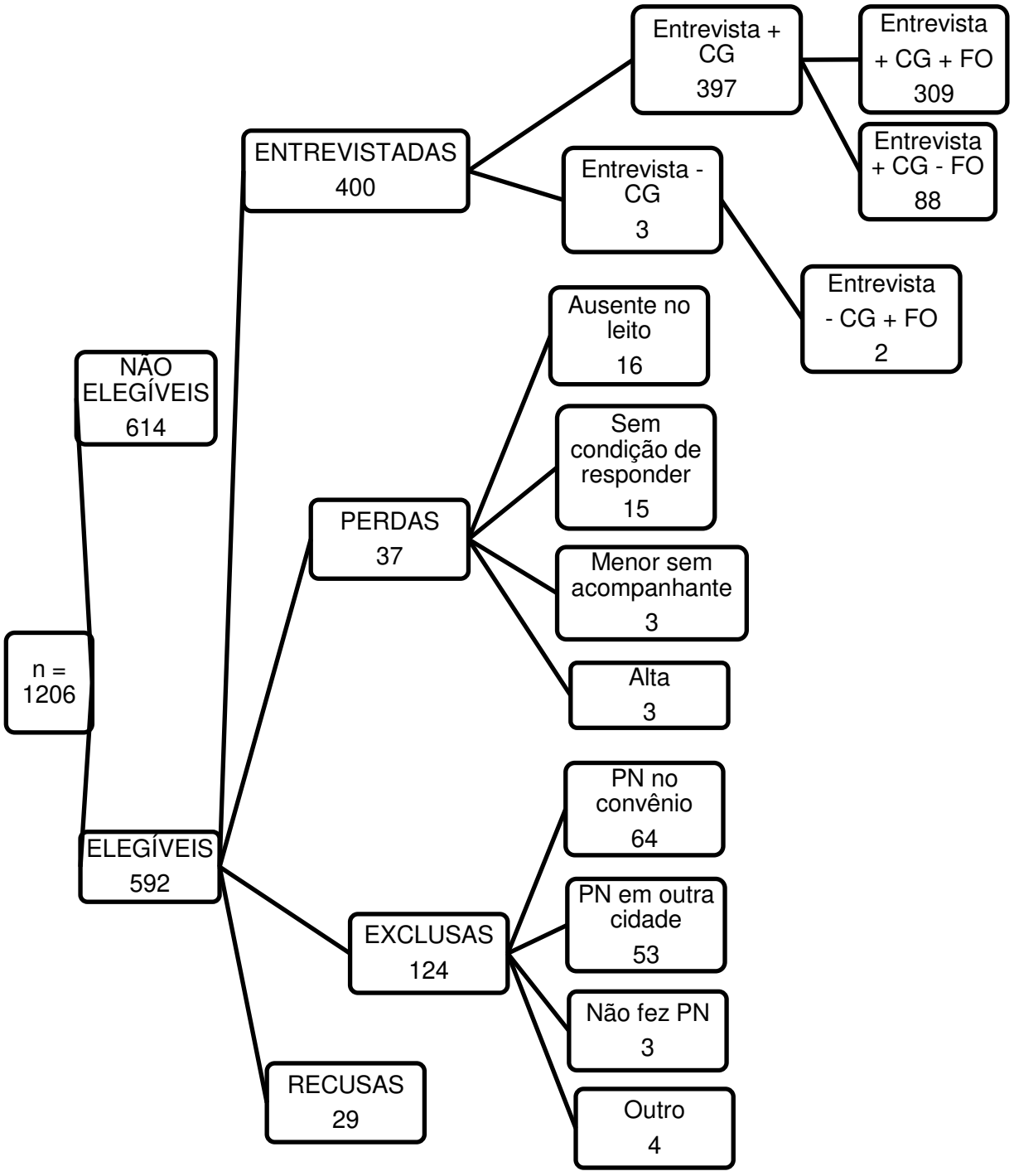


Figura 1: Fluxograma representativo das mulheres do estudo. Campinas, 2012.

A distribuição das participantes do estudo segundo o DS de realização do PN está descrita na tabela abaixo. A expressão numérica em porcentagem refere-se ao total de FOs encontradas.

Tabela 1: Distribuição das mulheres, segundo o Distrito de Saúde de realização do PN. Campinas, 2012.

DS	n	%
Sul	151	48,87
Sudoeste	68	22,01
Norte	22	7,12
Noroeste	46	14,89
Leste	22	7,12
TOTAL	309	100

O número de mulheres entrevistadas de cada DS, subdivididos por CS, a quantidade de FOs encontradas em cada um e a porcentagem que as encontradas compõem do total estão demonstradas no Apêndice 8 (Distribuição do número de entrevistadas por Distrito de Saúde e Centro de Saúde, segundo a quantidade de Fichas Obstétricas encontradas).

16,83% (52) das mulheres participantes da pesquisa tinham entre 13 e 19 anos, delineando a ocorrência de gravidez na adolescência no município de Campinas, SP de um trecho do ano de 2012; por outro lado, as 26,86% (83) que tinham entre 30 e 39 anos e as 2,91% (9) que tinham 40 anos ou mais, por sua vez, caracterizam a ocorrência de gestação tardia de uma parcela significativa das mulheres. A gravidez na adolescência ainda é marcante no município, mas a gestação após os 30 anos compôs uma significativa frequência do total.

89% fez PN exclusivamente em CSs. Trinta e quatro mulheres (11%) em algum momento precisaram ser encaminhadas para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), algumas mantiveram suas consultas em ambos os serviços, outras foram avaliadas pelo Alto Risco e reencaminhadas ao CS de origem e continuaram apenas neste, outras tiveram consultas intermitentes no PNAR. 11% é um volume importante em se tratando de riscos à saúde causadores de morbimortalidade materna.

As principais causas de encaminhamento foram: nove (26,47%) por hipertensão, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia; nove (26,47%) por diabetes gestacional ou como doença de base; seis (17,65%) por problema na placenta, útero ou líquido amniótico; cinco (14,70%) por disfunção da tireóide (hipertireoidismo ou hipotireoidismo); três por obesidade e três por problema renal, ocupando cada uma 8,82%; duas (5,88%) por problema hematológico; duas (5,88%) por problemas respiratórios; duas (5,88%) por amniorrexe prematura; uma (2,94%) por sorologia positiva; uma (2,94%) por doença auto-imune; uma (2,94%) por motivo não especificado e três delas por outras causas. Cabe observar que 10 (29,41%) delas apresentaram mais de uma causa, sendo sete com duas causas e três com três ou mais causas.

As características da amostra obtida, segundo idade e local de realização do PN estão detalhadas na tabela abaixo.

Tabela 2: Caracterização da amostra segundo idade e local de realização do PN. Campinas, 2012.

Idade	N	%
13 - 19	52	16,83
20 - 29	165	53,40
30 - 39	83	26,86
40 e mais	9	2,91
TOTAL	309	100
Local do PN		
CS	275	89,00
PNAR	34	11,00
TOTAL	309	100

4.2. Análise descritiva

As respostas das perguntas do ICD e os registros sobre vacina nos documentos do PN puderam nortear a compreensão do histórico vacinal das mulheres, da dinâmica de realização da vacinação naquele CS e a importância atribuída a vacinação. Com base nas três fontes de dados poderia ser definido o *status* vacinal de cada mulher.

24 (7,77%) mulheres referiram que tinham tido a primeira consulta com um profissional Enfermeiro e as demais consultas com profissional médico; 103 (33,33%) referiram que haviam sido atendidas em suas consultas de PN por ambos os profissionais e 182 (58,90%) referiram que haviam sido atendidas exclusivamente por profissionais médicos.

A média de consultas de PN por mulheres foi de 8,91, variando de 1 a 23, sendo que a média por profissional médico foi de 7,96 e pelo enfermeiro, de 0,92. Os dados encontrados

sobre idade gestacional de início de PN, número de consultas realizadas e o profissional que a realizou estão expressos na Tabela 3.

Vale mencionar que de três mulheres foi encontrada FO em dois CSs. Para análise e cálculos estatísticos foi selecionada de cada mulher a FO que continha mais informações registradas, portanto uma frequência maior de consultas de PN neste CS. As consultas e dados da segunda FO das três mulheres citadas não foram computados.

Tabela 3: Distribuição das médias das variáveis IG na primeira consulta, número de consultas de PN realizadas e profissional que atendeu. Campinas, 2012.

Variável	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
IG na 1ª consulta	309	11,20	5,47	4,00	8,00	10,00	13,00	33,00
Número de consultas	309	8,91	2,98	1,00	7,00	9,00	11,00	23,00
Número de consultas com Médico	309	7,96	3,14	0,00	6,00	8,00	10,00	22,00
Número de consultas com enfermeiro	309	0,92	0,91	0,00	0,00	1,00	1,00	5,00

Do total de 309 documentos obtidos das três fontes, 199 (64,40%) mulheres tiveram uma ou mais consultas com o profissional enfermeiro. No extrato de 199, cinco foi o número máximo de consultas realizadas pelo Enfermeiro para apenas uma paciente. Com três mulheres foram realizadas quatro consultas de PN (0,97%), para 15 mulheres os enfermeiros realizaram três consultas (4,86%), 42 mulheres (13,59%) tiveram duas consultas de PN com Enfermeiro, 138 (44,66%) das 309 foram consultadas uma vez pelo profissional enfermeiro e 110 (35,60%) não se consultaram nenhuma vez com este profissional (Tabela 4). Entre as 64,40% (199)

mulheres do total da amostra (309) que tiveram uma ou mais consultas de PN com o profissional enfermeiro, 94,47% (188) delas esta única consulta foi a primeira.

Tabela 4: Número de consultas realizadas pelo profissional Enfermeiro, conforme registro do Cartão de Gestante. Campinas, 2012.

Nº. de consultas	n	%
0	110	35,60
1	138	44,66
2	42	13,59
3	15	4,86
4	3	0,97
5	1	0,32
Total	309	100

A média da IG de início do PN no município foi de 11,20. 72,49% (224) das mulheres iniciaram seu PN com IG menor ou igual a 12 semanas de gestação, 24,60% (76) tiveram sua primeira consulta de PN no segundo trimestre da gravidez e nove delas (2,91%) tiveram no terceiro trimestre (Tabela 5).

Tabela 5: Idade Gestacional na primeira consulta de Pré-Natal. Campinas, 2012.

IG na 1ª consulta (em semanas)	N	%
Menor ou igual a 12	224	72,49
13 a 24	76	24,60
Maior que 24	9	2,91
TOTAL	309	100

Em se tratando da distribuição das consultas por trimestre conforme sugere o manual do Estado, o atendimento das mulheres estudadas distribuiu-se no primeiro semestre de gestação com 71,52% (221) das mulheres atendidas pelo menos uma vez; 86,73% (268) atendidas pelo menos duas vezes no segundo trimestre e 92,56% (286) atendidas pelo menos três vezes no terceiro trimestre (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição das consultas de Pré-Natal conforme o semestre de

gestação. Campinas, 2012.

Uma consulta no 1º trimestre	n	%
Não	88	28,48
Sim	221	71,52
Duas consultas no 2º trimestre	n	%
Não	41	13,27
Sim	268	86,73
Três consultas no 3º trimestre	n	%
Não	23	7,44
Sim	286	92,56
Total	309	100

As respostas das questões exclusivas das mulheres que referiram não ter recebido vacina na gestação possibilitaram a compreensão da condução do histórico vacinal desta mulher.

38 (12,30%) mulheres das 309 questionadas sobre o recebimento de vacina na gestação disseram que não receberam. Para 11 delas (28,95% das 38), o cartão de vacinação não foi solicitado e, dentre estas 11, cinco (13,1% das 38 e 45,45% das 11) referiram que não sabiam que poderiam ter sido vacinadas. Sete das 11 (63,64%) e 20 (52,63%) das 38 não têm filho menor de cinco anos e cinco das 20 não sabiam que poderiam ter sido vacinadas. Dentre as quatro que tem filho menor de cinco anos, duas delas não foram vacinadas na gestação anterior.

Tabela 7. Histórico vacinal de mulheres que relataram não ter recebido vacina na gestação. Campinas, 2012.

Cartão de vacina foi solicitado	n	%
Não	11	28,95
Sim	27	71,05
TOTAL	38	100
Sabiam que poderiam ter sido vacinadas		
Não	5	45,45
Sim	6	54,55
TOTAL	11	100
Filho menor de cinco anos		
Não	18	47,37
Sim	20	52,63
TOTAL	38	100
Tomou vacina na gestação anterior		
Não	6	30,00
Sim	14	70,00
TOTAL	20	100

Acerca do recebimento de vacina na gravidez, comparando o relato da paciente com o registro do CG, 196 mulheres disseram que tomaram vacina na gestação e de fato no CG havia registro desta informação. Porém 25 mulheres referiram que receberam algum tipo de vacina na gestação, mas no CG não havia registro desta informação. Os dados desta comparação geraram um Kappa de 0,42, considerado moderado.

Relacionando o relato da paciente com os registros da FO, em 201 relatos foi verificado recebimento de vacina na gestação que não foi encontrado na FO; enquanto que 70 foi o

número de relatos e FOs que tinham registro sobre vacina na gravidez. Estes dados geraram um Kappa de 0,05, considerado desprezível.

Por fim, associando os registros de ambos os documentos, do CG e da FO, foi encontrado 133 CGs que possuíam registro de vacinação na gestação, mas na FO não havia registro; enquanto que 70 é o número de registros de realização de vacinação na gestação que se mostraram coincidentes entre CG e FO e 38 é o número de documentos que não tinha registro em nenhum. Estes dados geraram um Kappa de 0,13, considerado desprezível (Tabela 8).

Tabela 8. Comparação entre o relato da paciente, o registro no Cartão de Gestante e o registro na Ficha Obstétrica sobre recebimento de vacina na gravidez. Campinas, 2012.

Fonte	Cartão de Gestante		Kappa	I. C. 95%	
Relato da puérpera	Não	Sim		Limite inf.	Limite sup.
Tomou vacina			0,42	0,25	0,58
Não	15	7			
Sim	25	196			
Fonte	Ficha Obstétrica		Kappa	I. C. 95%	
Relato da puérpera	Não	Sim		Limite inf.	Limite sup.
Tomou vacina			0,05	0,01	0,08
Não	34	4			
Sim	201	70			
Fonte	Ficha Obstétrica		Kappa	I. C. 95%	
Cartão de Gestante	Não	Sim		Limite inf.	Limite sup.
Tomou vacina			0,13	0,07	0,18
Não	38	2			
Sim	133	70			

Quanto ao recebimento da Vat na gestação, 87 é o número de relatos que coincidem afirmativamente com registros nos CGs; enquanto 42 foi o número de mulheres que relatou não ter tomado Vat na gestação e nos CGs de fato não havia registro de recebimento desta vacina, dados que compõem um Kappa de 0,55 (moderado).

Comparando o relato da paciente com a FO, 77 mulheres referiram ter recebido Vat, mas não há registro desta vacina na FO; 76 disseram que não receberam e também não tinha registro de seu recebimento na FO; mas 14 mulheres disseram que não receberam e em suas FOs havia registro e todos estes dados geraram um Kappa de 0,11 (desprezível).

Enquanto isso, comparando o CG e a FO, no CG de 97 mulheres havia registro de Vat, mas não havia na FO; no CG de 83 mulheres não havia registro de Vat em nenhum dos dois documentos; e em 58 CGs e FOs havia simultaneamente registros desta informação em ambos os documentos e todos estes dados geraram um Kappa de 0,27 (suave) (Tabela 9).

Tabela 9. Comparação entre o relato de puérperas, o registro no Cartão de Gestante e o registro na Ficha Obstétrica, segundo o recebimento de vacina antitetânica na gestação. Campinas, 2012.

Fonte	Cartão da Gestante		Kappa	I. C. 95%	
Relato da puérpera	Não	Sim		Limite inf.	Limite sup.
Vat			0,55	0,42	0,68
Não	42	23			
Sim	11	87			
	Ficha Obstétrica		Kappa	I. C. 95%	
Relato da puérpera	Não	Sim		Limite inf.	Limite sup.
Vat			0,11	0,01	0,22
Não	76	14			
Sim	77	29			
	Ficha Obstétrica		Kappa	I. C. 95%	
Cartão da Gestante	Não	Sim		Limite inf.	Limite sup.
Vat			0,27	0,19	0,35
Não	83	3			
Sim	97	58			

Em se tratando dos tipos de vacinas recebidos na gestação, segundo o relato da paciente e o registro no CG, 87 mulheres relataram ter recebido Vat na gestação e esta vacina está registrada em seu CG (Kappa 0,55, moderado), 69 relataram ter recebido Hepatite B na gestação e esta vacina está registrada em seu CG (Kappa 0,58, moderado); o mesmo ocorreu com duas mulheres para a vacina contra H1N1 (Kappa 0,03, desprezível) e com 50 mulheres

acerca da vacina contra Gripe (Kappa 0,23, suave). Os dados podem ser conferidos na Tabela 10.

A vacina denominada de 'Influenza' na Tabela 10 refere-se a Influenza A sazonal, aplicada anualmente nos meses de abril, maio e junho e veiculada na mídia devido a campanha vacinal, na qual gestantes é um dos grupos prioritários. A denominada 'H1N1' refere-se a Influenza do tipo H1N1, vacina criada após a epidemia mundial de 2009 e é aplicada em dose única. Em uma única aplicação pode conter ambas as vacinas, conforme alguns laboratórios fabricam, e neste estudo elas não estão somadas porque nos relatos das mulheres e também nos registros, ambas vacinas surgiram isoladamente como 'Gripe' (computadas como Influenza A) e 'H1N1', computadas como H1N1.

A vacina Hepatite B também está sendo computada porque foi encontrada como resposta das mulheres e nos registros. Ela foi implantada na prática em época posterior a aprovação da pesquisa no CEP nos moldes descritos na metodologia, portanto foi tratada neste estudo como um dado agregado aos demais. Seu recebimento, inclusive, foi relatado mais vezes pelas mulheres do que a Vat (Tabela 12).

Tabela 10. Comparação entre o relato da paciente e o registro no CG, segundo os tipos de vacina. Campinas, 2012.

Fonte	Cartão de Gestante		Kappa	I. C. 95%	
Relato da puérpera	Não	Sim		Limite inf.	Limite sup.

Vat			0,55	0,42	0,68
Não	42	23			
Sim	11	87			
Hepatite B			0,58	0,46	0,71
Não	60	14			
Sim	20	69			
H1N1			0,03	-0,10	0,16
Não	127	6			
Sim	28	2			
Influenza A			0,23	0,08	0,38
Não	50	36			
Sim	27	50			

Nos registros do PN coincidiu entre CG e FO 58 registros de Vat, 31 de Hepatite B, dois de H1N1 e 25 de Gripe, porém, apesar de próximos, o Kappa foi maior para a Hepatite B (0,29, suave) do que para a Vat (0,27, suave) (Tabela 11). Os valores de Kappa desta última comparação (Vat 0,27 e Hepatite B 0,29) mostram-se aproximadamente metade do Kappa que comparou o relato com o CG (Vat 0,55 e Hepatite B 0,58).

Tabela 11. Comparação entre o registro do Cartão de Gestante e da Ficha Obstétrica, segundo o tipo de vacina recebido na gestação. Campinas, 2012.

Fonte	**Ficha**		**Kappa**	**I. C. 95%**	
Cartão	**Não**	**Sim**		**Limite inf.**	**Limite sup.**
Vat			0,27	0,19	0,35
Não	83	3			
Sim	97	58			
HepB			0,29	0,20	0,39
Não	131	2			
Sim	77	31			
H1N1			0,17	-0,07	0,41
Não	223	6			
Sim	10	2			
Gripe			0,19	0,11	0,28
Não	121	3			
Sim	92	25			

Uma proporção semelhante ocorreu com os resultados das doses das vacinas. Quando comparados o relato da puérpera e o registro no CG, 43 mulheres referiram não ter recebido

nenhuma dose de Vat na gestação e de fato nos CGs não havia registro da vacina; 40 referiram ter recebido uma dose e em seus CGs havia registro deste numero de doses, resultados este que geraram um Kappa de 0,49 (moderado). Na mesma comparação, mas sobre a Hepatite B, 60 mulheres referiram não ter recebido nenhuma dose desta vacina na gestação e de fato nos CGs não havia registro; enquanto que 17 referiram ter recebido duas doses e em seus CGs havia registro deste número de doses, gerando um Kappa de 0,50 (moderado).

Comparando os registros do CG e os da FO sobre as doses de Vat, 84 CGs e FOs coincidiram com o registro de nenhuma dose de Vat; enquanto 73 CGs apresentaram registro de uma dose, o mesmo número de FOs não apresentou nenhuma dose registrada; 34 registros foram coincidentes para uma dose em ambos os documentos, gerando um Kappa de 0,28 (suave). Sobre a Hepatite B, 131 CGs e FOs não tinham registro de nenhuma dose desta vacina; 40 CGs tinham duas doses registradas com nenhuma dose registrada nas FOs, concluindo num Kappa de 0,27 (suave) (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação entre registros concordantes e discordantes das doses recebidas, segundo o relato das puérperas, o Cartão de Gestante e a Ficha Obstétrica. Campinas, 2012.

Fonte	**Cartão da Gestante**	Kappa	I. C. 95%

Relato da puérpera	0	1	2	3		Limite inf.	Limite sup.
Vat					0,49	0,39	0,60
0	43	12	9	2			
1	3	40	1	1			
2	1	10	6	2			
3	2	2	1	3			
Hepatite B					0,50	0,38	0,62
0	60	6	7	0			
1	4	8	1	0			
2	5	7	17	1			
3	5	0	5	7			
Fonte	**Ficha Obstétrica**				Kappa	I. C. 95%	
Cartão da Gestante	0	1	**2**	3		Limite inf.	Limite sup.
Vat					0,28	0,20	0,36
0	84	3	0	0			
1	73	34	1	0			
2	20	5	10	0			
3	4	1	4	2			
Hepatite B					0,27	0,18	0,36
0	131	2	0	0			
1	27	12	3	0			
2	40	1	9	1			
3	10	0	4	1			

Ao encontro com os dados supracitados sobre as vacinas na gestação, numericamente os valores sobre Vat das três fontes estão demonstrados na Tabela 13. Do relato foi analisada a parcela que referiu ter recebido algum tipo de vacina na gestação e, entre estas 271, 91 (33,58%) são as mulheres que referiram não ter recebido especificamente a Vat neste período. Sobre os registros nos CGs, das 309 mulheres, o CG de 68 (27,83%) não apresentou registro algum no espaço reservado para vacinas e no CG de 86 (27,83%) havia registro de não recebimento da Vat, ora de outras vacinas. Sobre os registros das FOs, 221 (71,52%) das 309 não continham nenhum registro sobre a Vat e, nos demais registrados, em 26 (8,42%) FOs constava a ausência de recebimento da Vat. 39,11% (106) das mulheres referiram ter recebido Vat na gestação, 50,16% (155) dos CGs continham registro desta vacina e em 20,06% (62) de FOs continha registro de recebimento de Vat na gravidez.

Tabela 13. Vacina antitetânica na gestação, segundo as três fontes de dados. Campinas, 2012.

Relato	**N**	**%**
Vat		
Não	91	33,58
Sim	106	39,11
Não lembra	74	27,31
TOTAL	271	100
Cartão de Gestante	**N**	**%**
Vat		
Não	86	27,83
Sim	155	50,16
Sem registro	68	22,01
TOTAL	309	100
Ficha Obstétrica	N	%
Vat		
Não	26	8,42
Sim	62	20,06
Sem registro	221	71,52
TOTAL	309	100

De maneira geral, as informações obtidas das três fontes de dados foram comparadas sob a ótica do coeficiente Kappa e estão descritas acima. A análise dos campos dos CGs destinados ao registro das vacinas aplicadas e a transcrição destes dados num banco compôs um *status* vacinal das mulheres participantes do estudo, o que caracteriza os manuscritos exercidos pelos profissionais que atenderam as gestantes no município de Campinas, SP, durante o período estudado. Vale lembrar que foram verificados os cartões das respectivas FOs encontradas nos CSs, num total de 309 mulheres (Tabela 14).

Tabela 14. *Status* vacinal das mulheres participantes do estudo, segundo o registro em seus Cartões de Gestante. Campinas, 2012.

Status vacinal na gestação	**n**	**%**
Adequado	192	62,14

Inadequado	51	16,50
Nenhum registro sobre vacina	66	21,36
TOTAL	309	100

As causas de *status* vacinal ter sido classificado como Adequado se decompõe em: foi agendada próxima dose, mas não foi realizada porque paciente estava hospitalizada por ocasião do parto (três); foi agendada próxima dose, mas não foi realizada porque a data é posterior ao parto/hospitalização (53); no CG de 18 havia assinalado Imune no espaço reservado. No CG das classificadas como Adequado (118) continha registro de esquemas completos, vacinas solicitadas e realizadas e anotações de conferência de doses anteriores com vacinações pertinentes nesta gravidez. Numericamente este valor se representa em 62,14% (192) do total.

Enquanto isso, os *status* vacinais classificados como Inadequado se decompõem em: havia registro de conferência de recebimento de um reforço da Vat em 2005, de forma que em 2012, passados mais de cinco anos, a mulher deveria receber uma dose de reforço, porém algum profissional assinalou Imune e a paciente não recebeu vacina nesta gestação (duas); há registro de solicitação de realização de vacinas, mas na entrevista a paciente referiu que optou por não receber a vacina (uma); há solicitação de Hepatite B na FO e recebimento da Gripe no CG, mas ausência de menção sobre Vat e de realização da vacina solicitada, caracterizando perfil incompleto (uma); há registro de recebimento de dose fora do período de gravidez por início tardio do PN e não atualização das demais vacinas nesta gravidez (uma); PN iniciado em convênio médico e finalizado no PNAR, não recebeu vacina nenhuma sem justificativa (uma); solicitada via FO a realização de esquema vacinal contra Vat e Hepatite B, mas há registro apenas para Hepatite B (uma); há conferência de esquema vacinal completo de Vat e Hepatite B em 2011 e solicitação de Gripe nesta gestação, que não foi feita ou não há registro (uma); agendada próxima dose não realizada de esquema vacinal iniciado para 42 mulheres (13,59%).

5

DISCUSSÃO

5. Discussão

O DS Sul é um distrito de uma área física grande, ainda em expansão, responsável por 27,6 % (4119) dos nascimentos do ano de 2010 de mães residentes em Campinas, SP e há mais de 10 anos é o distrito no qual mais nasce bebê do município[93]. O DS Sul referencia suas gestantes para a MC, na qual 50% dos seus 900 partos realizados por mês são pelo SUS.

O DS Sudoeste é uma região do município em intenso crescimento e expansão, ocupa o segundo lugar entre os distritos de Campinas, SP onde mais nasce bebê há mais de 10 anos, tem hoje uma população de 206.249 mil habitantes, é a terceira região mais populosa do município (perde para Sul que ocupa o segundo lugar e para a região central, que ocupa o primeiro), é responsável por 20,6% dos nascimentos do município de 2010 e também referenciam suas gestantes para a MC[94]. O hospital que a região Sudoeste possui (CHOV - Complexo Hospitalar Ouro Verde) não tem maternidade e, portanto, não realiza parto ou acolhe nascimentos.

A região Leste referencia suas gestantes para o CAISM, mas as 22 mulheres do estudo colaboraram com 7,12% do total das entrevistadas (Tabela 1). Metade delas (11) utiliza um CS que é fisicamente mais próximo da MC e de seus domicílios do que do CAISM. Supõe-se que estas mulheres tenham procurado a MC para resolução do seu parto devido a proximidade física de sua residência; porém quatro das mulheres do DS Leste que optaram por ter seus filhos na MC, residem em bairros tão próximos do CAISM quanto da MC. Nestes casos, não é

possível inferir nem deduzir o motivo pelo qual a paciente optou pela MC ao invés do CAISM, que é sua referência.

Por sua vez, as mulheres da região Noroeste que tiveram filho na MC colaboraram com 14,89% (46) do total de entrevistadas (Tabela 1), valor este maior que a soma dos que tiveram filho na MC dos DS Norte (22) e Leste (22), perdendo apenas para os DSs Sul e Sudoeste, que por normatização municipal encaminham suas gestantes preferencialmente para a MC. A maternidade de referência da região Noroeste localiza-se na principal avenida da região, é próxima de todos os bairros (o mais distante fica a menos de 9 km dela) e tem acesso facilitado. O que ocorre para justificar este número representativo de mulheres que buscam a MC que, para isso, precisam cumprir um trajeto de quase 20 km para a realização de seus partos? Quais os motivos que incentivaram as mulheres optarem por ter seus partos na MC ao invés de ter no HMCP? Encontrar as respostas para estas perguntas poderá compor os dados de uma pesquisa posterior, o que seria uma investigação pertinente ao município.

Embora por razões estatísticas os dados de uma segunda FO de três mulheres não terem sido considerados neste estudo e que três representa menos de 1% de mulheres sobre o total da amostra, o fato destas mulheres terem sido consultadas em dois CSs de distritos diferente, embora não consigamos conhecer a causa desta duplicidade neste estudo, evidencia que a mulher traça seu próprio percurso de seu cuidado em saúde, buscando o serviço que vem ao encontro não apenas de suas necessidades, mas também de seus desejos, ainda que para isso precise deslocar-se longamente[34].

Apesar das observações acima, a MC, no período da coleta de dados, atendeu mais mulheres que fizeram PN em outro município com parto SUS Campinas (64 de 612) ou que fizeram PN pelo convênio com parto SUS Campinas (53 de 612) (não elegíveis, 612); do que mulheres que fizeram PN e parto pelo SUS Campinas, SP (elegíveis, 592).

Acerca das mulheres que foram encaminhadas em algum momento para o PNAR, as doenças crônico-degenerativas adquiridas na gestação (Diabetes Gestacional ou Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, eclâmpsia e pré-eclâmpsia) ainda são a principal causa de adoecimento e complicações em gestantes no Brasil, mas os problemas do sistema reprodutivo, da tireoide e dos rins acomete parcela importante das mulheres deste grupo populacional. Atribuir importância às ações da atenção básica sobre estas doenças preveníveis é tão valioso quanto conhecer o contexto de vida destas mulheres, que podem ser favoráveis ou desfavoráveis aos problemas citados e, ainda, podem indicar a vulnerabilidade das mulheres de baixa renda.

A ocorrência de gravidez na adolescência de 16,83% (52) mulheres de 13 a 19 anos e ocorrência da gestação tardia de 26,86% (83) mulheres de 30 a 39 anos e de 2,91% (9) de 40 anos ou mais permite associar com o montante de 11% (34) de gestantes encaminhadas ao PNAR? A idade da gestação não pode ser vista de forma isolada, esta informação é mais significante quando associada à história obstétrica, ao planejamento familiar e ao contexto social da mulher e família.

Salvo pelo fato de 11% delas terem sido encaminhadas para o PNAR e, portanto, sido atendidas exclusivamente por profissionais médicos, o PN de baixo risco, destinado as outras 89% (275) das mulheres (descritas na Tabela 2), é delegado ao enfermeiro intermitentemente desde meados de 2000, com a revisão do manual de PN, com a Saúde da Família e pelo manual do município de 2008 e do estado de 2010. As consultas de PN de baixo risco podem ser intercaladas entre os profissionais médicos e enfermeiros. Esta informação deve servir de referência para a readaptação dos serviços.

A média de consultas por profissional (7,96 para profissionais médicos e 0,92 para enfermeiros) e o fato da mulher relatar que foi atendida na maioria das consultas por médicos significa que, ainda que em algum CS os enfermeiros assumam as consultas de PN, a maioria o

faz por meio de apenas um contato com a mulher. Na primeira consulta o profissional deve preencher diversos documentos (CG (Anexo 2), FO (Anexo 2), Ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL (Anexo 4), Ficha de Cadastramento da Gestante no SISPRENATAL (Anexo 1), algum livro de controle interno das gestantes do CS (ora dividido por equipe, ora um único livro para o CS todo e um livro ou pasta de controle da série numérica do SISPRENATAL, que alguns CSs optam por fazer este controle em separado do livro de gestantes), demandando mais tempo do profissional. Nas demais consultas, o profissional registra os dados do atendimento nos três primeiros documentos citados. O preenchimento sem atribuição de valor para a ação e para o conteúdo transforma a realização dos registros num processo burocratizado.

O fato de 44,66% (138) das 309 mulheres ter tido uma consulta com o profissional enfermeiro somado ao fato de 94,47% (188) das 199 que tiveram uma ou mais consultas com o enfermeiro ter sido o primeiro contato e consulta desta mulher no serviço, evidencia que o profissional enfermeiro hoje representa a porta de entrada do PN no CS, porém está distanciado da prática da assistência; enquanto que o profissional médico realiza a maioria das consultas às mulheres sob seus cuidados.

O déficit do profissional enfermeiro na atenção básica de Campinas, SP nos últimos três anos ocorreu devido a demissões de contratos que a PMC mantinha com empresas terceirizadas e certamente interferiu nos dados encontrados. Porém, nos dias atuais, com o advento das admissões por meio concurso público de 2010 a 2012, o interesse pela adequação dos serviços de atenção básica do município fica viabilizado, acerca das consultas de PN ser intercaladas entre os profissionais médicos e enfermeiros.

Apesar do manual de PN de Campinas, SP não definir o número mínimo de consultas, com as orientações descritas nele é possível afirmar que uma mulher que inicie seu PN entre as quatro primeiras semanas de gestação e finalize seu PN com 41 semanas, pode receber até 16

consultas oficiais e mais as que se fizerem necessárias conforme seu diagnóstico de risco e necessidades.

Portanto, mediante o manual do município e ao preconizado pelo estado e em se tratando da média do número de consultas que as mulheres participantes do estudo tiveram em seus respectivos PNs, o valor de 8,91 sugere-se satisfatório, evidencia vínculo entre as mulheres e os serviços e permite a continuidade da assistência. O número de consultas observado sob uma ótica isolada não sugere adequação nem tampouco qualidade, é preciso verificar não apenas a quantidade delas, mas articular este número com a IG do início do PN e a IG em que finalizou o parto[34, 40-41, 43-44, 45-47].

A média de IG 11,20 no início do PN, variando de quatro a 33 semanas de gestação, e 72,49% (224) destes PNs iniciados antes das 12 semanas de gestação comprova a captação precoce das gestantes pelos serviços campineiros de atenção básica, portanto o cuidado à mulher no processo pré-concepcional e no ciclo gravídico se deram de forma adequada e satisfatória.

O manual de atenção ao PN e puerpério do estado de SP define que a mulher tenha no mínimo seis consultas de PN, sendo distribuídas em uma consulta antes das 12 semanas de gestação, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre[52]. O município de Campinas determina em seu protocolo que no primeiro contato com o CS a paciente seja cadastrada no SISPRENATAL e todos os documentos referentes sejam preenchidos minuciosamente, que no primeiro mês de gravidez (quatro primeiras semanas gestacionais) a paciente seja consultada pelo profissional enfermeiro e pelo médico. O médico deverá avaliar os resultados dos exames, que as consultas sejam realizadas a cada quatro semanas até a IG de 32 semanas, quinzenalmente das 32 as 36 semanas e uma vez por semana a partir das 37 semanas de gestação até o parto[66]. Com isso, uma média de IG de início do PN de 11,20 pode ser considerada satisfatória.

A distribuição das consultas de PN por semestre ter contemplado acima de 70% das mulheres com uma consulta no primeiro trimestre, acima de 80% com duas consultas no segundo e acima de 90% com três no terceiro vêm ao encontro de que 72,49% (224) das mulheres iniciaram seu PN com 12 semanas de gestação ou menos (Tabela 5). Ambas situações caracterizam satisfatoriedade do PN em se tratando de captação precoce das gestantes pelos serviços se saúde, pela distribuição das consultas e agendamentos dos atendimentos de PN, um vínculo progressivo entre gestante e CS durante o PN e oportunidade de acesso aos serviços.

Caracterizaram-se como oportunidades perdidas de vacinação mulheres não vacinadas: para as quais não foi solicitado cartão de vacina (11) e que não sabiam que poderiam ter sido vacinadas (cinco dentre as 11) e mulheres que tem filho menor de cinco anos (20 de 38) (Tabela 7).

Dentre as mulheres que referiram não ter recebido vacina na gestação, as que não têm filho menor de cinco anos não estiveram grávidas nos cinco anos anteriores, sendo esta gestação uma importante e pertinente oportunidade para vacinação. Duas mulheres de quatro que tem filho menor de cinco anos não foram vacinadas na gestação anterior, podendo ser inclusas no montante de *status* vacinal inadequado. E ainda, na ausência da vacinação nesta gestação, estas são oportunidades perdidas de atualização do seu estado vacinal, caracterizando falha dos profissionais.

Com base nos dados gerais sobre recebimento de vacina na gestação, objetivo central do estudo, em resumo, é possível afirmar que a informação do relato da paciente quando comparada ao registro do CG é pouco coincidente (Kappa 0,42, moderado), que o registro do CG comparado ao registro da FO é menos coincidente (Kappa 0,13, considerado desprezível) e que a comparação entre relato da paciente e registro da FO é menos coincidente ainda (0,05, considerado desprezível).

Sobre o recebimento especificamente da Vat na gestação, podemos afirmar que há um maior número de coincidências entre o relato da paciente e o registro da informação em seu CG (Kappa 0,55, moderado) do que entre seu relato e o registro da informação em sua FO (Kappa 0,11, desprezível). Foi encontrado um Kappa de 0,27 (suave) quando comparada a informação dos registros nos dois documentos, o que além de não ser um coeficiente satisfatório, é menor do que as comparações do relato com CG e do relato com FO.

Ainda que não exatamente coincidentes, o número de relatos das mulheres é próximo do número de registros desta informação em seus CGs. Isso significa que os profissionais registram muito mais no CG do que na FO, de forma que os documentos não refletem do mesmo modo a realidade praticada – qual dos resultados encontrados reflete de fato a realidade praticada? Mesmo considerando a fragilidade de qualquer tipo de relato, as mulheres deste estudo demonstraram coerência com a realidade praticada quando referiram sobre ações de vacinação consigo durante o PN de forma mais coincidente do que os registros que os profissionais realizam em ambos os documentos entre si. Registros do PN são frequentemente encontrados de forma não clara e incompleta[51], os manuscritos são precários[39], sugerem omissões e sub registros[51] e já foram encontradas discrepâncias significantes entre os dados obtidos por informe verbal e os registros no CG[37-38].

Embora com valores muito próximos, há mais coincidências entre o relato da paciente e o registro do CG acerca da vacina contra Hepatite B do que entre o relato da paciente e o registro do CG acerca da Vat. E mesmo que a vacina contra gripe tenha apresentado um Kappa suave, este valor mostrou-se ascendente. Porque isso se deu desta forma, se a indicação de Vat é historicamente mais antiga do que contra Hepatite B, embora o Programa Nacional de Imunizações (PNI) ser mais antigo que qualquer programa de atenção PN no Brasil? Mesmo que a vacinação na gravidez hoje ainda seja vinculada a muitos mitos, a cobertura satisfatória das vacinas Hepatite B e Influenza podem ser atribuídas como uma resposta de sucesso das

campanhas de vacinação que circulam na mídia/meios de comunicação? Será também por esta justificativa que as mulheres relatam mais ter recebido vacinas contra Hepatite B do que Vat?

Em se tratando de vacinas contra Hepatite B (Kappa 0,50) e Vat (Kappa 0,49) também é possível afirmar, mais uma vez, que o relato da puérpera em comparação aos registros de seus CG é quase duas vezes mais coincidente do que a comparação entre os registros do CG e da FO (Kappa 0,28 para Vat e Kappa 0,27 para Hepatite B) (Tabela 12). A diferença entre os dados registrados com os relatos reforça que a integração entre os profissionais da equipe é prejudicada[31]. A variação entre os índices de vacinação contra o tétano está associada a baixa adesão dos profissionais de saúde e/ou das gestantes ao protocolo de vacinação vigente e a problemas no registro da Vat no CG[33].

O número de CGs sem registro sobre vacina, 66 (21,36%), é superior aos *status* Inadequados, 51 (16,50%). Os achados em branco são situações de vacinações não realizadas ou situações de vacinações realizadas e não registradas? Caso os registros existissem, estes alimentariam o montante de Adequados ou de Inadequados? E ainda, as 53 mulheres que tinham próxima dose agendada, mas não foi realizada porque a data é posterior ao parto/hospitalização foi inclusa no montante de Adequado, mas conforme os protocolos, as doses do esquema podem e devem ser ajustadas para que a mulher receba uma dose 20 dias antes do parto. Se este grupo fosse incluso nos Inadequados, esta classe mais que dobraria de valor, se aproximaria do grupo dos Adequados e seria maior que o valor sem registro nenhum. Desta forma, verifica-se que o planejamento vacinal da gestante esquematizado pelos profissionais do município segue rigorosamente o manual, mas não se atenta às adaptações pertinentes em cada caso, acerca da antitetânica.

Apesar de o status vacinal Adequado ser a de maior frequência dentre as descritas na Tabela 14 (62,14% = 192), é um valor que está distante de ser considerado satisfatório,

especialmente quando associado ao fato de 21,36% (66) dos CGs não apresentarem nenhum registro sobre vacinas e de que 53 (17,15%) mulheres foram inclusas como Adequadas, mas o planejamento de sua vacinação poderia ter sido adaptado as necessidades da gestação. Não é possível tecer inferências sobre as causas reais da ausência do preenchimento, pela subjetividade das infinitas justificativas.

As mulheres que tinham dose agendada que não foi realizada porque a data era posterior ao parto são 17,15% (53) do total e compõem uma população com grande risco de não completar seu esquema vacinal adequadamente, portanto merece vigilância oriunda dos profissionais dos CSs. Se o PN foi iniciado precocemente (com IG igual ou menor que 12 semanas), a mulher tem um número satisfatório de consultas de PN, os manuais preconizam e recomendam uma dose 20 dias antes do parto, possui atenção de Alto Risco, é atendida por mais de um profissional, porque a programação vacinal das gestantes foi agendada para data posterior ao parto? Com isso, porque o número de status Inadequados é tão representativo? Além disso, apesar do status vacinal inadequado ser o de menor frequência do total, 16,60% (51), estas mulheres sofreu algum tipo de erro dos profissionais. O status vacinal das mulheres elucida uma importante referência para reorganização da assistência à gestante nos serviços de atenção básica do município de Campinas, SP.

Num município da Turquia, de 1991 a 2006, 28 (50,90%) de 55 mortes de neonatos hospitalizados foram por tétano neonatal[83]. De 40576 mortes de crianças na Indonésia de 1994 a 2003, 442 foram de neonatais precoces, e as crianças com menos chance de morrer eram filhos de mães que realizaram o PN e tomaram pelo menos duas doses de antitetânica na gestação[85]. No Brasil em 1986, 74% das mulheres realizaram PN, 40% estavam imunizadas contra o tétano[64]. A proporção de mulheres vacinadas contra tétano em relação ao total das que fizeram PN na América Latina em 1994 era de 60% e no Brasil era 54%[64]. Na Nigéria, de 1991 a 1995, 37 (22,56%) de 164 mulheres tiveram sua Vat na gestação ocorrida de maneira

pertinente[71]. De 2001 para 2002 houve um aumento de 100% de registros de Vat, mas 2% (3298) das mulheres em 2001 e 5% (27799) em 2002 realizaram o conjunto das atividades assistenciais[31].

CONCLUSÃO

6. Conclusão

Os dados encontrados permitiram concluir que:

- 88 FOs não encontradas demonstra falha no processo de arquivamento do documento no CS e/ou comunicação prejudicada entre os pré-natalistas que manipulam o material, ambas dificultando a localização do mesmo,

- 29,13% (90) das mulheres atendidas para resolução do parto neste hospital residem em distritos para os quais a MC não é referência para partos,

- oportunidades perdidas de vacinação foram mulheres não vacinadas para as quais não foi solicitado cartão de vacina (11) e que não sabiam que poderiam ter sido vacinadas (cinco dentre as 11) e mulheres que tem filho menor de cinco anos (20 de 38),

- a informação sobre recebimento de vacina na gravidez do relato da mulher comparada com o registro do CG é pouco coincidente (Kappa 0,42, moderado), o registro do CG comparado com o registro da FO é menos coincidente (Kappa 0,13, desprezível) e a o relato da paciente com o registro da FO é menos coincidente ainda (0,05, desprezível),

- quanto a vacina antitetânica na gestação, o relato da mulher comparado com o registro do CG é pouco coincidente (Kappa 0,55, moderado), o registro do CG com o registro da FO é menos coincidente (Kappa 0,27, suave) e o relato com o registro da FO é menos coincidente ainda (0,11, desprezível),

- o número de relatos das mulheres sobre vacina na gravidez é próximo do número de registros da informação em seus CGs e distante do número de registros em suas FOs, sugerindo que os profissionais vacinadores registram mais no CG do que na FO,

- apesar da inerente fragilidade de relatos, as informações fornecidas pelas mulheres deste estudo demonstraram maior coerência com a realidade praticada do que a comparação da mesma informação entre os registros dos documentos,

- há mais coincidências entre o relato da paciente e o registro do CG acerca da vacina contra Hepatite B do que entre o relato da paciente e o registro do CG acerca da Vat,

- em se tratando de vacinas contra Hepatite B (Kappa 0,50) e Vat (Kappa 0,49), o relato da puérpera em comparação aos registros de seus CGs é quase duas vezes mais coincidente do que a comparação entre os registros do CG e da FO (Kappa 0,28 para Vat e Kappa 0,27 para Hepatite B),

- o desenho desta pesquisa não permite identificar as causas que impediram o preenchimento sobre vacinas de 21,36% (66) de CGs,

- a principal dificuldade encontrada durante a análise dos registros foi o grande número de espaços em branco e os manuscritos incompletos ou ilegíveis, impedindo de concluir se o procedimento não foi realizado ou não foi registrado,

- a falha humana dos profissionais em se tratando de registros nos impressos do PN e as discrepâncias encontradas nas comparações entre as três fontes de dados sobre vacinação na gestação permite supor que alguns profissionais possivelmente não registram a execução de outros procedimentos nos documentos pertinentes,

- a ausência de registros e o desconhecimento do histórico em saúde dos indivíduos induz a repetição de procedimentos, inclusive sobre vacinas.

7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. Considerações finais

Embora as fontes de dados utilizadas neste estudo, assim como o SISPRENATAL, sejam passíveis de falhas, mas o banco de dados informatizado implica em mais uma forma de confirmação da realidade praticada ou da eficiência dos registros e transcrições. Sugere-se que estudos posteriores mais amplos e com metodologia similar contribuam com o meio científico comparando as três fontes com os dados do SISPRENATAL.

Apesar do SISPRENATAL web pretender qualificar a assistência por meio da análise dos dados transcritos dos registros do PN no sistema, a alimentação do sistema hoje não se dá concomitantemente aos atendimentos nem tampouco logo após o mesmo. O profissional que hoje insere os dados no sistema ou possui o analfabetismo digital ou é mais distante e desvinculado do atendimento PN do que a própria mulher, de forma que ela detém de mais condições de referir sobre os cuidados prestados consigo do que os registros do PN. Desta forma, o enfermeiro, em sua função gerencial e responsável pela equipe, agrega mais esta tarefa técnica em suas atividades e se afasta da assistência direta.

Sabe-se que o relato possa estar acometido pelo viés da confusão ou da memória e que os registros possam não ser a transcrição da assistência realmente praticada. Enquanto os pesquisadores que utilizam relatos verbais contam com o viés de memória, os que utilizam registros manuscritos e digitais contam com inadequações de sua prática. Um preenchimento completo e fidedigno dos impressos que permeiam os atendimentos geram dados manuscritos

confiáveis e é a principal fonte de informações em saúde, não apenas como uma obrigação do profissional, mas também como um meio de demonstrar o cumprimento dos manuais e organizar os serviços e, principalmente, poupa as mulheres de ações repetidas no tratamento à sua saúde.

Sabe-se que as ações de saúde na atenção básica, por questões de estrutura física e organizacional e normas da vigilância sanitária e especificamente nos Centros de Saúde, são executadas em salas diferentes (por exemplo, a vacinação é feita em sala diferente dos consultórios de PN) e que os impressos são arquivados em locais distintos, mesmo quando em vigência do PN. Porém, é preciso que os serviços de atenção básica de Campinas, SP teçam estratégias para aperfeiçoar o processo de registro dos procedimentos nos impressos referentes ao tipo de atendimento prestado. A conscientização dos profissionais executores de registros manuscritos é inerente a este processo.

Esta conscientização não se limita aos registros nos impressos do PN. Guardadas as devidas proporções da categoria de Mestrado deste estudo, os manuscritos precários espelhados nas discrepâncias das comparações permite concluir que a reestruturação dos serviços acerca do processo de registros não se limite aos procedimentos do PN e que é necessário ocorrer em todas as demais linhas de cuidado, uma vez que o histórico em saúde humana é importante independente do perfil do indivíduo.

É interessante (e necessário) conhecer as causas que estimulam as mulheres do DS Noroeste a buscarem a MC para resolução do seu parto, instituição distante de sua residência, ao invés do HMCP, sua referência em maternidade, no máximo 9 km do domicílio. Quais as causas que justificam este número representativo de mulheres que buscam a MC para a realização de seus partos? Porque as mulheres optaram por ter seus partos na MC ao invés de ter no HMCP?

Em cumprimento às normas da prefeitura de Campinas-SP e após a homologação do exemplar da Dissertação, o CETS será comunicado sobre a finalização da pesquisa e, cada unidade de saúde individualmente, poderá solicitar o conhecimento de seus dados por meio de uma exposição agendada e única da pesquisadora.

Pretende-se expor os dados aos órgãos competentes do município, acerca:

- da absorção de moradoras de regiões do município das quais a MC não é referência, para resolução do parto;

- das mulheres da RMC e redondezas que procuram Campinas para resolução do seu parto;

- das mulheres que se associam a convênios médicos particulares, iniciam, fazem algumas ou todas as consultas de PN, mas a resolução do parto se dá em instituições vinculadas ao SUS.

A validade externa dos resultados é a generalização dos achados da pesquisa a outros ambientes ou amostras[87]. O fato dos dados desta investigação terem sido coletados em todos os serviços de PN do município permite que os resultados sejam aplicados em todos os cenários de atenção primária à saúde do município de Campinas, SP.

8

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COREN-SP, Livreto sobre a NR-32 (Norma Regulamentadora Nº32)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com agentes biológicos. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 3.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 64 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM/MS n°. 699 de 03 de abril e 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Política Nacional de Atenção Básica. 4.ª edição. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Brasília – DF. 2007.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 09 de maio de 2006. Nota Técnica 06/2006. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 Portaria GM/MS 399/2006 Portaria GM/MS 699/2006; 2006. v. 1. Brasília..
5. Amazonas. 3º Encontro das Comissões Intergestores Bipartite da Amazônia legal/CIB-Norte, 15 de Maio de 2006. Pacto pela Saúde- Consolidação do SUS- O que muda? Compartilhando reflexões; 2006. Porto Velho – Roraima.
6. Brasil. 8 jeitos de mudar o mundo - O voluntariado e os Objetivos do Milênio da ONU. [Acesso em 19 de fevereiro de 2013]. Disponível em: http://www.objetivosdomilenio.org.br/
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da gestão do SUS. Painel de indicadores

do SUS n. 6. Temático Promoção da Saúde. v. 4. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2009.

8. Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Granzotto, JA, Schwarcz, R. Saúde sexual e reprodutiva: guias para a atenção continuada de mulher e do recém-nascido focalizadas na APS. Montevidéu. CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicação Cientifica; 1562.3)

9. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Rubino M. Sistema informático perinatal (SIP): história clínica perinatal: instruções de preenchimento e definição de termos. Montevidéo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicação Científica; 1572).

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. Série B. Textos Básicos em Saúde.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral á saúde da mulher: bases de ação programática. Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. Série B: Textos Básicos de Saúde, 6.

13. Dantas, JC. Condutas de Profissionais que realizam a consulta Pré-Natal na estratégia Saúde da Família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis. (Dissertação Mestrado). Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.

14. .Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Caderno de Saúde Pública, 1998, 14: 25-32, Rio de Janeiro.

15. Ribeiro Filho B. Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus - AM. (Dissertação). Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas; 2004.

16. Brenes AC. História da Parturição no Brasil, Século XIX: análise. Cadernos de Saúde Pública, 1991 Jun, 2(7): 135-149, Rio de Janeiro.

17. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas**.** Caderno de Saúde Pública, 2004, (20): 220-230, Rio de Janeiro.

18. Serruya SJ. A experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. (Tese – Doutorado). Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

19. Osis MJMD. Atenção Integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. [Tese-Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1994.

20. Baldin MR, Parada CMG. Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Botucatu-SP In: Parada CMG, Tonete VLP (org) Saúde da Família sob diferentes perspectivas: a produção científica de especialistas: Fundação Uni, 2007, 91-114 p.

21. Alexandre LBSP. Políticas públicas de saúde da mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi, NZ. Enfermagem e Saúde da Mulher. Barueri: Manole; 2007.

22. Brasil. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria n.º 569/GM Em 1 de junho de 2000.

23. Bricks LF. Indicação de vacinas e imunoglobulinas em indivíduos que apresentam comprometimento da imunidade. Revista de Saúde Pública, 1998 Jun, 32 (3): 281-294. São Paulo.

24. Rasia ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil. 2008 Dez. 8(4): 401-410.

25. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Revista de Saúde Pública, 2003, 37(4):456-62.

26. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**,** 2007 Jun. 7(2): 191-197.

27. Moura ERF, Holanda Junior F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. Caderno de Saúde Pública**,** 2003 Dez, 6(19): 1791-1799.

28. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. Revista de Saúde Pública, 2000 Dez, 34(6):603-609, São Paulo. Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública.

29. Brasil. SISPRENATAL – MS/DATASUS. Programa de Humanização do Parto e nascimento – SISPRENATAL. [Acessado em 19 de fevereiro de 2013] Disponível em: http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/PRENAT23_arquivos/frame.htm.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2001.

31. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TDG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública. 2004 Out; 20(5): 1281-1289, Rio de Janeiro.

32. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. SISPRENATAL as a tool for evaluating quality of prenatal care. Revista de Saúde Pública 2011; 45(5): 854-63.

33. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública 2012; Rio de Janeiro, 28(3): 425-437.

34. Almeida CAL, Tanaka O Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Revista de Saúde Pública. 2009; 43(1):98-104.

35. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 1998, 14 (3): 487-492, Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

36. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 25 (10): 717-724, 2003.

37. Barreto FDFP, Albuquerque RMD. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2012; Pernambuco-PE, 34(6):259-67.

38. Santos Neto ET, Leal MC, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. Caderno de Saúde Pública. Fev 2012; Rio de Janeiro-RJ, 28(2):256-266.

39. Oba MDV, Tavares MSG. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto – SP. Rev. Latino-Am. Enfermagem, janeiro 1998, Ribeirão Preto – SP, 6(1): 53-61.

40. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin JI, Zina JG, Yarid SD, Francisco KMS. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2010 maio-jun; 63(3): 385-90.

41. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Caderno de Saúde Pública. Jan/fev 2001. 17(1): 131-139. Rio de Janeiro, RJ.

42. Leal M, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 2004, 20(1): 63-72.

43. Cesar CLG, Tanaka O Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(Supl.2):59-70, 1996.

44. Kotelchuck M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. Am J Public Health 1994; 84:1414-20.

45. Quick JD, Greenlick MR, Roghmann KJ. Prenatal Care and Pregnancy Outcome in an HMO and General Population: A Multivariate Cohort Analysis. American Journal Public Health, April 1981. 71(4): 381-391.

46. Kotelchuck M. The Adequacy of Prenatal Care Utilization Index: Its US Distribution and Association with Low Birthweight. American Journal of Public Health. September 1994; 84(9):1486-1490.

47. Bloch JR, Dawley K, Suplee PD. Application of the Kessner and Kotelchuck Prenatal Care Adequacy Indices in a Preterm Birth Population. Public Health Nursing. 2009 September/October. 26(5):449–459..

48. Kotelchuck M. Evaluating the Healthy Start Program: A Life Course Perspective. Matern Child Health Journal. Editorial, 2010; 14:649–653.

49. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011; 45(6):1293-1300. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em 10 de abril de 2013.

50. Oba MDV, Tavares MSG. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2000, Ribeirão Preto – SP, 8(2): 11-17.

51. Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, jan-mar 2010, 14 (1): 97-104.

52. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. Calife K, Lago T, Lavras C (Org). São Paulo: SES/SP, 2010..

53. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):789-800, abr, 2012.

54. Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. Saúde e Sociedade, São Paulo, 20(4): 837-852, 2011.

55. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. Comunicação, Saúde e Educação. 13(30): p.153-66, jul./set. 2009.

56. Luz MT. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória Paradigmática. Saúde Soc. São Paulo, 18(2): 304-311, 2009.

57. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4):787-796, abril 2011.

58. Costa GRC, Chein MBC, Gama MEA, Coelho LSC, Costa ASV, Cunha CLF, Brito LMO. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 1005-9.

59. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), 2008 junho; 29(2):238-45.

60. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2): 286-91..

61. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2647-2655, dez, 2006.

62. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 452-60.

63. Bricks LF. Avances Recientes en Inmunización. Caderno de Saúde Pública, 2009 Jan, 25 (1): 229-232. Rio de Janeiro.

64. Buekens P, Tsuib A, Kotelchuck M, Degraft-Johnson J. Tetanus immunization and prenatal care in developing countries. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 1995, 48: 91-94.

65. Souza CQMS, Albuquerque C, Silva MR, Lopes MM, Castro RC (Org.). Protocolo de Ação para assistência de Enfermagem no Projeto Paidéia de Saúde da Família; Campinas: 1999, 39p..

66. Campinas. Diretrizes básicas de atendimento Pré-Natal na rede de atenção primária à saúde – Campinas. Campinas: 2008, 18p.

67. Aranda CMSS, Possidente MCBC, Rossi MGL, Góes MAF, Fernandes MMA (org). Cartilha de Orientações para os registros de imunobiológicos em serviços de saúde. 2a edição revista e ampliada São Paulo: CVE, 2006, 48 p.

68. Brasil. Calendário de vacinação da mulher: Recomendações da Associação Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2009. Brasil: 2009.

69. Brasil. Calendário de vacinação da mulher: Recomendações da Associação Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2010. Brasil: 2010.

70. Prusa AR, Wiedermann U, Kasper DC, Hayde M, Helmer H, Pollak A et al. Tetanus immunity in neonates in a developed country. Neonatology, Áustria, 2011, 100:52-56.

71. Hubka TA, Wisner KPA. Vaccinations Recommended During Pregnancy and Breastfeeding. Tha Journal of the American Osteophatic Association, Outubro de 2011, Suplemento 6, Vol 111, nº. 10.

72. Ozaki LMTR. A (con) vivência da mulher grávida com a vacina contra rubéola. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

73. Centro Latino-Americano de Perinatologia. Saúde da Mulher e Reprodutiva - CLAP/SMR. Organização Pan-Americana da Saúde – escritório regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA-

Guias para a ATENÇÃO CONTINUADA da Mulher e do Recém-Nascido focalizadas na APS. Fescina RH, De Mucio B, Diaz Rossello JL, Martínez G, Granzotto JA. Montevidéu – Uruguai, 2010, Publicação Científica CLAP/SMR N° 1562.3, 257 p. /

74. Bricks LF. Vaccines in pregnancy: a review of their importance in Brazil. Revista do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. 2003; 58(5):263-274, São Paulo.

75. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2010; 88:658–666B. .

76. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Cap 63: Tétano Acidental CID 10: A35 *In:* Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Penna GO, Carmo EH, Teixeira MG, Costa MCN, Pereira SM, Nascimento EMR (Editores). Doenças Infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2010. 381-388, Série B: Textos Básicos de Saúde.

77. Miranda-Filho DB, Democrito B, Ximenes RAA, Bernardino SN, Escarião AG. Identification of risk factors for death from tetanus in Pernambuco, Brazil: a case-control study. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, São Paulo, 2000, 42(06): 333-339.

78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Cap 64: Tétano Neonatal CID 10: A33 *In:* Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Penna GO, Carmo EH, Teixeira MG, Costa MCN, Pereira SM, Nascimento EMR (Editores). Doenças Infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2010. 389-397. Série B: Textos Básicos de Saúde.

79. Ayaz A, Salem S. Neonatal Mortality and Prevalence of Practices for Newborn Care in a Squatter Settlement of Karachi, Pakistan: A Cross-Sectional Study. PLoS ONE, 2 November 2010 [Acesso em 06/03/2012]; 5(11):1-6 [6 páginas]. Disponível em: www.plosone.org.

80. Sood V, Aggarwal M, Aggarwal KC. Neonatal Tetanus Elimination in India—Still a Long Way to Go. Indian Journal Pediatr, April 2011, 78(4): 491–492.

81. Vieira LJ, Oliveira MLP, Lefévre F. O uso da expressão "mal-de-sete-dias" por mães de crianças que morreram de tétano neonatal em Minas Gerais (1997-2002). Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1): 51-9.

82. Adetugbo AAD, Torimiro SEA, Nai KAA. Prognostic factors in neonatal tetanus. Tropical Medicine and International Health. 1998 January; 3(1):9-13.

83. Dikici B, Uzun H, Keskin EY, Tas T, Gunes A, Kocamaz H et al. Neonatal tetanus in Turkey; what has changed in the last decade? *BMC Infectious Diseases,* 2008. 8:112.

84. Chrestani MAD, Santos IS, César JÁ, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 2008, 24(7): 1609-1618.

85. Titaley CR, Dibley MJ, Robert CL, Hall J, Agho K. Iron and folic acid supplements and reduced early neonatal deaths in Indonesia. *Bull World Health Organ* 2010;88:500–508.

86. Lobiondo**-**Wood G**;** Haber J. Pequisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1994, p.111.

87. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamento de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização. 5ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed; 2004. 487p.

88. Frison FS. Dança circular e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: um estudo piloto. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.

89. Flack, V. F., Afifi, A. A., Lachenbruch, P. A.; Schouten, H. J. A. Sample Size Determinations for the Two Rater Kappa Statistic. *Psychometrika* 53, Nº 3, 321-325, 1988.

90. Landis, R. J., Koch, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* 33, 159-174, 1977.

91. Campinas, SP. Maternidade de Campinas. Histórico. [Acesso em 25 de fevereiro de 2013]. Disponível em: http://www.maternidadedecampinas.com.br/historico

92. Campinas, SP. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades de Saúde. Centros de Saúde. [Acesso em 25 de fevereiro de 2013]. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/

93. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Informação em Saúde. Saúde em Números. Nascidos Vivos. Nascidos Vivos por ano e área de abrangência dos distritos de saúde Mães residentes em Campinas - 2000 a 2010 Fonte: SINASC – CAMPINAS. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/. Acessado em: 08 de abril de 2013.

94. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Informação em Saúde. Saúde em Números. Dados Populacionais. DADOS DEMOGRÁFICOS DO MUNICÍPIO (por Distritos de Saúde e por Centros de Saúde). Projeções de População Total, População de Homens e População de Mulheres, segundo Distritos de Saúde e Centros de Saúde, Ano 2013. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/. Acessado em: 08 de abril de 2013.

9

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de Cadastramento da Gestante no SISPRENATAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CAMPINAS - SP

COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ - NATAL
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ - NATAL E NASCIMENTO

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. NOME DO ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE:
2. CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO NO CNES:
3. NOME DO MUNICÍPIO: CAMPINAS
4. CÓDIGO DO MUNICÍPIO NO IBGE: 350950 2
5. SIGLA DA UF: S.P.
6. CÓDIGO DA UF NO IBGE: 35

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Nº DA GESTAÇÃO NO SISPRENATAL:
8. GESTANTE ACOMPANHADA PELO PSF:
CÓDIGO DA ÁREA:
MICROÁREA:
9. NOME DA GESTANTE:
10. DATA NASCIMENTO:
11. NOME DA MÃE DA GESTANTE:
12. RAÇA/COR:
13. ENDEREÇO RESIDENCIAL:
NÚMERO:
COMPLEMEMTO:
BAIRRO:
MUNICÍPIO:
CEP:
TELEFONE:

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTES DOCUMENTOS

14. Nº DO CARTÃO SUS:
15. Nº DO CPF:
16. CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO:
NOME DO CARTÓRIO:
LIVRO:
FOLHA:
17. IDENTIDADE:
NÚMERO:
ÓRGÃO EMISSOR:
18. CARTEIRA DE TRABALHO:
NÚMERO:
SÉRIE:
UF:
19. DATA DA 1ª CONSULTA PRÉ - NATAL:
20. DATA DA ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO:
21. ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA PRIMEIRA CONSULTA PRÉ - NATAL:
22. CÓDIGO BRASILEIRO OCUPACIONAL (CBO) DO RESPONSÁVEL PELA PRIMEIRA CONSULTA PRÉ - NATAL:

PREENCHER NO CAMPO **22** O CBO DO PROFISSIONAL DO RESPONSÁVEL PELA PRIMEIRA CONSULTA, CONFORME TABELA :

223505 - ENFERMEIRA
223115 - CLÍNICA GERAL
223132 - GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA
223116 - MÉDICO DO PSF / COMUNITÁRIO
2235C1 - ENFERMEIRA DO PSF
2235C2 - ENFERMEIRA DO PACS
223545 - ENFERMEIRA OBSTETRA

NO CAMPO 12 A RAÇA/COR, CONFORME TABELA:

1 - BRANCA
2 - PRETA
3 - AMARELA
4 - PARDA
5 - INDÍGENA

FO500/MAR/03/SMS - ALTERADO 05/10 - VIA ÚNICA - FORMATO A4 (210 X 297mm) - CÓDIGO MATERIAL: 29560

ANEXO 2

Cartão de gestante do município de Campinas, SP

ATENÇÃO MAMÃE:

A gravidez não é doença, mas exige a atenção dos profissionais de saúde para evitar complicações.
Por isso é necessário:

- Ir à consulta na hora marcada;
- Repetir a consulta cada vez que seja indicada;
- Seguir as orientações feitas na unidade de saúde.

Sinais de começo de parto:

- Endurecimento da barriga, cada vez mais forte e mais frequente;
- Perda de líquido pela vagina

Você deverá procurar a maternidade caso tenha:

- Perda de sangue ou líquido pela vagina;
- Inchaço do rosto ou de todo o corpo;
- Dor de cabeça ou manchas na visão;
- Sinais de começo de parto;
- Bebê parou de mexer.

Depois do parto:

É importante voltar, na data marcada, para revisão do parto no Centro de Saúde onde você realizou o pré-natal, trazendo este cartão. Aproveite, também, para levar seu(sua) filho(a). Assegure-se de que a sua consulta e a do bebê sejam marcadas para o mesmo dia.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS

www.campinas.sp.gov.br/saude

ELABORADO POR:
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E CONTROLE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE PREVENTIVO
RESPONSÁVEIS PELA ARTE: MAURO GUIMARÃES LEITE
COORDENADOR SETORIAL DE ORGANIZAÇÃO E MÉTODO

FO748/JAN/06 - ALTERADO 03/07 - VIA ÚNICA - FORMATO C6 (114 X 162 mm) - CÓD. MATERIAL 13.066

CARTÃO DA Gestante

Carimbo da Unidade de Saúde

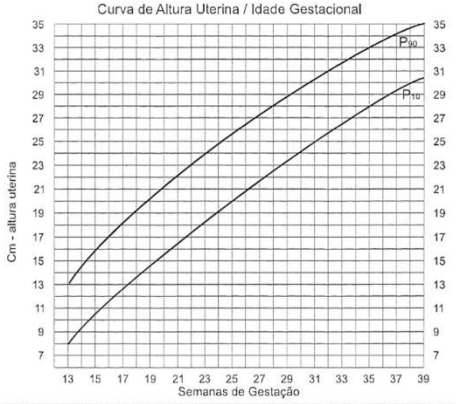
Nº SISPRENATAL:

Você está recebendo o

CARTÃO DA Gestante

Nele a equipe de saúde vai anotar todas as informações sobre a sua gravidez (exames, peso, pressão arterial, vacinas e outros) e também algumas orientações sobre a gestação, parto e pós-parto.

Leia com atenção:
Tenha sempre com você o seu cartão e leve-o em todas as consultas e para o Hospital na hora do parto.



PARTO

DATA: | LOCAL:

TIPO: | NORMAL | FÓRCIPE | CESÁREA | INDICAÇÃO:

PUERPÉRIO IMEDIATO:

IMUNOGLOBULINA ANTI - RH: 28ª SEMANA: | PÓS - PARTO: | DATA DA ALTA: | PUERPÉRIO:

RECÉM - NASCIDO(A)

SEXO: | M | F | PESO: g | ALTURA: cm | APGAR: 1º: 5º: | TRIAGEM NEONATAL REALIZADO: | SIM | NÃO

	CONSULTAS											
CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DATA												
SEMANAS AMENORRÉIA												
PESO												
PRESSÃO ARTERIAL												
ALTURA UTERINA												
MOVIMENTOS FETAIS												
F.C.F												
APRESENTAÇÃO												
EDEMA												
PRAZO DE RETORNO												
ATENDIDA POR												
DATA DO RETORNO												
LOCAL DE ATENDIMENTO												

EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ

ENCAMINHAMENTOS / INTERCORRÊNCIAS / INTERNAÇÕES

Data / Diagnóstico / Tratamento

Outros Exames

Vacina Anti-tetânica

1º Dose: __/__/__

2º Dose: __/__/__

3º Dose: __/__/__

Reforço: __/__/__

☐ Imune

RESULTADOS DE EXAMES

EXAMES	DATA / RESULTADO	DATA / RESULTADO
Hb / Ht		
Glicemia de Jejum		
VDRL		
Tipo Sanguíneo		
Coombs Indireto (se necessário)		
Rubéola IgG / IgM		
Toxoplasmose IgG / IgM		
HbSAg		
Anti-HIV		
Protoparasitológico de fezes		
URINA I		
UROCULTURA		

ULTRASOM:
DATA: | I. G.:

L. A.: | PLACENTA:

PESO ESTIMADO: | OUTRAS INFORMAÇÕES:

DADOS PESSOAIS DA GESTANTE

NOME (COMPLETO):

CARTÃO SUS:

DATA DE NASCIMENTO: | FF:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

MATERNIDADE DE REFERÊNCIA:

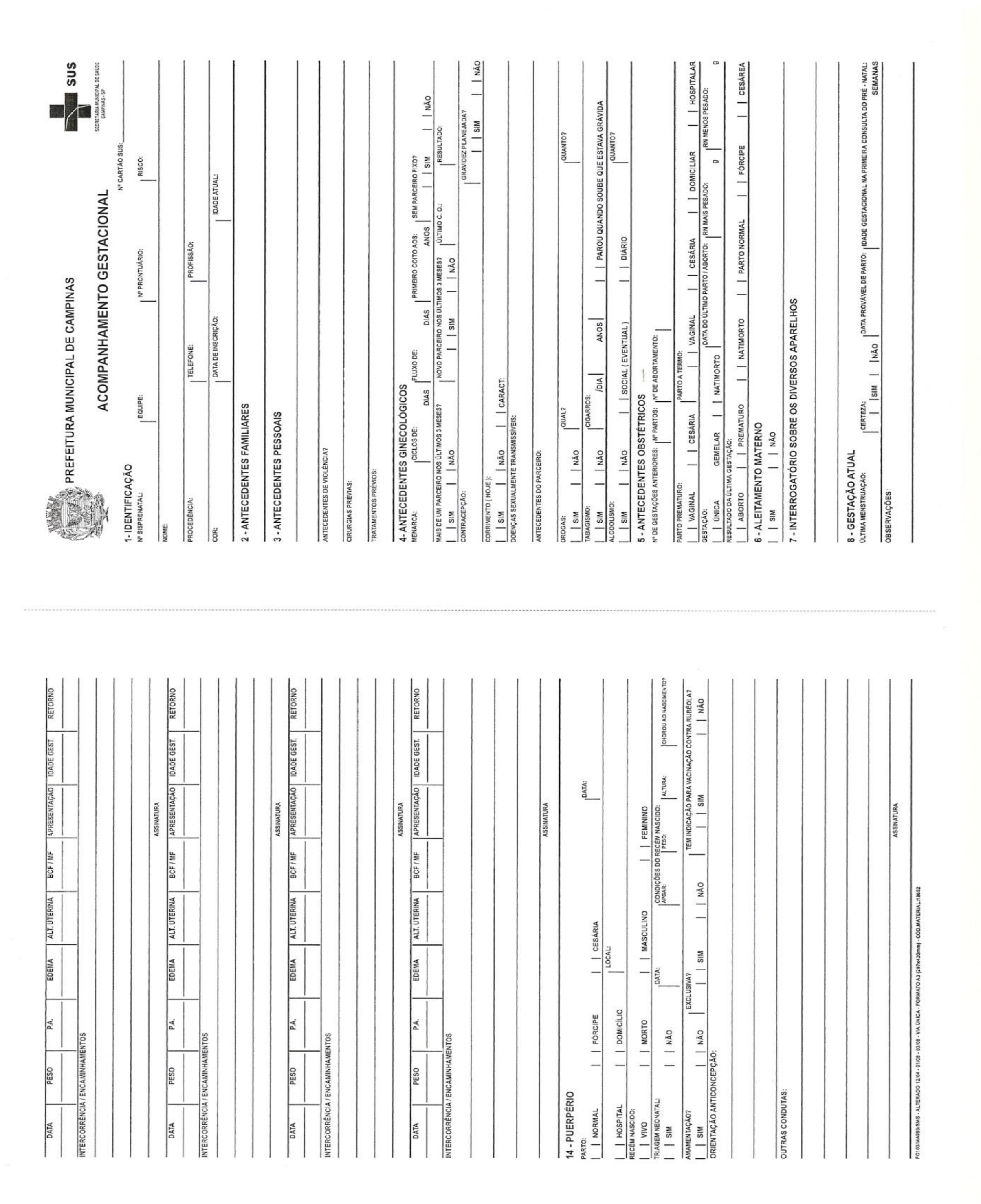
GN	PN	AE	AP	F	C	NV	NM	FV

DUM | D.P.P.

RISCO: ☐ ALTO ☐ BAIXO

ANEXO 3

Acompanhamento Gestacional/Ficha Obstétrica do município de Campinas, SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CAMPINAS - SP

ACOMPANHAMENTO GESTACIONAL

Nº CARTÃO SUS:

1- IDENTIFICAÇÃO

Nº SISPRENATAL: | EQUIPE: | Nº PRONTUÁRIO: | RISCO:

NOME:

PROCEDÊNCIA: | TELEFONE: | PROFISSÃO:

COR: | DATA DE INSCRIÇÃO: | IDADE ATUAL:

2 - ANTECEDENTES FAMILIARES

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA?

CIRURGIAS PRÉVIAS:

TRATAMENTOS PRÉVIOS:

4- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

MENARCA: | CICLOS DE: DIAS | FLUXO DE: DIAS | PRIMEIRO COITO AOS: ANOS | SEM PARCEIRO FIXO? SIM NÃO

MAIS DE UM PARCEIRO NOS ÚLTIMOS 3 MESES? SIM NÃO | NOVO PARCEIRO NOS ÚLTIMOS 3 MESES? SIM NÃO | ÚLTIMO C. O.: | RESULTADO:

CONTRACEPÇÃO: | GRAVIDEZ PLANEJADA? SIM NÃO

CORRIMENTO (HOJE): SIM NÃO CARACT:

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:

ANTECEDENTES DO PARCEIRO:

DROGAS: SIM NÃO | QUAL? | QUANTO?

TABAGISMO: SIM NÃO | CIGARROS: /DIA | ANOS | PAROU QUANDO SOUBE QUE ESTAVA GRÁVIDA

ALCOOLISMO: SIM NÃO | SOCIAL (EVENTUAL) | DIÁRIO | QUANTO?

5 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Nº DE GESTAÇÕES ANTERIORES: | Nº PARTOS: | Nº DE ABORTAMENTO:

PARTO PREMATURO: VAGINAL CESÁRIA | PARTO A TERMO: VAGINAL CESÁRIA | DOMICILIAR | HOSPITALAR

GESTAÇÃO: ÚNICA GEMELAR NATIMORTO | DATA DO ÚLTIMO PARTO / ABORTO: | RN MAIS PESADO: g | RN MENOS PESADO: g

RESULTADO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: ABORTO PREMATURO NATIMORTO PARTO NORMAL FÓRCIPE CESÁREA

6 - ALEITAMENTO MATERNO

SIM NÃO

7 - INTERROGATÓRIO SOBRE OS DIVERSOS APARELHOS

8 - GESTAÇÃO ATUAL

ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO: | CERTEZA: SIM NÃO | DATA PROVÁVEL DE PARTO: | IDADE GESTACIONAL NA PRIMEIRA CONSULTA DO PRÉ - NATAL: SEMANAS

OBSERVAÇÕES:

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

14 - PUERPÉRIO

PARTO: NORMAL FÓRCIPE CESÁRIA | DATA:

HOSPITAL DOMICÍLIO | LOCAL:

RECÉM NASCIDO: VIVO MORTO MASCULINO FEMININO

TRIAGEM NEONATAL: SIM NÃO | DATA: | CONDIÇÕES DO RECÉM NASCIDO: APGAR: | PESO: | ALTURA: | CHOROU AO NASCIMENTO?

AMAMENTAÇÃO? SIM NÃO | EXCLUSIVA? SIM NÃO | TEM INDICAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA? SIM NÃO

ORIENTAÇÃO ANTICONCEPÇÃO:

OUTRAS CONDUTAS:

ASSINATURA

FO103/MAI99/SMS - ALTERADO 12/04 - 01/08 - 03/08 - VIA ÚNICA - FORMATO A3 (297x420mm) - CÓD.MATERIAL:18652

9 - EXAME FÍSICO GERAL

ESTADO GERAL: | PESO: Kg | ALTURA: M

CABEÇA E PESCOÇO:

TORAX: | F.C.: BPM | P.A.:

ABDOME:

EXTREMIDADES:

10 - EXAME GINECOLÓGICO

MAMAS:

GENITAIS EXTERNOS:

ESPECULAR:

PH VAGINAL: | TESTE DE WHFF:

TOQUE VAGINAL:

11 - EXAMES LABORATORIAIS

COLPOCITOLOGIA: | DATA: | RUBÉOLA: | DATA:

GRUPO SANGUÍNEO: | RH: | RH DO PARCEIRO: | COOMBS INDIRETO:

HB / HT (1): | DATA: | HB / HT (2): | DATA: | GLICEMIA (1): | DATA: | GLICEMIA (2): | DATA:

VDRL (1): | DATA: | VDRL (2): | DATA: | HBSAg: | ANTI - HIV1: | DATA: | ANTI - HIV2: | DATA:

URINA (1): | DATA: | URINA (2): | UROCULTURA: | DATA: | FEZES:

TOXOPLASMOSE (1): | DATA: | TOXOPLASMOSE (2): | DATA:

| IgM | IgG | | IgM | IgG

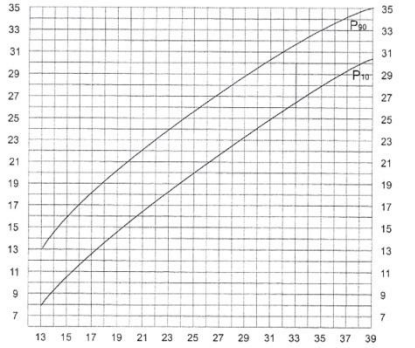
ECOGRAFIA(S):

ATENDIDA POR:

12 - VACINAÇÃO ANTI TETÂNICA

1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE	REFORÇO

13 - AVALIAÇÃO DE CRESCIMENTO UTERINO



12 - EVOLUÇÃO DA GESTAÇÃO

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

Ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ - NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRE - NATAL

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE | 2 - CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO NO CNES | DATA

3 - NOME DO MUNICÍPIO: CAMPINAS | 4 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO NO IBGE: 350950 2 | 5 - SIGLA DA UF: S.P. | 6 - CÓDIGO DA UF NO IBGE: 35

Nº	NÚMERO DA GESTAÇÃO NO SISPRENATAL	NOME DA GESTANTE	CONSULTA PRÉ-NATAL	ABO Rh	VDRL	URINA	GLICEMIA	Hb	Ht	Hiv	Hbs Ag	IgM Toxo	VACINA ANTI-TETÂNICA 1ª DOSE	2ª DOSE	REFORÇO	IMUNE	RG	CONSULTA PUERPERAL	TP
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

NOME E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

NO CASO DE EXAMES, ASSINALAR COM "X" QUANDO O RESULTADO DO EXAME FOR ANALISADO PELO MÉDICO OU ENFERMEIRA QUE REALIZOU A CONSULTA NAQUELE DIA.

NO CASO DA VACINA ANTITETÂNICA, ASSINALAR COM "X" DE ACORDO COM O CARTÃO DE IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE.

RISCO GESTACIONAL, CONFORME A TABELA:
BR - BAIXO RISCO
AR - ALTO RISCO

TIPO DO PARTO, CONFORME A TABELA:
PH - PARTO HOSPITALAR
PD - PARTO DOMICILIAR

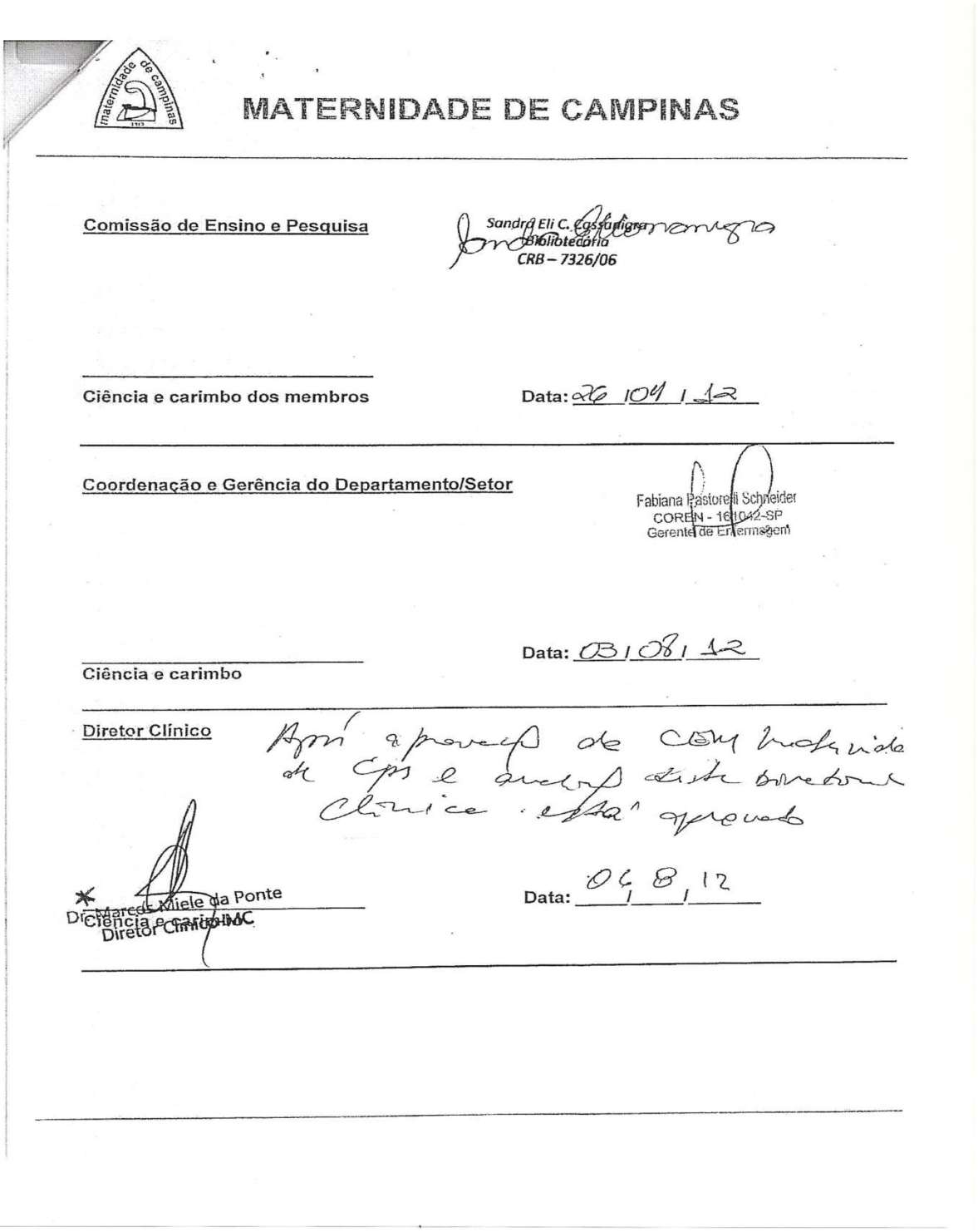
PREENCHER AS QUADRÍCULAS "CONSULTA PRÉ-NATAL E CONSULTA PUERPERAL" COM O CÓDIGO BRASILEIRO OCUPACIONAL - CBO:

223505 - ENFERMEIRA
223115 - CLÍNICA GERAL
223132 - GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA
223116 - MÉDICO DO PSF / COMUNITÁRIO
2235C1 - ENFERMEIRA DO PSF
2235C2 - ENFERMEIRA DO PACS
223545 - ENFERMEIRA OBSTETRA

FO498 - MAR/03 - ALTERADO 05/10 - SMS - VIA ÚNICA - FORMATO A - 4 - CÓDIGO DO MATERIAL: 29.558

ANEXO 5

Autorização do local de coleta de dados da primeira etapa da pesquisa



MATERNIDADE DE CAMPINAS

Comissão de Ensino e Pesquisa

Sandra Eli C. Cassaniga
Bibliotecária
CRB – 7326/06

Ciência e carimbo dos membros

Data: 26/04/12

Coordenação e Gerência do Departamento/Setor

Fabiana Pastorelli Schneider
COREN - 161042-SP
Gerente de Enfermagem

Ciência e carimbo

Data: 03/08/12

Diretor Clínico

Após aprovação do CEM Maternidade de Cps e anuência desta diretoria Clínica está aprovado

Dr. Marcos Miele da Ponte
Ciência e carimbo
Diretor Clínico MC

Data: 06/8/12

ANEXO 6

Parecer da Diretoria Clínica acerca das pesquisas (Maternidade de Campinas)

Campinas, 27 de julho de 2012.

MD. Dr. Marcos Miele da Ponte
Diretor Clínico da Maternidade de Campinas
C/C
MD. Enf. Sabrina Momesso Viganô
Pesquisadora dos projetos abaixo citados

Cumpre-nos informar que esta C.E.M. recebeu a solicitação relativa a nosso parecer sobre o projeto de pesquisa intitulado **"Vacinação antitetânica na gestação de uma região de município do interior de São Paulo: o informado e o registrado"** e **"Avaliação quali e quantitativa da completitude de cartões de gestante de uma região do município de interior do estado de São Paulo"**, e após a análise do projeto declaramos que no que tange à Ética em Pesquisa, essa C.E.M. em nada se opõe à realização. Ainda que para essa C.E.M. os dois projetos pareçam um único projeto, com verificação de tópicos variados dentro de um mesmo objeto de pesquisa, o desenho da pesquisa em nada compromete o sigilo e a Ética. Esse é nosso parecer.

Não obstante, com esse parecer em mãos, observamos que os autores deverão obter a autorização e a normativa junto às Diretorias Administrativa e Clínica, para que os pesquisadores tenham acesso aos dados pretendidos, documentos que são de inteira responsabilidade da Instituição, conforme a Lei e às normas do Conselho Federal de Medicina.

Atenciosamente,

Dra. Marinice Duarte da Ponte
Presidente da C.E.M. da Maternidade de Campinas

ANEXO 7

Autorização do local de coleta de dados da segunda etapa da pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa, em nível de mestrado, intitulada **"AVALIAÇÃO DA VACINAÇÃO ANTITETÂNICA NA GESTAÇÃO DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: O INFORMADO E O REGISTRADO",** que tem por objetivo obter informações acerca da vacinação antitetânica na gestação.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - nível mestrado, na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, junto a puérperas acompanhadas nos Centros de Saúde do município de Campinas, que tenham consentido em participar da pesquisa no período de internação na Maternidade de Campinas, consistindo na análise de Fichas Obstétricas destas, sob a orientação da Professora Doutora Antonieta Keiko Kakuda Shimo.

Campinas, 03 de setembro de 2012

Fernando Luiz Brandão do Nascimento
Secretário Municipal de Saúde

Parecer Consubstanciado do CEP da FCM (Campus Campinas) - Fase 1

FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)

Plataforma Brasil

PROJETO DE PESQUISA

Título: Vacinação antitetânica na gestação de uma região de município do interior de São Paulo: o informado e o registrado - Fase 1

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00838612.0.0000.5404

Pesquisador: Sabrina Momesso Viganô

Instituição: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP (Campus Campinas)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 96.490

Data da Relatoria: 11/09/2012

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora informa que parte da hipótese de que o preenchimento dos cartões de gentantes e da ficha obstétrica nas unidades básicas de saúde não são realizados adequadamente e pressupõe-se que há diferença entre os dados do Sistema de Pré-Natal (SISPRENATAL) e dos registros nos impressos (planilhas e cadastros) manuscritos do pré-natal e ainda destes com o relato da puérpera. Supõe-se que existam lacunas lacunas do registro da vacinação antitetânica nos documentos relacionados à gravidez da mulher, bem como um preenchimento inadequado nos aspectos quanti e qualitativamente.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar o relato de puérperas acerca do recebimento da vacinação antitetânica na gestação com os registros nos impressos do pré-natal; verificar o registro da vacina antitetânica no cartão da gestante no momento da hospitalização por ocasião do parto, comparar os resultados entre si e com os dados informatizados, caracterizar os resultados obtidos em "vacinações pertinentes" e "vacinações desnecessárias".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são desconsideráveis, uma vez que haverá coleta de dados que constam no cartão de pré-natal da puérpera e a intervenção no sujeito de pesquisa será baseado na resposta a uma única pergunta ('Você recebeu a vacina antitetânica na gestação?'). Não há benefícios diretos aos sujeitos de pesquisa, porém há potencial benefício social dos resultados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo exploratório descritivo, em centro único, com a participação de 500 sujeitos de pesquisa. Serão incluídas puérperas que tiveram seu parto entre 03:00h do dia anterior até as 02:59h do presente dia (?) e que estiverem hospitalizadas por ocasião do parto. A pesquisa foi dividida em três fases, sendo a primeira representada por questionamento os sujeitos de pesquisa e as demais por coleta de dados a partir de cartão/prontuário. Fase 1: entrevista semi-estruturada feita com Instrumento de Coleta de Dados validado por juízes. Fase 2: coleta dos dados do Cartão de Pré-Natal, quantitativamente. Fase 3: coleta dos dados das Fichas Obstétricas do serviço de saúde de realização do PN, quali e quantitativamente.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Além do relatório da pesquisa foi anexada folha de rosto da CONEP assinada pela pesquisadora responsável, mestranda no Departamento de Enfermagem da FCM/Unicamp, e pelo Diretor da FCM/Unicamp como representante da instituição proponente, bem como pelo responsável pela Maternidade de Campinas, onde será realizada a coleta de dados. Foi citado que as despesas do estudo correrão por financiamento do próprio pesquisador, com orçamento na ordem de R$ 17.000,00 (dezessete mil reais). O TCLE esclarece sobre os objetivos da pesquisa, descrição dos métodos, fornecimento de cópia ao sujeito de pesquisa, voluntariedade, autonomia, recusa ou desistência sem penalização, sigilo e ausência de ressarcimento.

Recomendações:

Atentar para o cronograma de coleta de dados, em cumprimento à resolução 196/96 artigo IX.2 item "a".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado após resposta a pendência.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPINAS, 13 de Setembro de 2012

Assinado por:
Carlos Eduardo Steiner

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 9

Parecer Consubstanciado do CEP da FCM Unicamp (Campus Campinas) - Fase 2

FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)

Plataforma Brasil

PROJETO DE PESQUISA

Título: Vacinação antitetânica na gestação de uma região de município do interior de São Paulo: o informado e o registrado - Fase 2

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00853712.5.0000.5404

Pesquisador: Sabrina Momesso Viganô

Instituição: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP (Campus Campinas)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 112.136

Data da Relatoria: 11/09/2012

Apresentação do Projeto:

A assistência pré-natal consiste na observação adequada e no acompanhamento da mulher durante o período gestacional, que se estende desde a concepção até o início de trabalho de parto. O acompanhamento inadequado durante o período pré natal (PN) é precursor de altos índices de mortalidade materna e infantil. A vacinação antitetânica é procedimento recomendado pelo Ministério da Saúde, especialmente durante a gestação, mas a literatura mostra inadequação e discrepância entre os registros manuscritos (nas fichas obstétricas e cartões de gestantes) e o sistema de dados informatizados. Assim, faz-se necessário uma investigação a respeito.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:
Comparar relato de puérperas acerca do recebimento da vacinação antitetânica na gestação com os registros nos impressos do PN.
Objetivo Secundário:
- coletar relato de puérperas acerca do recebimento da Vat na gestação - verificar o registro da Vat no CG no momento da hospitalização por ocasião do parto - verificar o registro da Vat na FO do CS - comparar os resultados entre si e com os dados formatizados - caracterizar os resultados obtidos em "vacinações pertinentes" e "vacinações desnecessárias".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos nem benefícios diretos com relação à participação dos sujeitos de pesquisa. Todavia, o estudo de seus depoimentos poderá contribuir para o planejamento de ações que visam a saúde da gestante e otimização de recursos do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Objetivos, justificativa e método adequados à proposta do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado.

A autora anexou documento onde constam os aceites dos responsáveis pelos setores onde serão recrutados os sujeitos da pesquisa.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitações atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Confirmamos parecer do relator. Aprovado.

CAMPINAS, 01 de Outubro de 2012

Assinado por:
Carlos Eduardo Steiner

(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 10

Autorização do local de coleta de dados para a pesquisa piloto (Maternidade de Campinas)

Ciência dos responsáveis do local da coleta de dados:

Nome: Fabiana Pastorelli Schneider
Função: Gerente de Enfermagem
Setor: Gerência Enfermagem
Data: 07/12/11

Fabiana Pastorelli Schneider
COREN - 161442-SP
Gerente de Enfermagem

Nome: Dr. Marcos Miele da Ponte
Função: Diretor clínico
Setor: Diretoria Clínica
Data: 06/08/12

Dr. Marcos Miele da Ponte
Diretor Clínico-MC

Nome:
Função:
Setor:
Data: __/__/____

Parecer Consubstanciado do CEP da FCM (Campus Campinas) - Pesquisa Piloto

FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)

Plataforma Brasil

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação quali e quantitativa da completitude de cartões de gestante de uma região do município de interior do estado de São Paulo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 00842412.7.0000.5404

Pesquisador: Sabrina Momesso Viganõ

Instituição: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP (Campus Campinas)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 96.497

Data da Relatoria: 28/08/2012

Apresentação do Projeto:

É um projeto de caráter piloto que faz parte das atividades propostas na dissertação de Mestrado da autora. Visa avaliar os Cartões de Gestante (CG)/Cartões de Pré-Natal de 200 mulheres hospitalizadas na Maternidade de Campinas por ocasião do parto para verificar o seu preenchimento correto. Serão fotografados os CG das mulheres que aceitarem participar, com questionamento sobre se receberam ou não vacina durante a gestação.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se os registros dos Cartões de Gestante/Cartões de Pré-Natal realizados pelos profissionais que realizam o pré-natal são feitos corretamente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existem riscos previstos. Também não haverá benefício direto aos sujeitos de pesquisa. Os benefícios sociais seriam parabenizar profissionais que preenchem corretamente os cartões e conscientizar os que não, a fim de melhorar a atenção às gestantes e reduzir gastos do município com o que a pesquisadora chama de "vacinações desnecessárias".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é interessante e não envolve nenhum risco às participantes (gestantes).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está bem redigido. A Folha de Rosto apresenta a assinatura do diretor da FCM/Unicamp e foi anexada ciência e acordo do responsável na Maternidade de Campinas, local onde serão coletados os dados.

Recomendações:

Atentar para o cronograma de coleta de dados, em cumprimento à resolução 196/96 artigo IX.2 item "a".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado após resposta a pendências.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPINAS, 13 de Setembro de 2012

Assinado por:
Carlos Eduardo Steiner

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

10

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro-guia para obtenção diária dos dados das pacientes hospitalizadas

Roteiro-guia para obtenção diária dos dados das pacientes hospitalizadas. Campinas, 2012.

Data: ___/___/_____					
	Nome da paciente	Idade	Leito	Data de Nascimento	Horário de Nascimento
1					
2					
(...)					

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,_____RG_____,
responsável: _____, estou sendo convidada a participar da pesquisa: *"Vacinação anti-tetânica durante a gestação de uma região de município do interior de São Paulo: o informado e o registrado"*, desenvolvida por Sabrina Momesso Viganô, cujo objetivo é comparar relato de puérperas acerca do recebimento da vacinação antitetânica na gestação com os registros nos impressos do PN. Serão convidadas a participar da pesquisa todas as mulheres hospitalizadas na ocasião do puerpério.

Caso aceite participar, estou ciente que:

- A pesquisa envolve a avaliação dos registros do meu Cartão de Gestante (cartão de pré-natal) e uma pergunta: 'Você recebeu a vacina antitetânica na gestação?'. Poderei respondê-la.
- Meu nome e todos os dados do meu cartão serão mantidos em sigilo (segredo) durante toda a pesquisa e depois dela
- Aceitei espontaneamente participar, não terei nenhum tipo de gasto ou prejuízo, nem receberei incentivo financeiro ou serei ressarcida
- Poderei deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, penalidades e/ou constrangimentos de qualquer natureza
- Este documento tem 2 vias, eu ficarei com uma cópia do TCLE idêntica a da pesquisadora
- Não existem riscos mensuráveis ou previsíveis.
- A pesquisadora compromete-se em utilizar os dados fornecidos e o material coletado exclusivamente para o estudo. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo antes, durante e após o mesmo, poderei entrar em contato com a pesquisadora, pelo telefone: (19)91693957.
- Se eu quiser reclamar de algo, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP, situado na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP Fone: (019)3521-8936 Fax (019)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Campinas,___ de _____ de 2012.

Assinatura da puérpera:_____

Responsável (se menor de idade):_____

APÊNDICE 3

Roteiro-guia para organização dos dados das entrevistas

Roteiro-guia para organização dos dados das entrevistas. Campinas, 2012.

	Situação mãe	Recebeu vacina na gestação?	Qual?	Quantas doses?	Tem CG?	Foi possível fotografar?	Observações
1							
2							
(...)							

APÊNDICE 4

Instrumento de Coleta de Dados

Coleta de dados no hospital

Cabeçalho de identificação

Data: ___ / ___ / _____ DN do RN: ___ / ___ / _____ Hora de nasc do RN: ____:____h Leito mãe: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Situação da mãe: (0) respondeu; (1) acompanhante ou responsável autorizou

Desfecho: (1) entrevistadas e NÃO fotografadas; (3) entrevistada e fotografada

Entrevista com a paciente

1- Você fez o PN?

(1) Sim

Onde? (0) CS (1) CS e PNAR Local: CS _____ e PNAR _____

Com quem? (0) só com médico (1) com médico e enfermeira

2-Você tomou alguma medicação injetável na gravidez? (0) Não (1) Sim

Em que sala? _____ Alguém anotou? (0) Não (1) Sim

3.0-Recebeu vacina na gestação? (0) Não; *(Se não, responder apenas este grupo de perguntas)*

Pediram seu cartão de vacina durante o Pré-Natal?

(0) Não

Você sabia que poderia ter sido vacinada? (0) Não; (1) Sim

Você tem filho menor de 5 anos? (0) Não

(1) Sim

Recebeu vacina na gestação anterior? (0) Não; (1) Sim

(1) Sim

Você foi orientada a quê? _____

Você tem filho menor de 5 anos? (0) Não

(1) Sim

Recebeu vacina na gestação anterior? (0) Não; (1) Sim

3.1- Recebeu vacina na gestação? (1) ( ) Sim; *(Se Sim, responder apenas este grupo de perguntas)*

Qual? (0) Vat; (1) HepB; (2) H1N1; (3) Gripe/Influenza; (4) Rubéola; (5) Outra; (6) não lembra (7) todas

Quantas doses? ___ de ___; ___ de ___; ___ de ___; ___ de ___.

3.2- Recebeu vacina na gestação? (2) ( ) Não sabe responder. *(Se Não sabe responder, responder apenas este grupo de perguntas).*

Dados do Cartão de Gestante

Foi possível transcrever/fotografar os dados do CG? (0) Não; (1) Sim

Ficha Familiar/Ficha Individual:_____ __ SISPRENATAL: _____

Qual a IG/data da 1ª consulta de PN? _____ semanas _____ dias / Data:_____/_____/_____

Quantas consultas de PN foram realizadas? _____ Com médico (_____) Com Enfermeira (_____)

Quais as datas das doses de Vat? Dose 1: _____/_____/_____; Dose 2: _____/_____/_____;

Dose 3: _____/_____/_____; Reforço: _____/_____/_____.

Carta ao Secretário da Saúde de Campinas, SP

UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - FCM
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Distrito Barão Geraldo - Campinas - SP - CEP: 13083-887
Fone: (019) 3521.8820 - Fone/fax: 3521.8822
E-mail: denffcm@fcm.unicamp.br

1963/2013 FCM - UNICAMP

Campinas, 16 de agosto de 2012

Exmo. Sr. Fernando Luiz Brandão do Nascimento

D.D. Secretariado de Saúde,

Por orientação de Sra. Alóide Ladeia Guimarães, venho por meio deste solicitar autorização e explicar acerca da coleta de dados do meu projeto de Mestrado.

Trata-se de um estudo exploratório, documental e descritivo, com abordagem quantitativa. O objetivo é obter informações acerca da vacinação antitetânica na gestação. Para isso aplicarei um Instrumento de Coleta de Dados (ICD) às puérperas e irei fotografar seus respectivos Cartões de Gestante (CG) quando elas ainda estiverem no hospital para resolução da gravidez. Em seguida, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em mãos, quero obter a informação também de sua respectiva Ficha Obstétrica da Unidade Básica de Saúde onde a mesma realizou seu Pré-Natal.

Informo que as puéperas já terão autorizado (assinatura do TCLE no momento do convite para participar da pesquisa, no hospital/maternidade) que seus documentos (CG e Ficha Obstétrica) sejam fotografados, assim sendo, venho solicitar autorização para ter acesso as Fichas Obstétricas destas mulheres. Para isso, me disponho a comparecer na reunião dos coordenadores que ocorre semanalmente em cada distrito do município para que eu possa me apresentar e discorrer sobre a pesquisa, bem como que eles possam delegar uma pessoa que seja um intermediário entre eu e os documentos dos Centros de Saúde, a fim de não interferir no andamento dos serviços e que minha visita às unidades seja breve. Com as Fichas Obstétricas em mãos, apenas irei fotografá-las e devolvo imediatamente em seguida ao mesmo local ou ao Enfermeiro ou pessoa responsável.

Se julgarem necessário agendar um encontro entre mim e alguma pessoa responsável do setor de pesquisas, me disponibilizo também.

Grata, no aguardo do retorno,

Sabrina Momesso Viganô - Aluna de Mestrado pelo Departamento de Enfermagem da FCM Unicamp

(19) 91693957 / 32375512

Antonieta Keiko Kakuda Shimo – Orientadora, Profa. Dra. Docente do Departamento de Enfermagem da FCM Unicamp (19) 35219092

APÊNDICE 6

Roteiro-guia para viabilizar as visitas nos Centros de Saúde

Lista dos apoiadores conforme DS e dados do CS, contatos e agendamento de visita. Campinas, 2012.

DS/ Apoiador	CS	Dados do CS (endereço/fones)	Horário de funcionamento	e-mail	Pessoa de referência/ e-mail	Data/ horário da visita
	1					
	2					
	(...)					
	XX					

APÊNDICE 7

Roteiro-guia para obtenção das Fichas Obstétricas nos Centros de Saúde

Dados das pacientes entrevistadas utilizados para localizar a Ficha Obstétrica nos Centros de Saúde. Campinas, São Paulo, 2012.

Número da entrevista	FF/ FI	Data de Nascimento	SISPRENATAL	Nome	Idade	Local do PN (relato)	Local do PN (CG)
1							
2							
(...)							
400							

APÊNDICE 8

Distribuição do número de entrevistadas segundo a quantidade encontrada por Distrito de Saúde e Centro de Saúde. Campinas, 2012.

Distrito de Saúde	Centro de Saúde	Entrevistadas	Encontradas	%
SUL	0_1	44	31	10,03
	0_2	15	13	4,21
	0_3	5	5	1,62
	0_4	8	4	1,29
	0_5	13	10	3,24
	0_6	7	6	1,94
	0_7	5	2	0,65
	0_8	6	5	1,62
	0_9	21	13	4,21
	0_10	9	8	2,59
	0_11	12	10	3,24
	0_12	3	3	0,97
	0_13	16	14	4,53
	0_14	13	9	2,91
	0_15	10	8	2,59
	0_16	9	8	2,59
	0_17	2	2	0,65
	TOTAL		151	48,87
SUDOESTE	1_1	7	7	2,27
	1_2	7	5	1,62
	1_3	18	7	2,27
	1_4	11	4	1,29
	1_5	4	3	0,97
	1_6	3	2	0,65
	1_7	15	13	4,21
	1_8	8	4	1,29
	1_9	9	6	1,94
	1_10	12	12	3,88
	1_11	9	5	1,62
	1_12	1	0	-----
	TOTAL		68	22,01
NORTE	2_1	8	7	2,27
	2_2	2	1	0,32
	2_3	7	5	1,62
	2_4	3	3	0,97
	2_5	1	1	0,32
	2_6	5	5	1,62
	2_7	0	0	-----
	2_8	0	0	-----

	2_9	0	0	-----
	2_10	0	0	-----
	2_11	0	0	-----
	TOTAL		22	7,12
N	3_1	1	1	0,32
O	3_2	10	8	2,59
R	3_3	6	6	1,94
O	3_4	2	2	0,65
E	3_5	5	5	1,62
S	3_6	4	3	0,97
T	3_7	2	2	0,65
E	3_8	12	8	2,59
	3_9	1	1	0,32
	3_10	2	2	0,65
	3_11	3	3	0,97
	3_12	8	5	1,62
	3_13	0	0	-----
	TOTAL		46	14,89
L	4_1	1	1	0,32
E	4_2	1	1	0,32
S	4_3	0	0	-----
T	4_4	14	13	4,21
E	4_5	1	1	0,32
	4_6	1	1	0,32
	4_7	1	1	0,32
	4_8	4	4	1,29
	4_9	0	0	-----
	4_10	0	0	-----
	TOTAL		22	7,12