

Daipise

UFRJ
Maternidade Escola
Biblioteca Jorge de Rezende



**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
MATERNO-INFANTIL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
2008 - 2009**



MONOGRAFIA

*MON
DNER
2009*

UFRJ

ESCOLA M. JARDIM DE SAZUVA
AV. P. DE A. S. 150 - C. 14
CAMPUS SÃO CARLOS DE DUQUE
RGS - 2009

U.F.R.J
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE
N. ADM. 7 23563
N. SISTEMA 7 23563
CÓD. BARRA

resumo (OK)

UFRJ
Maternidade-Escola

561800

AV. P. DE A. S. 150 - C. 14

UFRJ
Maternidade Escola
Biblioteca Jorge de Rezende

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DAYRISE NEGREIROS CARVALHO ROCHA

O CUIDADO PRÉ-NATAL E O RESULTADO PERINATAL

Rio de Janeiro

2009

DAYRISE NEGREIROS CARVALHO ROCHA

O CUIDADO PRÉ-NATAL E O RESULTADO PERINATAL

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil.

Orientadores:

Prof^a Maria Amélia Sayeg Porto

Prof Marcus Renato de Carvalho

Rocha, Dayrise Negreiros Carvalho.

O cuidado pré-natal e o resultado perinatal/

Dayrise Negreiros Carvalho Rocha. – Rio de Janeiro: ME – UFRJ, 2009.

Vii, 64f; 31 cm.

Orientadores: Maria Amélia Sayeg Porto. Marcus Renato de Carvalho.

Monografia (Especialização) – ME / UFRJ / Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, 2009.

Referências Bibliográficas: f. 60 - 64.

1. Cuidado Pré-natal 2. Humanização 3. Resultado Perinatal.
Porto, Maria Amélia Sayeg. Carvalho, Marcus Renato de.

II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Curso de Especialização em Atenção à Saúde Materno-Infantil III. Título.



O CUIDADO PRÉ-NATAL E O RESULTADO PERINATAL

DAYRISE NEGREIROS CARVALHO ROCHA

ORIENTADORES: Prof^ª Maria Amélia Sayeg Porto
Prof Marcus Renato de Carvalho

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

Prof^ª Cristina Montero Arizaleta

Prof^ª Maria Amélia Sayeg Porto

Prof Marcus Renato de Carvalho

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 26 de junho de 2009.

*À Fabiana, Fernanda e Patrícia, companheiras de vida,
pelos momentos felizes que me proporcionam.*

“Não há saber que esteja pronto e completo. O saber tem historicidade pelo fato de se constituir durante a história e não antes da história e nem fora dela. Então, o saber novo nasce da velhice de um saber que antes foi novo também. E já nasce com a humildade de quem espera que um dia envelheça e suma, para que o outro o substitua.”

Paulo Freire

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo desenvolvido na Maternidade-Escola da UFRJ, a partir de registros do atendimento pré-natal e utilização de dados computadorizados do programa CLAP, referentes à gestação e nascimento, a partir de 392 casos aleatórios ocorridos no período de 18/11/2006 a 05/05/2007.

A pesquisa realizada através de análise documental utilizou alguns indicadores de saúde, preocupando-se com critérios de seguimento pré-natal e perinatal.

Embora os indicadores qualitativos de cuidado tenham mostrado uma melhora através dos anos, baixos e residuais percentuais demonstraram a necessidade de avaliações permanentes e de novas intervenções que objetivem melhorar a qualidade dos serviços.

O trabalho se desenvolve num cenário que discute os princípios da humanização como requisito básico para o cuidado, além de comentar aspectos práticos e desafios futuros.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Humanização, Saúde Perinatal.

ABSTRACT

This quantitative study was performed at Maternidade-Escola, UFRJ, through documental analysis using data generated by CLAP registers, related to pregnancy and child birth, from 392 random cases occurred during the period from 11/18/2006 to 05/05/2007.

The research was performed through documental analysis using some health indicators concerning criteria for prenatal follow up and perinatal health.

Although the quality indicators of care showed an improvement through the years, the recorded low percentages attest the need for permanent evaluations and new interventions with the aim of improving the quality of this care.

The job was developed in a scenario that discuss the humanization principles as basic needs to this care, also comment practical aspects and future challenges.

Key words: Prenatal care, Humanization, Perinatal health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Histórico	9
1.2 Panorama	11
1.3 Gravidez Segura	12
1.4 Enfoque de Risco	14
2. JUSTIFICATIVA	16
2.1 Comparações / Tempo	16
2.2 Mortalidade	17
2.3 Diferenças Sócio-Econômicas	17
2.4 Cobertura	18
2.5 Baixo Peso	19
2.6 Normas / Metas Gerais	20
2.6.1 Parcerias	21
2.6.2 Qualificação	22
2.6.3 Emergências	22
2.6.4 Capacitação de Pessoal	23
2.6.5 Manuais	23
2.6.6 Medicamentos	23
3. METODOLOGIA	25
4. RESULTADOS	26
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO	51
6. CONCLUSÃO	57
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

1. INTRODUÇÃO

1.1 Histórico

A assistência pré-natal vem sendo avaliada pelos seus componentes essenciais e impactos causados em contextos diversos. No âmbito mundial, vários países já contam com uma prática bem institucionalizada para avaliar sistemas e serviços de saúde, cujos resultados são determinantes para decisões futuras nas políticas e práticas de saúde.

No contexto nacional, tal importância vem sendo ressaltada em momentos de discussão das políticas de saúde e práticas em serviços, com o objetivo de inserir a prática da avaliação no planejamento e implementação dos programas e ações na área da saúde. Entre eles, a assistência pré-natal ocupa historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população, e foi um dos primeiros a ser desenvolvido com uma perspectiva de saúde pública.

Os programas de atenção pré-natal nos países ocidentais ainda são baseados no modelo de atendimento proposto por Janet Campbell na Inglaterra no início do século XX. A ele foram sendo acrescentados novos procedimentos decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, além de serem introduzidas mudanças nas práticas de saúde.

Tendo por objetivo central a redução da morbidade e da mortalidade, tanto materna quanto infantil, o programa de pré-natal caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas. Por meio do contato freqüente e planejado da gestante com os serviços de saúde, o programa promove o rastreamento da gestação de alto risco, bem como a intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez.

A implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na década de 80 e suas mudanças referentes ao aumento na cobertura, número de consultas, captação precoce, entre outras, melhoraram os indicadores de saúde relativos à morbi-mortalidade materna e perinatal.

No final dos anos 90, quase duas décadas após a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a assistência da saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. O Ministério da Saúde havia definido a saúde da mulher como prioridade e sistematizou três linhas de ações com projetos específicos para:

melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (MS, 2002).

Para a melhoria da assistência obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva elaborou um plano em três etapas. Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal, instituindo um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital e incluindo a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica. Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portarias MS/GM 2.816 e 2.817). A terceira etapa enfoca atenção ao pré-natal e parto, qualidade da assistência, acesso e humanização da atenção.

Tais ações têm como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados peri-natais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor. Assim, o panorama da assistência pré-natal no Brasil no final da década de 90 justifica o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que está então estruturado em princípios que fortaleçam as ações de saúde desenvolvidas nos serviços e sistemas de saúde para enfrentar a morbi-mortalidade materna, peri e neonatal no Brasil.

O programa faz um macro-diagnóstico baseado nas análises de que:

- toda gestante tem o direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico;
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Foucault, na sua análise do nascimento da “medicina social”, menciona que a medicalização e instrumentalização do parto, que constituíram a característica marcante da atenção obstétrica do século XX no mundo ocidental, fazem parte da institucionalização do poder médico que, no corpo

feminino, atuou fundamentalmente normatizando a reprodução (FOUCAULT, 1998). À medida que determinadas técnicas e procedimentos foram sendo incorporados, a mortalidade de mulheres e recém-nascidos caiu significativamente sendo que hoje, em países desenvolvidos a morte materna é rara e incomum (WHO, 1999).

1.2 Panorama

Sob a perspectiva global o foco de maior relevância recai na sobrevivência infantil, nos índices de mortalidade e nas diferentes ações propostas. Tais ações políticas estabeleceram como principais metas do desenvolvimento do milênio (de 2000 até 2015) a eliminação da pobreza e a redução em 2/3 da morte de crianças até os 5 anos de 1990 até 2015.

Na carga global de doença, crianças e adolescentes contribuem muito e por vezes a tendência à diminuição está estagnada ou mesmo revertida, como nos períodos de guerra.

Nas soluções propostas universalmente é consensual a transferência de conhecimento e ação para alcance das metas.

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil caiu 43,5% nos últimos 10 anos (de 39 para 22/1000 nascidos vivos) sendo que o objetivo até 2012 será atingir o índice de 14,4; três anos antes do prazo fixado pela ONU.

Na mais recente contagem do PNDS houve redução média de 46% na desnutrição crônica do país, entre 1996/2006 (no Nordeste até de 74%), o que representará avanço importante no impacto das metas.

Se compararmos ao Japão, lá encontraremos 2 a 3 mortes/1000 e a países da África 50 casos/1000. No mundo morrem 11 milhões de crianças/ano e poderiam ser 6 milhões se adotássemos medidas básicas como, melhor nutrição (54%), assistência perinatal (22%), tratamento adequado para pneumonia (20%) e diarreia (12%), e em doenças outras como malária (8%), sarampo (5%) e HIV (4%).

Os países pobres concentram 99% das mortes, 42 dos 192 países analisados possuem 90% das mortes e 50% dos casos de mortes infantis acontecem na Índia, Nigéria, China, Paquistão, Congo e Etiópia.

O Brasil juntamente com Índia, China e África do Sul compõe o bloco dos países com maior crescimento populacional.

As desigualdades sociais podem ser injustas ou não e são diferenças que ocorrem por várias razões, mas a iniquidade é quando a diversidade não é justa.

Vemos também que as intervenções preventivas mais atuantes são aparentemente de fácil solução. A amamentação (13%), a alimentação complementar (6%), o aporte de zinco no tratamento para diarreia (5%), o uso de mosquiteiros (7%), a vacinação para vírus influenza (4%), o parto limpo (4%) e medidas de saneamento, higiene e oferta de água limpa (3%) seriam responsáveis pela redução drástica nos índices de mortalidade infantil, quando correta e necessariamente aplicados.

A prestação do serviço de saúde deveria ser ofertada desde o lar até o hospital especializado, passando pelo nível primário de atendimento. Com habilidade no manejo dos casos haveria integração entre o indivíduo doente e a oferta de saúde através do sistema de saúde, do desempenho do profissional de saúde e das práticas comunitárias e familiares.

De acordo com a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS/2006) houve melhoria de vida de mulheres e crianças nos últimos 10 anos através das políticas sociais implementadas.

No meio rural 97% das mulheres tiveram acesso a pelo menos uma consulta de pré-natal em 2006, contra um percentual de 68% em 1996. Verificou-se que entre 10 gestantes apenas uma não realizou o pré-natal. O número de filhos por mulher também caiu de 2,5 filhos para 1,8 em 10 anos.

A pesquisa que envolveu 15 mil mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos) e 5 mil crianças até 5 anos confirma e reafirma as intenções e empenho, sem contudo esgotar o potencial de atuação das equipes de saúde.

1.3 Gravidez Segura

Pensando na gravidez segura é necessário que se cuide da gestante, do parceiro, da família e dos profissionais de saúde. A população da área regional deve estar em constante discussão com a unidade de saúde e os representantes comunitários.

A identificação precoce da totalidade das gestantes da comunidade e seu atendimento periódico e contínuo numa boa área física, contendo recursos

humanos, equipamentos, instrumental e apoio laboratorial são essenciais para garantir o acompanhamento adequado.

O cartão da gestante, a ficha perinatal e o mapa de registro diário são instrumentos de registro e identificação importantes contendo informações necessárias dos atendimentos prestados.

Ocasionalmente, há necessidade de encaminhamento das gestantes à nível de atenção de maior complexidade e da certeza do seu retorno à unidade de origem. Tal sistema de referência e contra-referência e o de estatística estadual funcionam como método de avaliação dos serviços.

Apesar das mobilizações governamentais, ainda persistem índices regionais insatisfatórios, necessitando de análises que compreendam melhor as articulações entre diferenças sócio-econômicas e de vida de grupos específicos.

Por outro lado existem condições que extrapolam a realização e atualização das pesquisas, criando um distanciamento e uma descontinuidade entre o momento da produção do conhecimento e as condições para sua utilização no redirecionamento das práticas de saúde.

Os critérios que definem um pré-natal adequado são muito discutíveis. Variáveis como diferenças sócio-econômicas e culturais das populações, peculiaridades nos serviços de saúde e relação profissional-clientela dificultam comparações e generalizações.

Captação precoce das gestantes, número ideal de consultas, papel das atividades educativas, procedimentos de rastreio, diagnóstico e terapêuticas essenciais vão nortear o consenso na detecção precoce de problemas potencialmente de risco.

Nossa hipótese a priori, é de que a assistência pré-natal melhora o resultado obstétrico e perinatal. A falta de tal intervenção aumenta até em 5 vezes a mortalidade materna, segundo alguns levantamentos anteriores.

O impacto nos resultados depende principalmente do preparo da equipe multidisciplinar, do cuidado precoce, da qualidade do serviço entre outros aspectos importantes.

1.4 Enfoque de Risco

Na busca do pré-natal “ideal” com impacto efetivo na saúde materno-infantil o profissional de saúde deve ter conhecimento, discutir e contribuir para o aprimoramento de uma ação governamental que objetive melhorar as condições de saúde da população.

A definição de que risco é qualquer patologia ou condição biológica que possa oferecer aspectos ominosos para mãe e concepto é bastante frágil à luz da epidemiologia.

Risco é probabilidade e não certeza. Não são apenas doenças ou condições biológicas adversas que aumentam a chance da gestante ter um desenlace gestacional infeliz. Fatores sócio-econômicos demográficos e culturais são relevantes.

Porém, risco torna-se um instrumento teórico quando utilizado corretamente, permitindo melhor distribuição dos recursos de saúde, dentro de uma política de cuidados primários, onde “um pouco para todos e mais para os necessitados”.

A história clínica perinatal deve se constituir por um conjunto de informações uniformizadas e moduladas segundo um nível de complexidade que facilitem o registro correto e oportuno dos dados necessários para promoção de atenção a saúde de uma maneira ideal.

O enfoque de risco perinatal deve ser um método de atenção à saúde materna, familiar e comunitária, com base no conceito de riscos, expresso pela probabilidade da gestante vir a ter danos futuros à sua saúde. Tal probabilidade é maior para algumas, estabelecendo uma gama diferente de cuidados, os quais demandariam recursos mais efetivos e estratégicos para obtenção de bons resultados.

O enfoque de risco é essencialmente preventivo, requerendo instrumentos adequados para sua identificação. Os serviços devem promover ação organizada, abrangente, integrada com tecnologias simplificadas e economicamente viáveis para seleção dos problemas de saúde do período perinatal que vão interferir na mortalidade materno-fetal.

Os critérios de seleção dos problemas se referem à magnitude em extensão e gravidade, à facilidade e tempo necessários para erradicação e à correlação familiar, econômica, social e comunitária.

Como nem todas as gestantes possuem o mesmo risco para apresentar os problemas de saúde, o impacto maior de atenção deve ser focado nos subgrupos vinculados aos danos, destacando-se que o conceito de risco é probabilístico e não determinante.

A interação dos fatores não é idêntica nem restrita a áreas geográficas, e sim modificada de forma irregular e ao longo do tempo.

A presença de fatores protetores na gestante, como por exemplo, boa nutrição, imunização completa e condições adequadas de higiene e sanitárias, favorecem a condição de saúde e diminuem a probabilidade de danos à saúde.

Os fatores de risco podem caracterizar a gestante, a família, o grupo, a comunidade ou o ambiente. De caráter universal são primigestação, grande multiparidade, idade reprodutiva precoce ou tardia, mal passado obstétrico e desnutrição. A combinação entre eles e outros fatores incrementa a probabilidade de problemas.

Os fatores de risco podem se classificar em biológicos, clínicos, ambientais, comportamentais, sócio-econômicos, culturais e relacionados à assistência à saúde.

Nos grupos de baixo risco, as necessidades são resolvidas por procedimentos simples, sendo este o chamado primeiro nível de assistência. Já o atendimento de uma gestante de alto risco acontece num segundo ou terceiro nível de assistência, de acordo com pessoal, técnicas e equipamentos sofisticados necessários para solução dos casos.

A Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança estende a atenção ao período puerperal com orientação ao planejamento familiar, atenção ao recém-nato de baixo peso e assistência continuada a doença pré-existente.

2. JUSTIFICATIVA

2.1 Comparações / Tempo

A queda do número de nascimentos em cidades como Pelotas de 6.000 em 1982 para 4.000 em 2004, reflete a importante redução na fecundidade entre a população brasileira.

A proporção de mães com baixa escolaridade reduziu-se à metade nos últimos 10 anos, bem como houve melhoria acentuada nas condições sanitárias das moradias. Notou-se paralelamente a um acréscimo na proporção de mães sem parceiro (quase o dobro), um leve aumento no número de mães adolescentes na faixa de 12 a 19 anos.

Quando comparadas, as mulheres primíparas estão em maior número, enquanto as múltiparas reduziram-se em proporção e em intervalo inter-partal.

O tabagismo por sua vez obteve melhores índices de usuárias nas pesquisas e o atendimento pré-natal como um todo atingiu quase que a totalidade das interessadas. A presença da pediatra na sala de parto atingiu proporções muito satisfatórias (quase que 80%) e a indução de trabalho de parto, enquanto procedimento interessado em reduzir as taxas de cesarianas, vem se tornando prática mais comum nas maternidades.

Todos os cuidados ao binômio mãe-bebê que envolvem as equipes de profissionais de saúde acarretam ao longo dos anos maior e melhor hospitalização dos procedimentos e sensível melhora nos índices de morbimortalidade materno-fetal.

Mudanças importantes nas características maternas vêm sendo observadas ao longo dos anos, notadamente o aumento da obesidade, fato associado ao aparecimento de diabetes e hipertensão, bem como às complicações cirúrgicas no momento da parturição.

Com relação à saúde infantil, é modesta a redução nas taxas de mortalidade neonatal e infantil, o que pode ser atribuído em parte, ao significativo incremento no número de partos prematuros.

Indicadores de saúde infantil como cobertura de imunização e duração do aleitamento materno estão melhores, mas apesar da redução nos índices de desnutrição infantil, surge um novo desafio aos profissionais de saúde, a maior prevalência de sobrepeso em crianças.

2.2 Mortalidade / Óbitos

A diminuição da mortalidade perinatal é relacionada à expansão do cuidado pré-natal, do atendimento ao parto e do cuidado neo-natal, sendo esses procedimentos tão importantes quanto ao desenvolvimento de novas tecnologias.

O aspecto preventivo na contra-indicação de intervenções desnecessárias, pode também contribuir para a redução dessas taxas.

Ao longo dos últimos 10 anos as unidades intensivas neonatais prestaram um grande serviço ao introduzirem o uso de surfactantes, corticóides e de ventilação assistida, principalmente em recém-natos entre 1.000 e 2.000g.

O melhor cuidado obstétrico peri-parto reduz a morte neonatal por asfixia, mas ao analisarmos o excessivo número de cesarianas podemos verificar tanto a sua contribuição no decréscimo da morte nos pré-termos quanto no aumento nas taxas de seu nascimento. No aspecto de gênero, curiosamente, parece haver em alguns trabalhos, o achado de números significativamente menores na mortalidade peri e neonatal entre as meninas. Ao lado da variável "sexo" é conveniente que se observe outras de grande importância para os trabalhos científicos como peso ao nascer, idade gestacional, CIUR, história familiar e tipo de parto.

No Brasil, como maiores causas de mortalidade perinatal estão asfixia intra-parto e intra-uterina, e baixo-peso/prematuridade, contrastando com países desenvolvidos que tem como principais causas, a prematuridade extrema e as malformações congênitas.

Daí, as taxas de mortalidade fetal refletirem as características locais de saúde reprodutiva, a qualidade da assistência pré-natal e do cuidado neonatal dispensado, determinados pelo nível de desenvolvimento econômico e social de uma comunidade específica.

2.3 Diferenças Sócio - Econômicas / Gestante

Modificações sócio-econômicas demográficas culturais são evidentes nas mulheres grávidas, ao longo dos anos, e o estudo de tais características maternas tem enorme importância para que se reconheça as associações com os eventos ocorridos ao nascimento e com a prevalência de doenças na infância desses bebês.

Algumas classificações por score são utilizadas na detecção de fatores de risco: idade (20-29 anos = 0 ponto; 30-34 anos = 1 ponto; abaixo de 20 e acima de 35 pontos = 2 pontos). Paridade (de 1 a 2 filhos = 0 ponto; 0 ou 3 filhos = 1 ponto; 4 ou mais filhos = 4 pontos). História de baixo peso anterior = 2 pontos. História familiar de diabetes = 4 pontos. Estado nutricional (baixo peso ou estatura = 1 ponto). Tabagismo = 1 ponto. Estado civil (sem parceiro = 2 pontos). A soma dos pontos vai considerar uma gravidez de baixo, médio e alto risco.

Na avaliação nutricional materna uma gama de fatores devem ser observados: a relação peso-altura, IMC, peso pré-gravídico e ganho ponderal semanal, além da anamnese alimentar detalhada. A paridade e o tabagismo devem ser associados. Vê-se que aumento de gordura abdominal e obesidade generalizada prevalecem nas múltiparas.

Na maioria das populações estudadas, o uso de métodos contraceptivos, principalmente pílula e esterilização, provocou um decréscimo no número de partos e maior intervalo entre gestações. Isto foi mais observado entre as mulheres de melhor padrão sócio-econômico, as quais também tiveram progressivamente, aumento na sua estatura e diminuição no tabagismo.

2.4 Cobertura / Qualidade

A proporção do número de mulheres que não recebem cuidados pré-natais vem caindo abruptamente (60% a 5% em 20 anos), bem como o percentual daquelas com captação tardia (após 20 sem de gestações).

No mesmo período houve uma substancial melhoria no atendimento pré-natal e no número de consultas por paciente.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde eliminou-se a categoria de indigentes, agrupando-as no setor público, entretanto ainda persistem diferenças regionais de cobertura com detrimento das áreas do norte e nordeste.

Sabidamente a captação precoce favorece a detecção e conduta adequadas em casos de sífilis, diabetes, ITU, hipertensão, HIV/AIDS e de hábitos nocivos, entre outros.

A medicalização também traz um incremento de partos hospitalares e adulteração das rotinas complementares onde o abuso de pedidos de exames ultrassonográficos se contrapõem à testes laboratoriais essenciais como VDRL e tipagem sanguínea. Com isso perdem-se as chances de atuar no enorme potencial que o adequado acompanhamento à gestante tem, de reduzir pelo menos à metade, o número de mortes materno-fetais relacionados ao período grávido-puerperal.

2.5 Baixo Peso / Crescimento Intra-Uterino Restrito

O nascimento de crianças com baixo peso para uma determinada idade gestacional, mostra uma grande chance para morbi-mortalidade, na primeira infância com aumento na incidência de distúrbios neuro-cognitivos e para risco de doenças crônico-degenerativas na vida adulta (diabetes, hipertensão, infarto do miocárdio). Ocorre que ações preventivas necessitam de investigações futuras nos fatores causais e interligados.

A “epidemia” de prematuros, aparece na excessiva interrupção na gestação de alto risco por indicações médicas, e em causas potencialmente determinantes como infecções (urinárias, ginecológicas e mesmo periodontais), capazes de produzirem respostas inflamatórias. Causas como alterações emocionais e outros múltiplos fatores relativos a minorias étnicas/sociais não são descartados.

Baixo-peso ao nascer é determinado pelo crescimento fetal e duração da gravidez. Em 40% dos casos, a variação é atribuída a fatores genéticos, de genótipo e sexo.

Nos outros 60% advém fatores maternos e ambientais como idade, paridade, tabagismo, condições antropométricas desfavoráveis e doenças como hipertensão e infecções durante a gestação.

O cálculo preciso da IG, usualmente estimado a partir da data da última menstruação nem sempre é possível, quando então dados antropométricos fetais à ultrassonografia nos dão valores aproximados, confirmados ao nascimento com o método baseado em Dubowitz.

Um mix de observações clínicas, ultrassonográficas, epidemiológicas, técnicas, vão proporcionar solicitações adequadas de exames, no momento correto, com a boa individualização do caso em relação à melhor via de parto e

tipo de procedimento, para então poder-se alcançar, ética e corretamente um atendimento indefectivelmente adequado àquele binômio mãe-bebê.

2.6 Normas / Metas Gerais

O Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Saúde, estabeleceu em 2006 estratégias para redução de cesáreas desnecessárias, com algumas orientações específicas para profissionais de saúde e serviços.

Assim sendo, para os obstetras caberia evitar a primeira cesárea, uma vez que a iteratividade seria a indicação mais freqüente de cesariana, 30% das indicações. (PENN, 2001).

A prática do parto vaginal após a 1ª cesárea deveria ser adotada já que os riscos de ruptura uterina são baixos e há maior morbidez materna associada à cesariana de repetição. (FREITAS et al, 2006).

Procedimentos como versão externa, parto normal em apresentação pélvica, manobras para distócias seriam estimulados e treinados entre profissionais iniciantes.

Na presença de gestação gemelar, com o primeiro feto em apresentação cefálica e na ausência de contra-indicações, a opção seria a tentativa de parto normal.

Deve-se ter uma atitude expectante, estimulando uma postura ativa da mulher durante o trabalho de parto, reduzindo intervenções e as internações precipitadas.

No que se refere aos hospitais, seria importante a organização do espaço físico e das equipes integradas. O uso do partograma e protocolos clínicos para orientação das decisões torna-se de suma importância desde o momento da internação.

As taxas e indicações de partos cirúrgicos e o sistema de 'Segunda Opinião' para confirmação das indicações de cesarianas devem ser bem registrados.

Reuniões clínicas para discussão de casos e condutas e integração de enfermeiras obstétricas e outros profissionais de saúde envolvidos contribuem no objetivo a ser alcançado.

No caso das operadoras, as taxas dos estabelecimentos hospitalares credenciados devem estar bem monitorados e esclarecimentos serão solicitados quando houver desvio do esperado.

Prestadores que fomentem ações que favoreçam o parto normal e reduzam as taxas de cesarianas desnecessárias teriam incentivos.

Eventos de capacitação de profissional em atenção ao parto vaginal humanizado e baseado em evidências e ações de acompanhamento das beneficiárias durante a gestação, parto e puerpério, fariam parte da estratégia.

A fim de promover uma atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada estão sendo propostas pelo Ministério da Saúde, metas para a redução em 15% da razão de mortalidade materna nas capitais brasileiras.

Para que isso ocorra, é também necessária a adesão de 100% dos municípios brasileiros ao programa de Pré-natal e a ampliação em 100% (em relação aos últimos quatro anos) do número de profissionais de saúde e parteiras para atenção humanizada e segura ao parto e nascimento.

Os sistemas de referência para gestante de alto risco devem ter revisadas a alta complexidade dos serviços, e também reavaliados os já credenciados.

Em relação aos comitês de morte materna, os mesmos devem estar implantados em todos os estados brasileiros e nos municípios com mais de 50 mil habitantes.

Os serviços do SUS estão sendo orientados a reduzirem em 25% as taxas de cesarianas em relação às obtidas em 2002.

Todas as gestantes devem ter ampliadas em 100% a realização de seus exames de rotina de pré-natal e a rede de bancos de sangue deve ser expandida por determinação e exigência da alta complexidade.

2.6.1 Parcerias

Como estratégia para redução da morte materna e neonatal é importante que se instale um pacto com diversos atores governamentais e não-governamentais para que atuem em parceria, articulando as definições dos passos contidos nas propostas finais.

Deve ser constituído um grupo técnico contendo representantes indicados pelas diversas áreas e com presença constante e regular nas discussões, em paralelo a uma campanha de mídia (revistas, periódicos, e

jornais de instituições parceiras) para dar maior visibilidade e projeção à problemática.

Algumas das regiões do país, a saber, Norte, Nordeste e Centro-Oeste, devem receber maior apoio técnico e financeiro para elaborar e executar os planos de ação, a fim de que se reduza o número de mortes maternas e fetais nas micro-regiões proporcionalmente mais incidentes.

Finalmente, é importante a criação e o incentivo à realização de pelo menos dois fóruns nacionais de magnitude, para a discussão da mortalidade materno e fetal, bem como a realização de eventos técnicos alusivos ao Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher, em 28 de maio.

2.6.2 Qualificação

As ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério devem ser ampliadas e qualificadas visando obtenção de um número adequado de consultas e detecção de casos de doenças como tétano neonatal, sífilis congênita, HIV entre outras através da aplicação correta dos protocolos instituídos.

Para tanto, recursos financeiros devem ser repassados para abastecimento das unidades que cumprem os protocolos de atendimento.

As maternidades e hospitais com leitos obstétricos devem ajustar suas taxas de cesáreas, inserindo enfermeiras obstétricas divulgando e implementando a boa prática.

Prêmios e incentivos financeiros são aplicados às instituições que vêm atingindo suas metas, o que gera novos recursos a serem alocados.

São observados itens em relação ao alojamento conjunto, já previsto em lei, e às instalações da sala de parto e de assistência e reanimação do recém-nascido, principalmente para os hospitais de pequeno porte e maternidades, o que implica diretamente na redução dos índices de morbi-mortalidade neonatal precoce.

2.6.3 Emergências

É necessária a construção e a manutenção de uma rede de complexidade para assistência que contemplem os atendimentos de emergência com unidade de tratamento intensivo, rede de transportes que garantam a integralidade do cuidado e minimizem a letalidade e as

intervenções graves como, por exemplo, as histerectomias e cirurgias de grande porte subseqüentes.

A garantia de se evitar a transmissão vertical da sífilis e do HIV deve ser apoiada de forma integrada e humanizada, e também a realização de testes específicos que diagnostiquem estas doenças e outras sexualmente transmissíveis.

A atenção básica deve ter garantida uma retaguarda especializada, quer por serviços de remoção, quanto de unidades transfusionais em se tratando de serviços de referência para gestações de alto-risco.

2.6.4 Capacitação de Pessoal

Pólos de educação devem ser permanentes e atualizados com normas técnicas para boas práticas, atendimentos de urgências, reduções das transmissões verticais de doenças, atuação em unidades de referência para capacitação e competência dos profissionais envolvidos.

2.6.5 Manuais

Todas as diretrizes para a atuação dos profissionais envolvidos devem ser elaboradas, constantemente revisadas, impressas e distribuídas através de manuais técnicos, materiais educativos e guias de procedimentos.

Os exemplares estarão nas bibliotecas dos serviços e dos cursos na área de saúde, agregando manuais de bolso e cartazes com sinais de alerta sobre riscos e condutas de urgência.

Procedimentos de agenda e cartão da gestante e recém-nascido devem ser constantemente atualizados de acordo com as necessidades emergentes.

2.6.6 Medicamentos

A área de assistência farmacêutica através da farmácia popular deve garantir a oferta de sulfato ferroso e ácido fólico para todas as gestantes.

Outras drogas de uso específico, para tratamento de HIV, infecções e doenças associadas devem ser distribuídas a medida que necessitem de suplementação.

Em suma, a atenção à mulher em idade fértil deve ser qualificada e humanizada, buscando um cuidado adequado aos diferentes episódios que por ventura venham a ocorrer.

Questões norteadoras / Dilemas

Como comprovar, prever que um pré-natal eficaz levaria a um bom desenlace perinatal? Que indicadores de saúde valorizar?

Como uniformizar tal atendimento num panorama global tão diversificado?

Como planejar um acompanhamento do ciclo grávido-puerperal lidando com tantas variáveis e com o ACASO?

Objetivo Geral

Estudar e comparar as estratégias de cuidado pré-natal nas modificações da saúde materno-infantil, utilizando como instrumento o protocolo instituído pelo Comitê Latino-Americano de Perinatologia(CLAP).

Objetivos Específicos

Contextualizar as interferências ao bom desempenho dos programas de assistência ao pré-natal.

Avaliar e traçar um panorama que auxilie na elaboração de um diagnóstico situacional.

Aplicar alguns indicadores de saúde no ambulatório de pré-natal da Maternidade-Escola da UFRJ, a fim de contribuir em decisões futuras nas práticas de saúde da instituição.

Analisar os dados obtidos, identificando pontos positivos e problemas para a obtenção de dados fidedignos que subsidiem o planejamento de ações futuras.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, realizado na Maternidade-Escola da UFRJ com a organização de dados disponíveis à consulta no sistema informatizado de análise do protocolo do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) correspondente a casos aleatórios do período entre 18/11/2006 e 05/05/2007.

Foram coletadas informações referentes a 392 casos que eram direcionados aos objetivos da presente pesquisa. As variáveis listadas permitiram a construção de uma base de dados que serviu ao projeto de pesquisa.

Nossa proposta é conhecer as especificidades e variações dos protocolos assistenciais existentes em alguns serviços de saúde, comparando-os com o utilizado na Maternidade-Escola da UFRJ.

Para tanto, foi conduzida a busca nas bases de dados, as informações estão disponibilizadas e as conclusões estão elaboradas de acordo com os resultados obtidos através da apresentação de tabelas e gráficos afins.

Será valorizada a diferente abordagem proposta pelo Comitê Internacional de Medicina em 1990 e revisitada em 2006. A primeira estimava o tabagismo, o uso de álcool de drogas, a condição sócio-econômica, o grau de instrução materna, a carga de trabalho e atividade física e a ingestão energética como variáveis importantes. Na segunda, contempla-se também a maior influência da mídia, a desordem alimentar, a ocorrência de depressão, o suporte social e familiar, a violência contra a gestante, o fato da prenhez indesejada, o intervalo inter-gestacional, a nutrição materna e finalmente, mas não menos valiosa, a qualidade na assistência pré-natal.

Será estudada a contribuição futura da utilização correta do protocolo para o melhor resultado obstétrico e peri-natal a partir da aplicação de alguns indicadores de saúde: idade da gestante, número de consultas, antecedentes pessoais, casos de eclampsia, exame de US no primeiro e terceiro trimestre, fator Rh, teste HIV, percentual de vacinação anti-tetânica das gestantes, percentual de exames VDRL positivo nas gestantes, percentual de óbitos maternos, percentual de óbitos fetais e percentual de nascidos vivos com baixo peso, com busca em dados institucionais.

4. RESULTADOS

TABELA 1

Identificação – IDADE			
Idade	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
< 15	1	0,3	0,3
15-19	101	25,8	26,2
20-34	251	64	65
35-44	33	8,4	8,5
45-49	0	0	0
> 49	0	0	0
Sem Dados	6	1,5	0
		N casos = 392	N caso válidos = 386

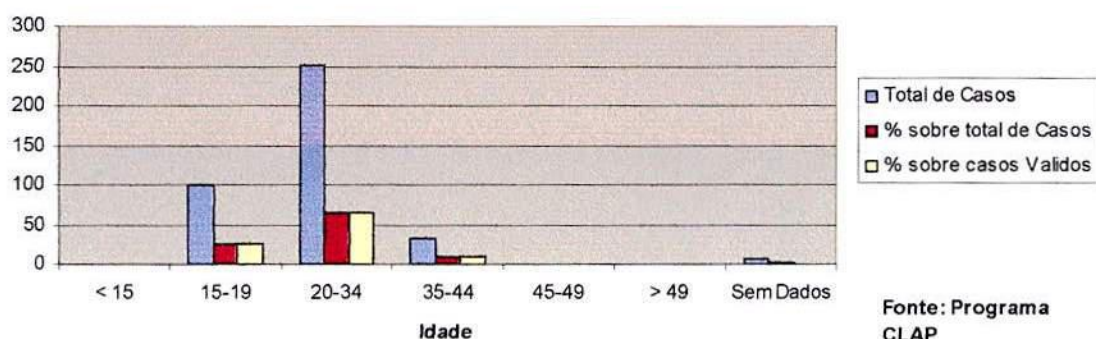


TABELA 2

Cartão de Pré-Natal			
Opções	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Sim	287	73,2	93,2
Não	21	5,4	6,8
Sem Dados	84	21,4	0
		N casos = 392	N caso válidos = 308

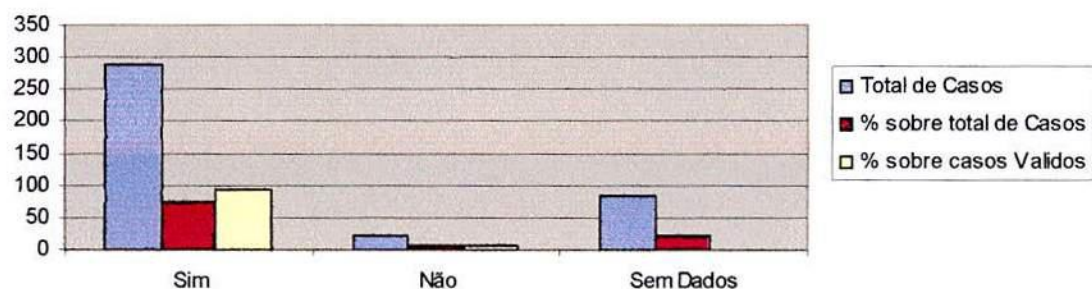


TABELA 3

Consultas Pre - Natais			
Nº. de Consulta	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
0	11	2,8	2,9
1	4	1	1,1
2 a 4	50	12,8	13,3
5 a 9	194	49,5	51,7
10 ou mais	116	29,6	30,9
Sem Dados	17	4,3	0
		N casos = 392	N caso válidos = 375

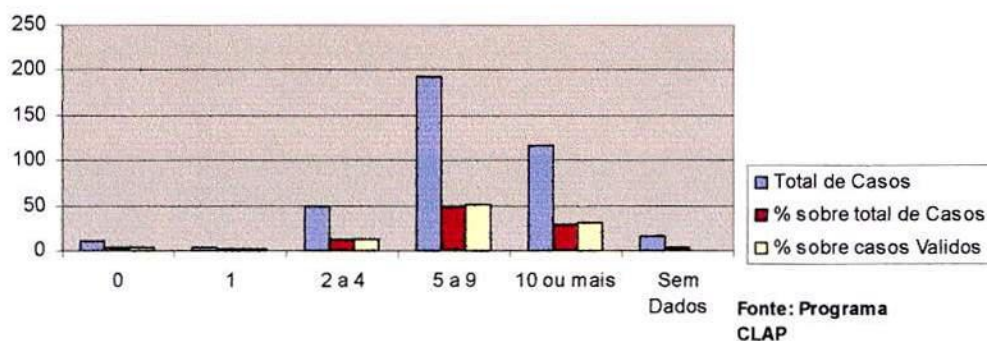


TABELA 4

Nº. de Consulta	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
0	11	2,8	2,9
1	4	1	1,1
2	11	2,8	2,9
3	13	3,3	3,5
4	26	6,6	6,9
5	24	6,1	6,4
6	48	12,2	12,8
7	34	8,7	9,1
8	51	13	13,6
9	37	9,4	9,9
10 ou Mais	116	29,6	30,9
Sem Dados	17	4,3	0
		N casos = 392	N caso válidos = 375

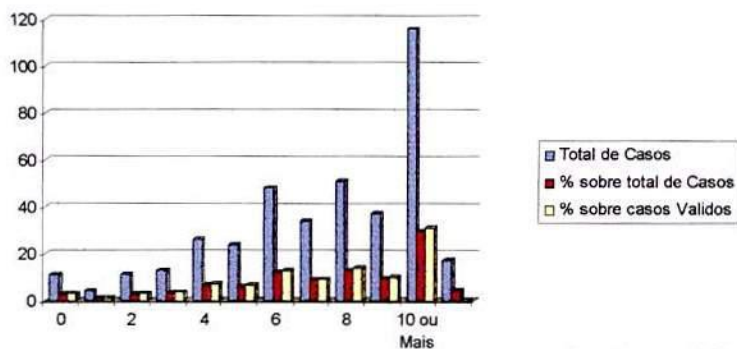
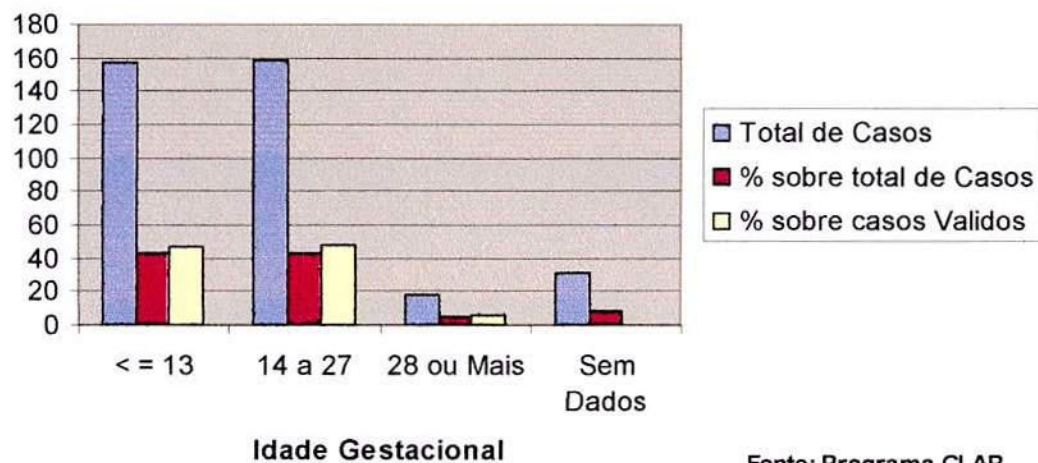


TABELA 5

ECOGRAFIA GESTACIONAL			
E. G 1ª de Consulta	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
< = 13	157	43	47
14 a 27	159	43,6	47,6
28 ou Mais	18	4,9	5,4
Sem Dados	31	8,5	0
		N casos = 365	N caso válidos = 334

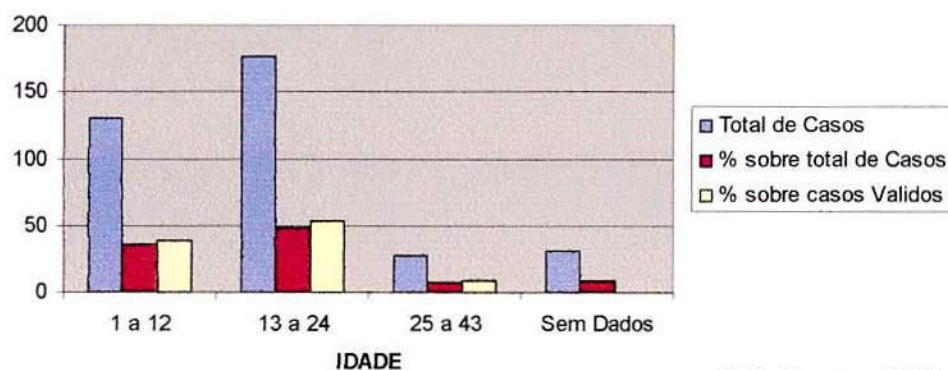


Fonte: Programa CLAP

TABELA 6

E. G 1ª de Consulta	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
1 a 12	130	35,6	38,9
13 a 24	177	48,5	53
25 a 43	27	7,4	8,1
Sem Dados	31	8,5	0
		N casos = 365	N caso válidos = 334

E. G Primeira Consulta



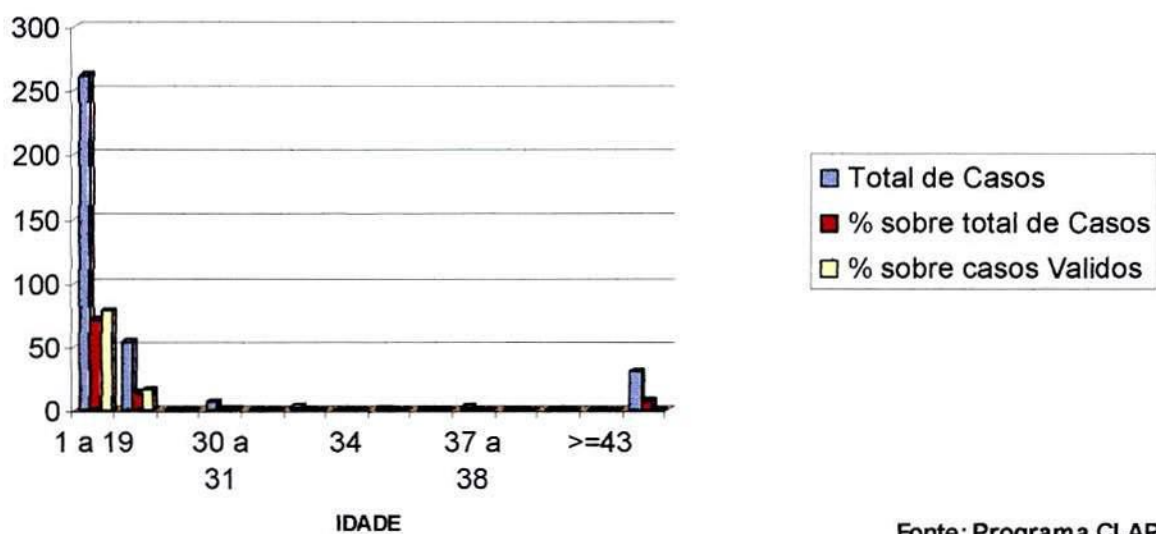
Fonte: Programa CLAP

TABELA 7

E.G. na Primeira Consulta

Nº. de Consulta	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
1 a 19	262	71,8	78,4
20 a 27	54	14,8	16,2
28 a 29	1	0,3	0,3
30 a 31	7	1,9	2,1
32	0	0	0
33	3	0,8	0,9
34	1	0,3	0,3
35	2	0,5	0,6
36	0	0	0
37 a 38	3	0,8	0,9
39 a 40	0	0	0
41 a 42	0	0	0
>=43	1	0,3	0,3
Sem Dados	31	8,5	0

E. G na Primeira Consulta



Fonte: Programa CLAP

TABELA 8

Confiabilidade da Idade Gestacional		
I.D Confiavel Por	Total de Casos	% sobre total de Casos
Confiavel so por Dum	97	24,7
Confiavel so por ECO	66	16,8
Confiavel em Ambas	99	25,3
Não confiavel	92	23,5
Sem Dados de confiança	38	9,7
		N casos = 392

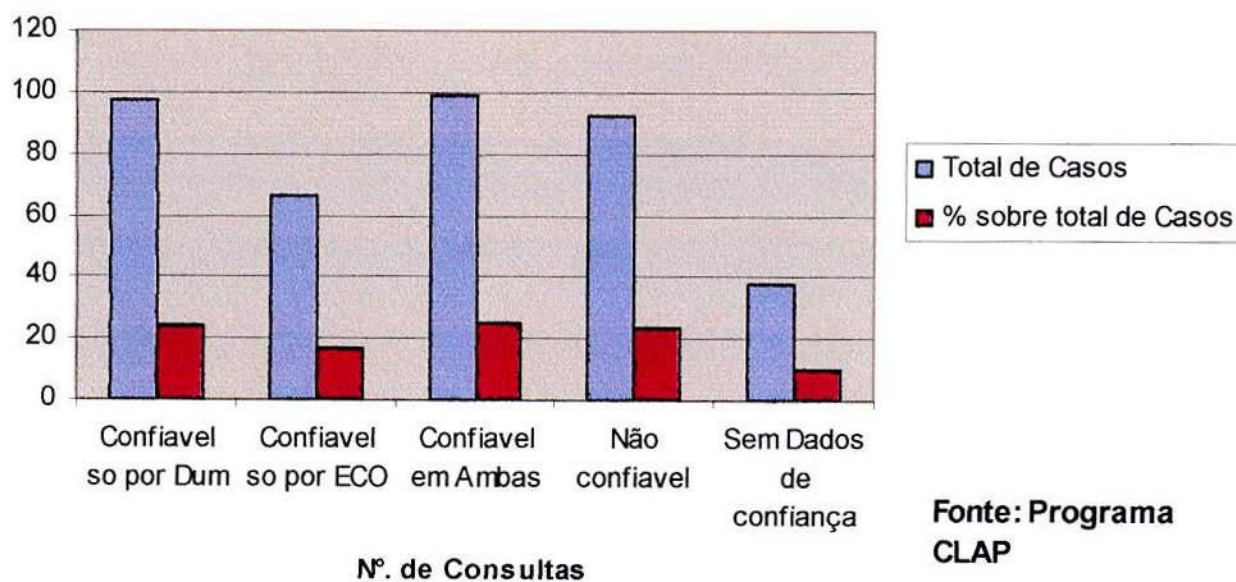
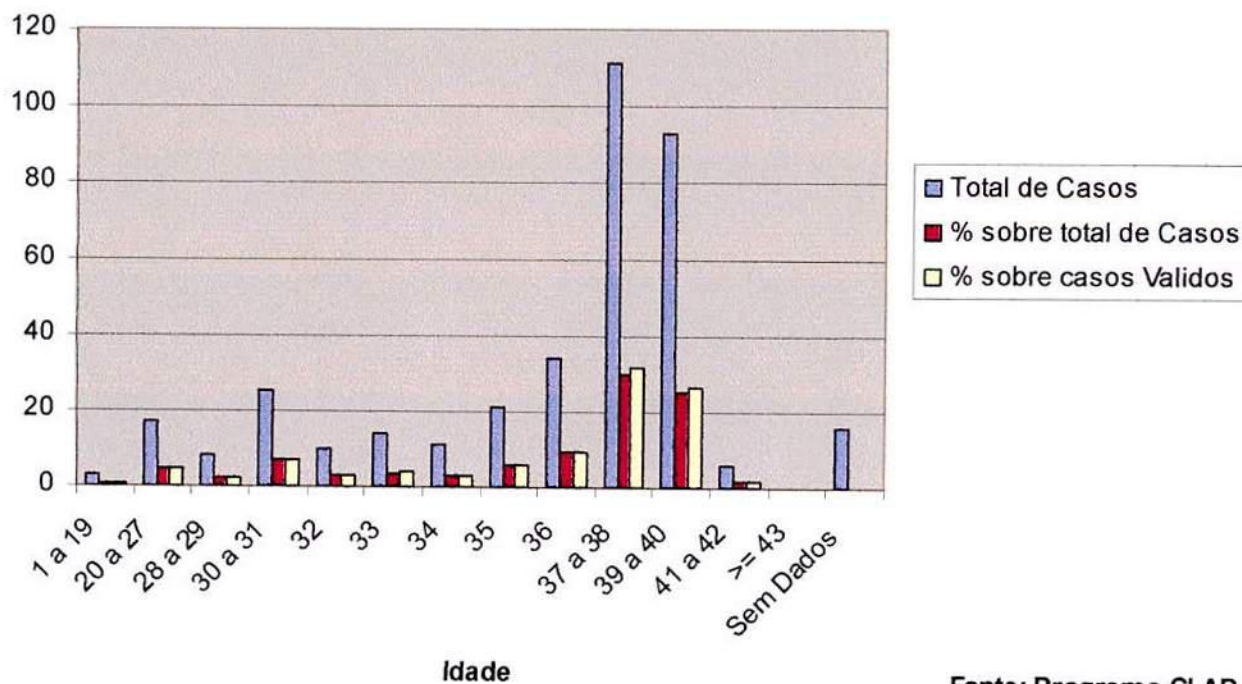


TABELA 9

Ecografia - Ultima Consulta			
Idade	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
1 a 19	3	0,8	0,8
20 a 27	17	4,6	4,8
28 a 29	8	2,2	2,3
30 a 31	25	6,8	7,1
32	10	2,7	2,8
33	14	3,8	4
34	11	3	3,1
35	21	5,7	5,9
36	34	9,2	9,6
37 a 38	111	30,1	31,4
39 a 40	93	25,2	26,3
41 a 42	6	1,6	1,7
>= 43	0	0	0
Sem Dados	16	0	0
		N casos = 369	N caso válidos = 353

Ecografia - Ultima Consulta

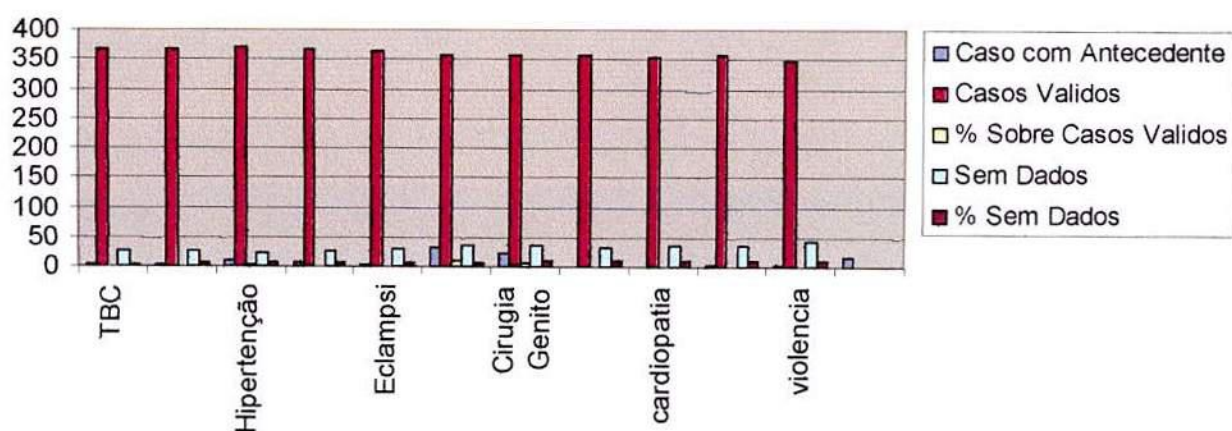


Fonte: Programa CLAP

TABELA 10

Antecedentes					
Antecedentes Pessoais	Caso com Antecedente	Casos Validos	% Sobre Casos Validos	Sem Dados	% Sem Dados
TBC	2	367	0,5	25	3,8
Diabetes	4	367	1,1	25	6,4
Hipertensão	11	369	3	23	6,4
Pre Elcampsi	6	366	1,6	26	5,9
Eclampsi	2	364	0,5	28	6,6
Orta Cond. Médica grave	34	357	9,5	35	7,1
Cirurgia Genito urinaria	24	356	6,7	36	8,9
Infertilidade	0	358	0	34	9,2
Cardiopatía	0	355	0	37	8,7
Nefropatia	2	356	0,6	36	9,4
Violência	2	348	0,6	44	9,2
Sem Dados	15		0	0	
					N casos = 392

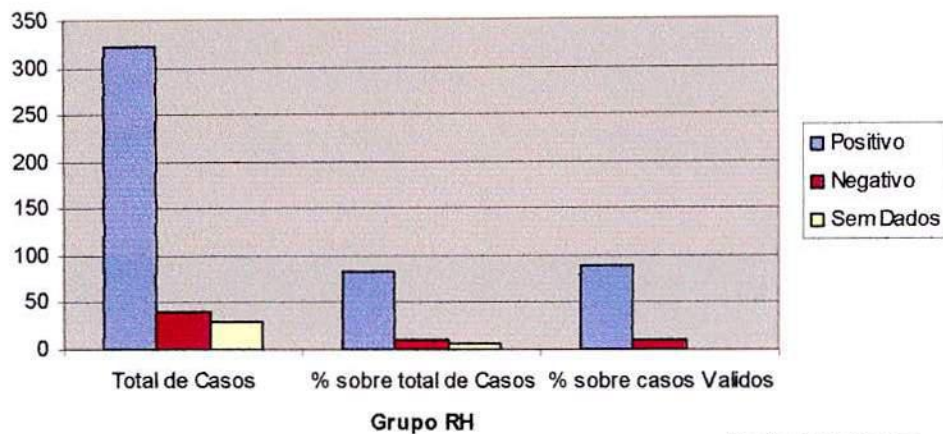
Antecedente Pessoais



Fonte: Programa CLAP

TABELA 11

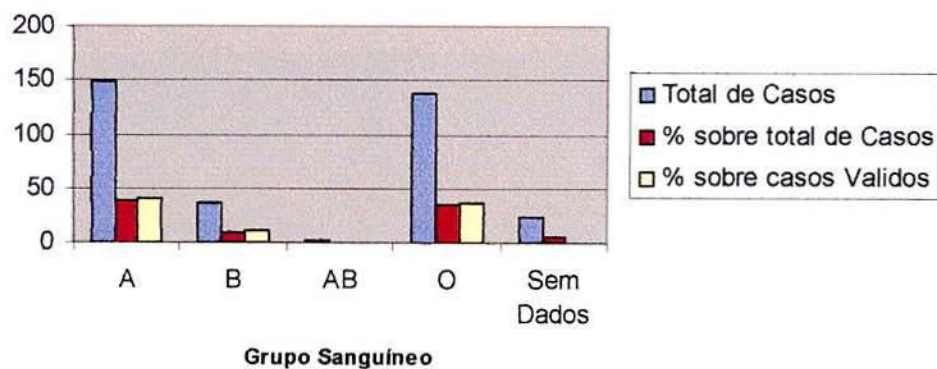
Grupo RH			
RH	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Positivo	322	82,1	88,7
Negativo	41	10,5	11,3
Sem Dados	29	7,4	0
		N casos = 392	N caso válidos = 363



Fonte: Programa

TABELA 12

Grupo Sanguíneo	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
A	149	38	40,5
B	37	9,4	10,1
AB	2	0,5	0,5
O	137	34,9	37,2
Sem Dados	24	6,1	0
		N casos = 392	N caso válidos = 368

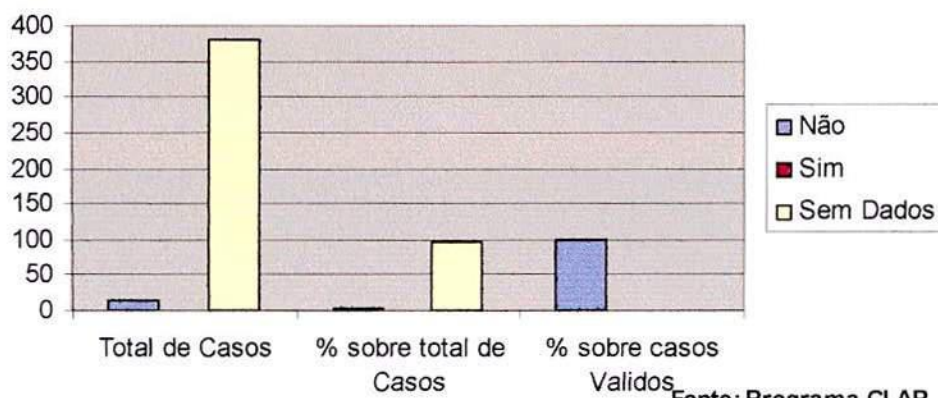


Fonte: Programa CLAP

TABELA 13

Nº. de Consulta	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Não	13	3,3	100
Sim	0	0	0
Sem Dados	379	96,7	0
		N casos = 392	N caso válidos = 13

Imunização



Fonte: Programa CLAP

TABELA 14

VRDL < 20 Semanas	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Negativo	219	83,6	93,2
Positivo	4	1,5	1,7
Não realizado	12	4,6	5,1
Sem Dados	27	10,3	0
captadas < 20 semana		N casos = 262	N caso válidos = 235



Fonte: Programa CLAP

TABELA 15

VRDL >= 20 Semanas	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Negativo	210	53,6	83,7
Positivo	5	1,3	2
Não realizado	35	8,9	13,9
Sem Dados	141	36	0
captadas < 20 semana		N casos = 392	N caso válidos = 251

VDRL >= 20 Semanas

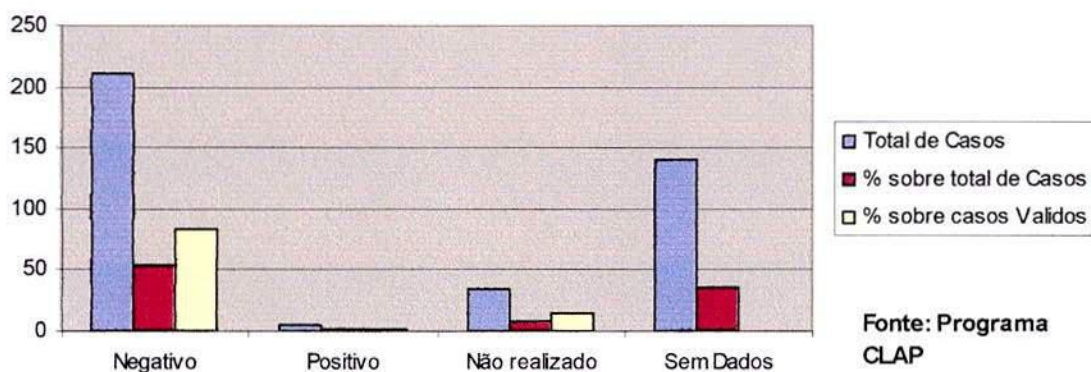


TABELA 16

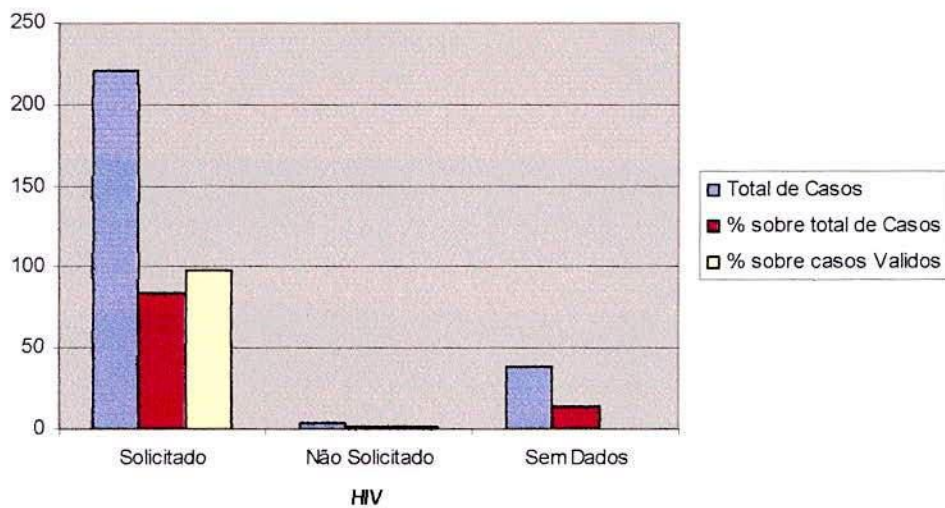
VRDL + Confirmado por FTA	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Negativo	0	0	0
Positivo	1	11,1	33,3
Não realizado	2	22,2	66,7
Sem Dados	6	66,7	0
apenas captadas < 20 semana		N casos = 9	N caso válidos = 3

TABELA 17

TRATAMENTO CASOS VDRL+(CONF. POR FTA)			
Opções	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
sim	1	11,1	100
Não	0	0	0
Sem Dados	8	88,9	0
		N casos = 9	N caso válidos = 1

TABELA 18

HIV Solicitado < 20 Semanas	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Solicitado	221	84,4	98,7
Não Solicitado	3	1,1	1,3
Sem Dados	38	14,5	0
apenas capatadas < 20 semana		N casos = 262	N caso válidos = 224

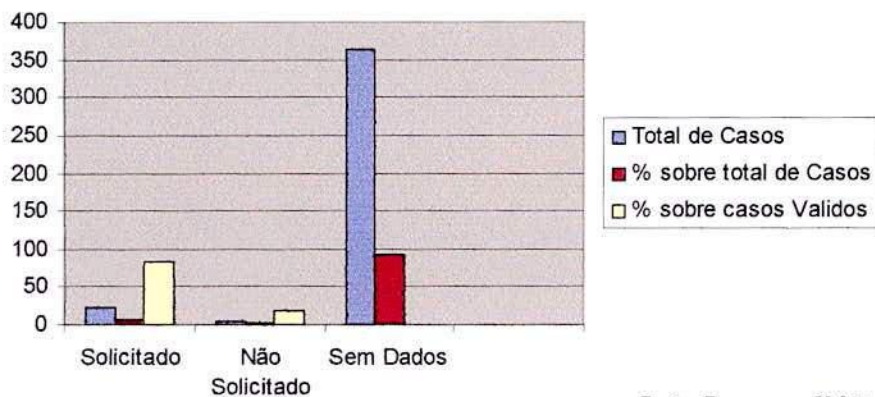


Fonte: Programa

TABELA 19

HIV Solicitado > 20 Semanas	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Solicitado	23	5,9	82,1
Não Solicitado	5	1,3	17,9
Sem Dados	364	92,9	0
		N casos = 392	N caso válidos = 28

HIV Solicitado > 20 Semanas



Fonte: Programa CLAP

TABELA 20

HIV Realizado < 20 Semana	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Realizado	31	11,8	96,9
Não realizado	1	0,4	3,1
Sem Dados	230	87,8	0
capatadas < 20 semana		N casos = 262	N caso válidos = 32

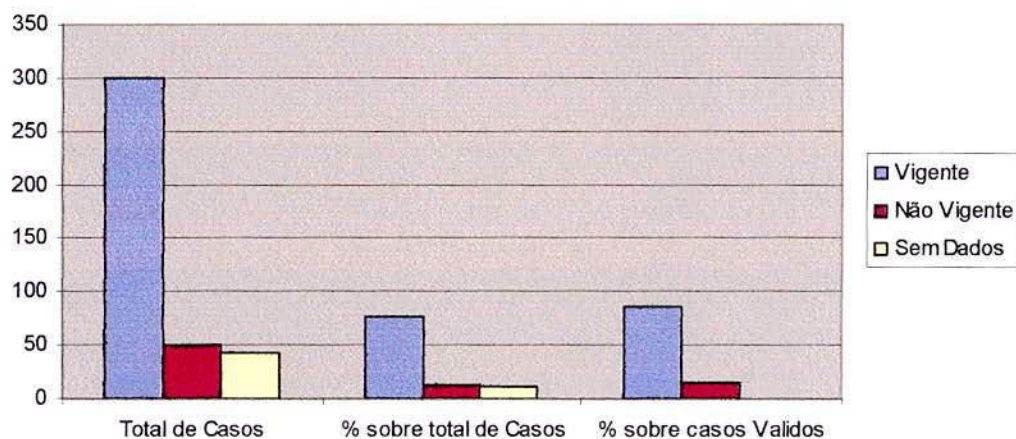
TABELA 21

HIV Realizado > 20 Semanas	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Realizado	31	3,3	81,3
Não realizado	3	0,8	18,8
Sem Dados	376	95,9	0
capatadas < 20 semana		N casos = 392	N caso válidos = 16

TABELA 22

Vacina Antitetânica			
Vacina Antitetânica	Total de Casos	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Vigente	299	76,3	85,4
Não Vigente	51	13	14,6
Sem Dados	42	10,7	0
		N casos = 392	N caso válidos = 350

Vacina Antitetânica



Fonte: Programa

TABELA 23

Vacina Antitetânica	Total de Casos	% sobre total de Casos
1 dose	5	1,3
Sem Dados	46	11,7
2 doses	1	0,3
Sem Dados	50	12,8
		N casos = 51

TABELA 24**ATENÇÃO QUALIFICADA**

Partos atendidos por pessoas qualificadas			
Opções	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
sim	216	87,4	100
não	0	0	0
sem dados	32	13	
		N casos = 248	N casos validos = 216

TABELA 25

Partos em apresentação distócicas atendidos			
Opções	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
sim	18	85,7	100
não	0	0	0
sem dados	3	14,3	
		N casos = 21	N casos validos = 18

TABELA 26
PARTOGRAMA

Acompanhamento no trabalho de Parto			
Opções	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
sim	290	74	86,3
não	45	11,5	13,4
sem dados	56	14,3	
		N casos = 392	N casos validos = 336

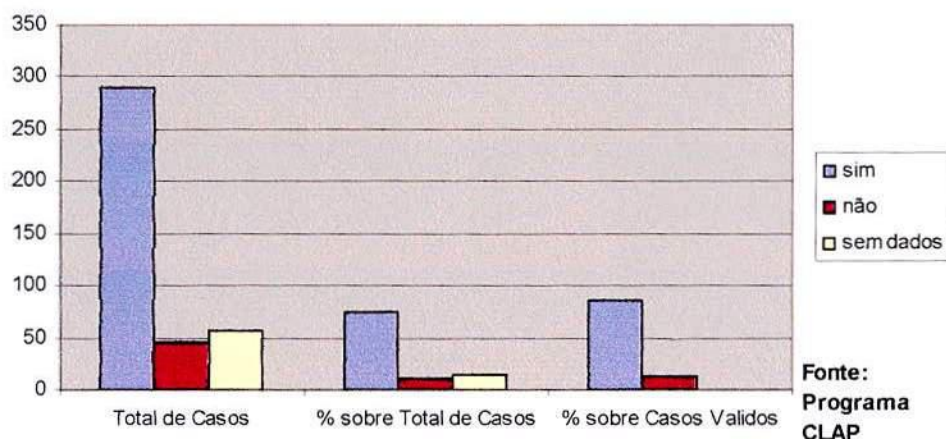


TABELA 27

Acompanhamento no trabalho de Parto			
Opções	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
sim	59	25,1	85,5
não	10	2,6	14,5
sem dados	323	82,4	
		N casos = 392	N casos validos = 69

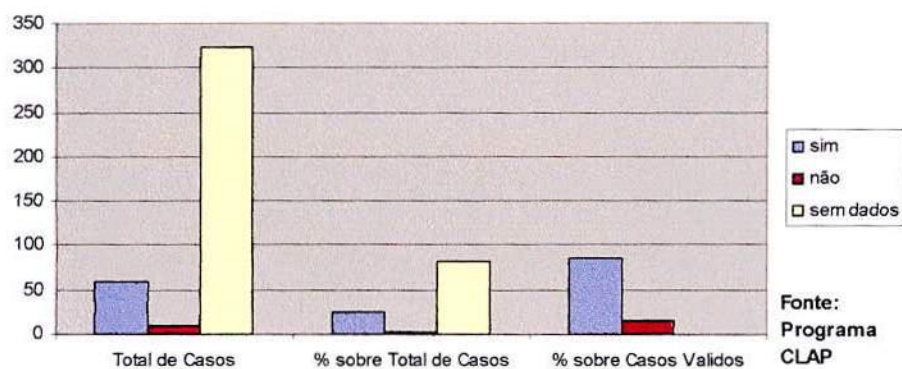
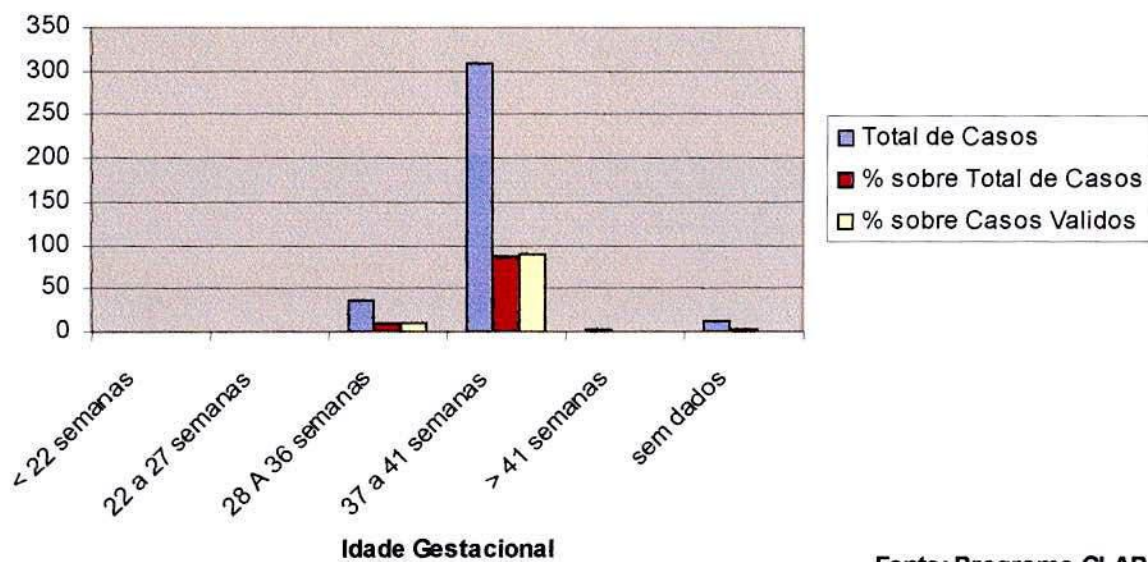


TABELA 28

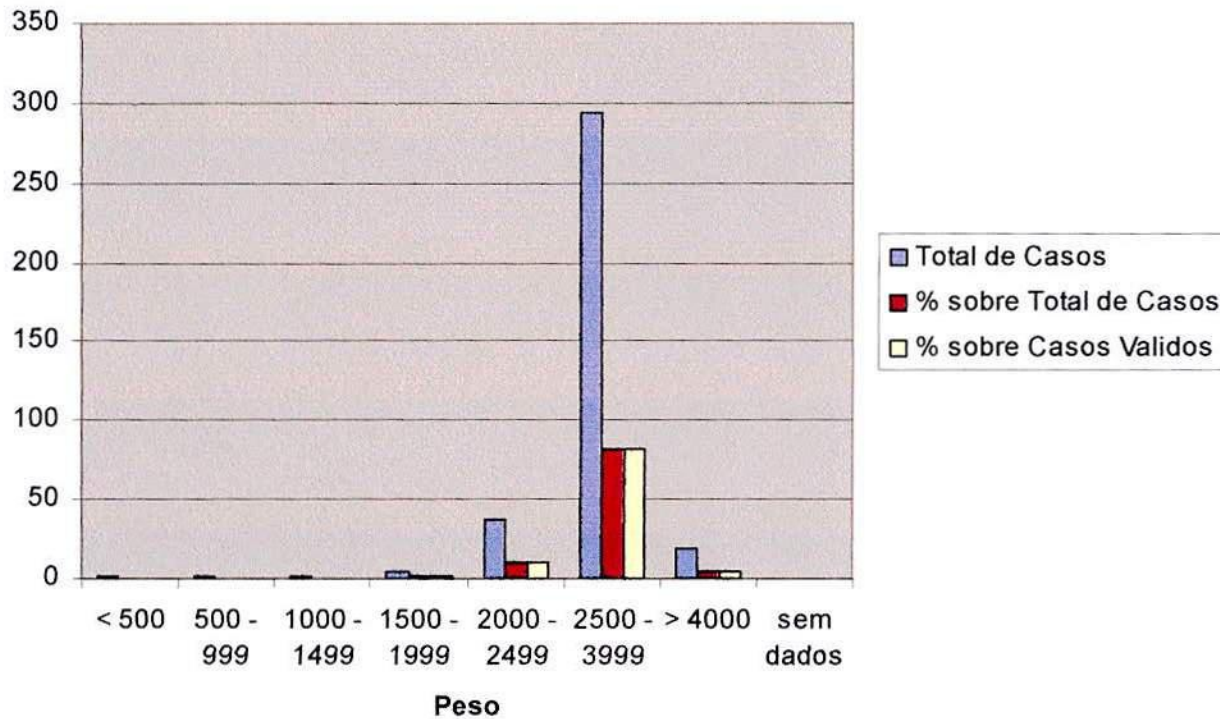
Idade Gestacional			
Idade Gestacional	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
< 22 semanas	0	0	0
22 a 27 semanas	1	0,3	0,3
28 A 36 semanas	36	10	10,3
37 a 41 semanas	309	86,1	88,8
> 41 semanas	2	0,6	0,6
sem dados	11	3,1	
sem dados sobre condição ao nascimento: 29		N casos = 359	N casos validos = 348



Fonte: Programa CLAP

TABELA 29

Por Peso			
Peso ao nascer	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
< 500	1	0,3	0,3
500 - 999	1	0,3	0,3
1000 - 1499	2	0,6	0,6
1500 - 1999	5	1,4	1,4
2000 - 2499	38	10,6	10,6
2500 - 3999	294	81,9	81,9
> 4000	18	5	5
sem dados	0	0	
sem dados sobre condição ao nascimento: 29		N casos = 359	N casos validos = 359



Fonte: Programa CLAP

TABELA 30

Peso por idade gestacional, sobre a proporção de nascido vivos			
Opções	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
adequado	281	78,3	81,7
Pequeno	46	12,8	13,4
Grande	17	4,7	4,9
sem dados	15	4,2	
		N casos = 359	N casos validos = 344

Peso Por idade Gestacional

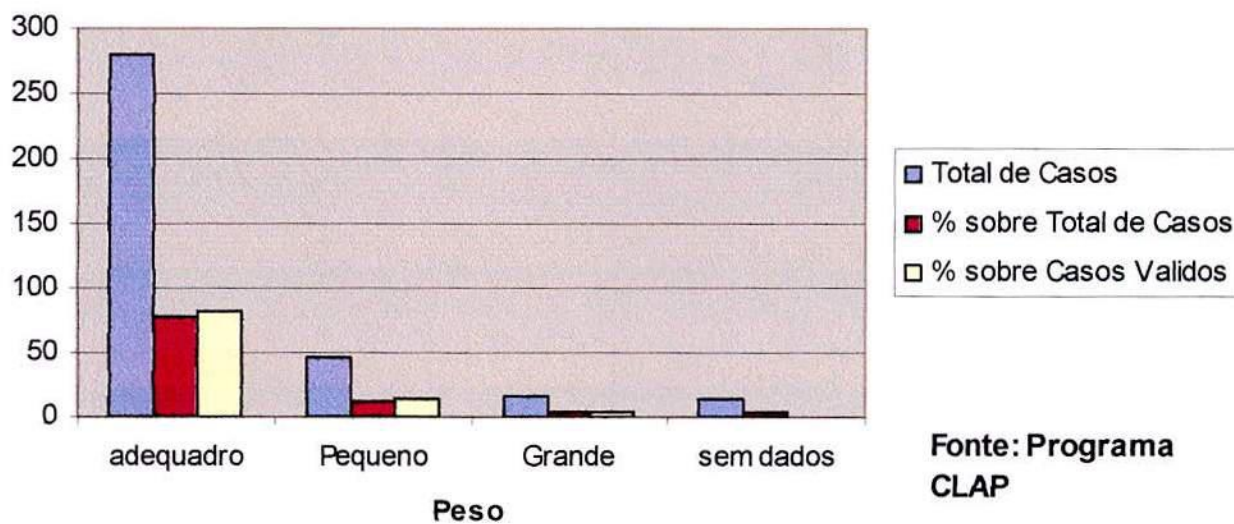


TABELA 31

Recem Nascido
Apgar em 1 minuto, sobre a proporção de nascidos vivos

Opções	Total de Caso	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
0	1	0,3	0,3
1	0	0	0
2	2	0,6	0,6
3	2	0,6	0,6
4	3	0,8	0,8
5	4	1,1	1,1
6	12	3,3	3,4
7	38	10,6	10,7
8	64	17,8	18
9	223	62,1	62,8
10	6	1,7	1,7
Sem Dados	4	1,1	0
		N casos = 359	N caso válidos = 355

TABELA 32

Recem Nascido
Apgar em 1 minuto, sobre a proporção de nascidos vivos

Opções	Total de Caso	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
0 a 3	5	1,4	1,4
4 a 6	19	5,3	5,4
7 a 10	331	92,2	93,2
Sem Dados	4	1,1	0
		n casos = 359	n casos validos = 355

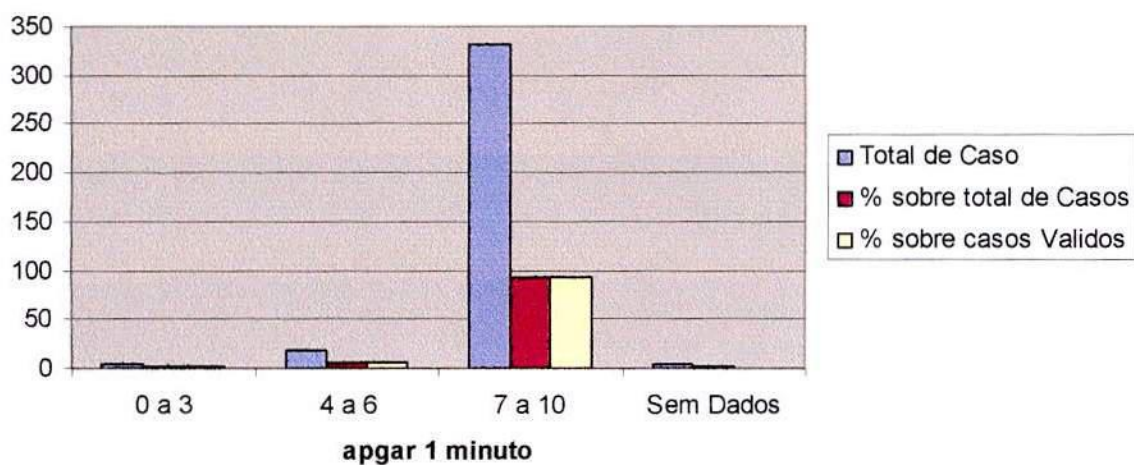
Recem Nascido

TABELA 33

Apgar em 5 minuto, sobre a proporção de nascidos vivos

Opções	Total de Caso	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
0	1	0,3	0,3
1	1	0,3	0,3
2	0	0	0
3	0	0	0
4	1	0,3	0,3
5	2	0,6	0,6
6	2	0,6	0,6
7	7	1,9	2
8	30	8,4	8,5
9	76	21,2	21,4
10	236	65,7	66,5
Sem Dados	4	1,1	0
		N casos = 359	

TABELA 34

Apgar em 5 minuto, sobre a proporção de nascido vivos

Opções	Total de Caso	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
0 a 3	2	0,6	0,6
4 a 6	5	1,4	1,4
7 a 10	349	97,2	98,3
Sem Dados	4	1,1	0
		n casos = 359	n casos validos = 355

Recem Nascido

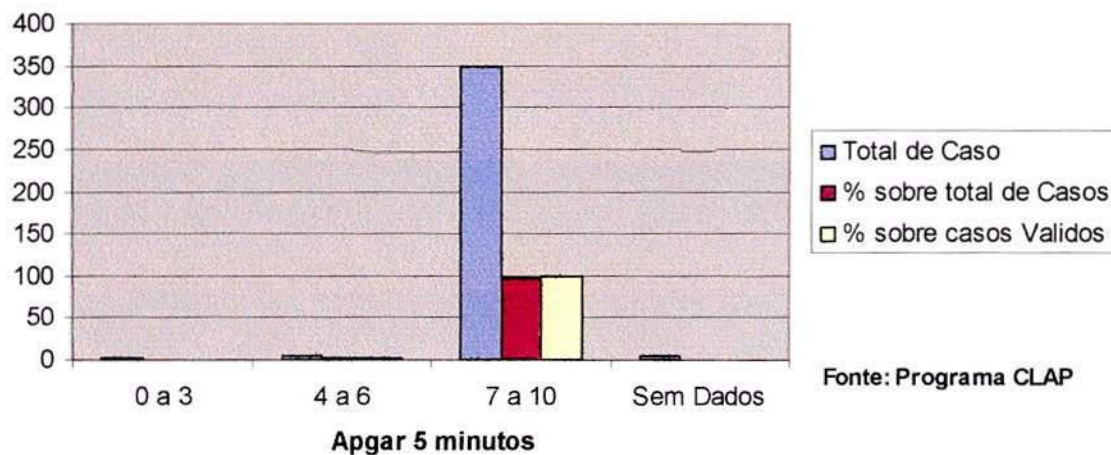
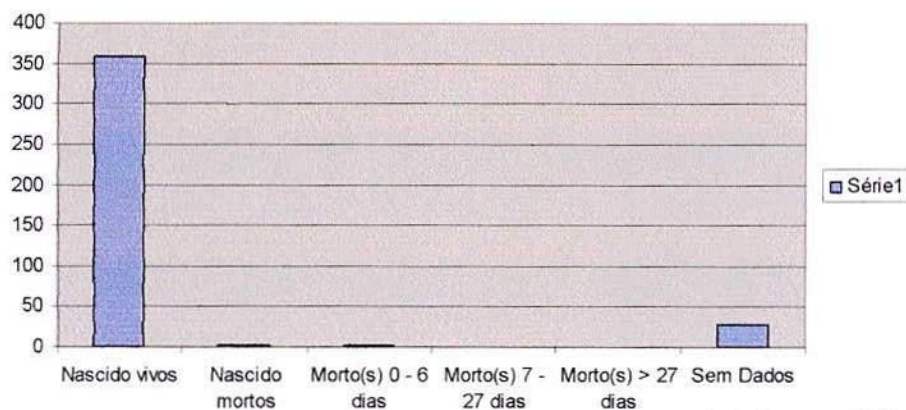


TABELA 35

Número de nascido vivos, nascido mortos

Nascido vivos	Nascido mortos	Morto(s) 0 - 6 dias	Morto(s) 7 - 27 dias	Morto(s) > 27 dias	Sem Dados
359	2	1	0	0	29



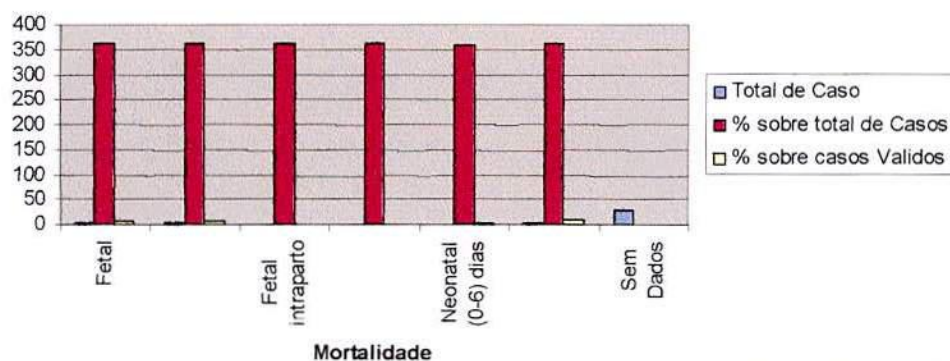
Fonte: Programa CLAP

TABELA 36

Taxa de Mortalidade Fetal, NeoNatal e Perinatal

Mortalidade	Total de Caso	% sobre total de Casos	% sobre casos Validos
Fetal	2	361	5,5
Fetal ante parto	2	361	5,5
Fetal intraparto	0	361	0
fetal momento ignorado	0	361	0
Neonatal (0-6) dias	1	359	2,8
Perinatal	2	361	8,3
Sem Dados	29	0	0

Taxas de Mortalidade Fetal

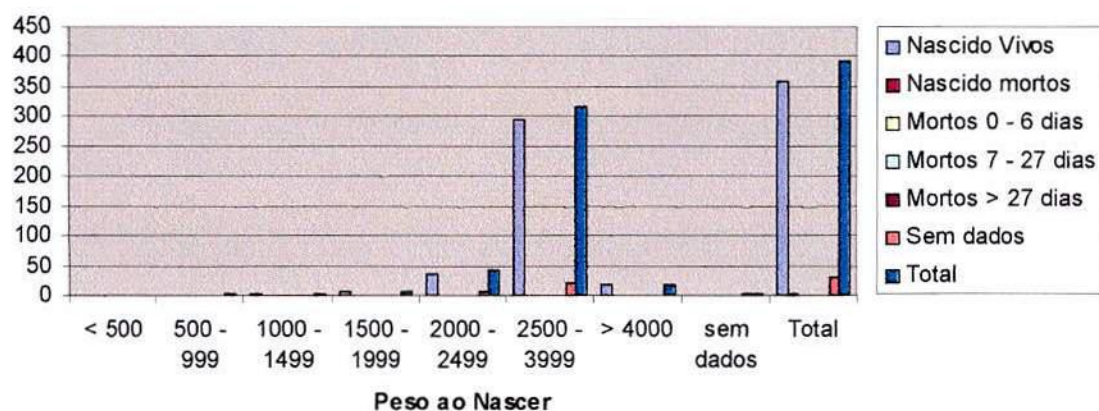


Fonte: Programa CLAP

TABELA 37

Por Peso							
Peso ao nascer	Nascido Vivos	Nascido mortos	Mortos 0 - 6 dias	Mortos 7 - 27 dias	Mortos > 27 dias	Sem dados	Total
< 500	1	0	0	0	0	0	1
500 - 999	1	0	0	0	0	1	2
1000 - 1499	2	0	0	0	0	0	2
1500 - 1999	5	0	1	0	0	0	6
2000 - 2499	38	1	0	0	0	5	44
2500 - 3999	294	1	0	0	0	20	315
> 4000	18	0	0	0	0	1	19
sem dados	0	0	0	0	0	2	2
Total	359	2	1	0	0	29	391

Mortalidade



Fonte: Programa CLAP

TABELA 38

Taxa de Mortalidade por peso ao Nascer				
Peso ao nascer	Nascido mortos	Mortos 0 - 6 dias	Mortos 7 - 27 dias	Mortos > 27 dias
< 500	0	0	0	0
500 - 999	0	0	0	0
1000 - 1499	0	0	0	0
1500 - 1999	0	200	0	0
2000 - 2499	25,6	0	0	0
2500 - 3999	3,4	0	0	0
> 4000	0	0	0	0
sem dados	0	0	0	0
Total	5,5	2,8	0	0

TABELA 39

Idade Gestacional							
Idade Gestacional	Nascido Vivos	Nascido mortos	Mortos 0 - 6 dias	Mortos 7 - 27 dias	Mortos > 27 dias	Sem dados	Total
< 22 semanas	0	0	0	0	0	0	0
22 a 27 semanas	1	0	0	0	0	1	2
28 A 36 semanas	36	0	1	0	0	5	42
37 a 41 semanas	309	2	0	0	0	18	329
> 41 semanas	2	0	0	0	0	0	2
sem dados	11	0	0	0	0	5	16
Totais	359	2	1	0	0	29	391

Recen Nascidos - Idade Gestacional

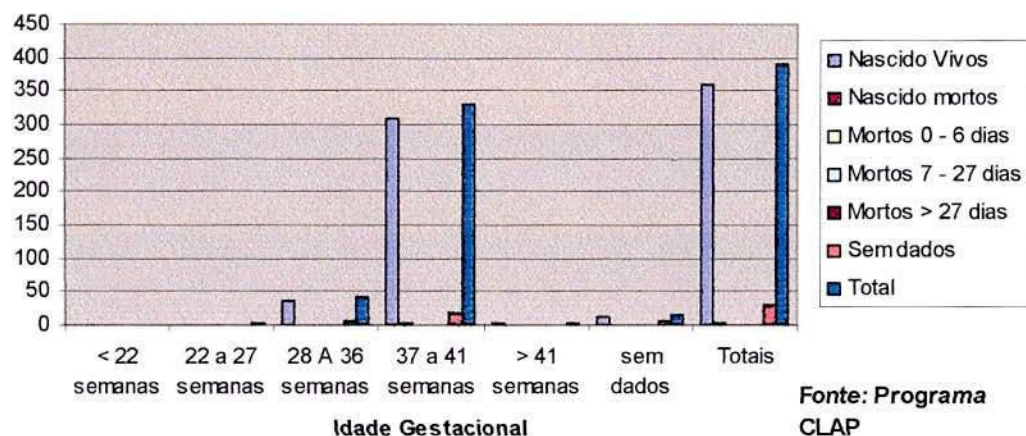


TABELA 40

Taxa de Mortalidade por peso ao Nascer				
Idade Gestacional	Nascido mortos	Mortos 0 - 6 dias	Mortos 7 - 27 dias	Mortos > 27 dias
< 22 semanas	0	0	0	0
22 a 27 semanas	0	0	0	0
28 A 36 semanas	0	27,8	0	0
37 a 41 semanas	6,4	0	0	0
> 41 semanas	0	0	0	0
sem dados	0	0	0	0
Total	5,5	2,8	0	0

TABELA 41

Mortalidade Ante - Natal			
	Quantidade	Mortos	Taxa
RCIU, IG >= 28 semanas	18	0	0
IG >= 28 semanas	374	2	5,5
IG < 28 semanas	2	0	0
			n casos = 361

TABELA 42

Mortalidade Intra - Parto			
	Quantidade	Mortos	Taxa
IG >= 28 semanas	374	0	0
IG < 28 semanas	2	0	0
			n casos = 361

TABELA 43

Mortalidade Neo Natal, IG 28-33 Semanas			
	Quantidade	Mortos	Taxa
IG >= 28 semanas	375	0	0
IG < 28 semanas	8	0	0
			n casos = 359

TABELA 44

Mortalidade Neo Natal, IG >33 Semanas			
	Quantidade	Mortos	Taxa
IG >= 28 semanas	375	0	0
IG < 28 semanas	8	1	2,8
			n casos = 359

TABELA 45

Mortalidade Neonatal			
	Quantidade	Mortos	Taxa
IG < 28 semanas	2	0	0
			n casos = 359

TABELA 46

Eclampsia			
Eclampsia	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
sim	3	,8	2,3
não	128	32,7	97,7
sem dados	261	66,6	0
		N casos = 392	N casos validos = 131

TABELA 47

Taxa de mortalidade por Eclampsia	Falecimento	% sobre Casos Validos
sim	0	0
não	0	0
sem dados	3	100
		N casos validos = 3

TABELA 48

Eclampsia			
Pre - Eclampsia	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
sim	17	4,3	12,3
não	121	30,9	87,7
sem dados	254	64,8	0
		N casos = 392	N casos validos = 138

TABELA 49

Taxa de mortalidade por Pre - Eclampsia	Falecimento	% sobre Casos Validos
sim	0	0
não	0	0
sem dados	17	100
		N casos validos = 17

TABELA 50

Hemorragia Posparto			
Hemorragia Posparto	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
sim	1	0,3	1,4
não	71	18,1	98,6
sem dados	320	81,6	0
		N casos = 392	N casos validos = 72

TABELA 51

Taxa de mortalidade por Hemorragia Posparto	Falecimento	% sobre Casos Validos
sim	0	0
não	0	0
sem dados	1	0
		N casos validos = 1

TABELA 52

Infecção Pos parto			
Infecção Pos parto	Total de Casos	% sobre Total de Casos	% sobre Casos Validos
sim	0	0	0
não	69	17,6	100
sem dados	323	82,4	0
		N casos = 392	N casos validos = 69

TABELA 53

Taxa de mortalidade por Infecção Pos parto	Falecimento	% sobre Casos Validos
sim	0	0
não	0	0
sem dados	0	0
		N casos validos = 0

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

A frequência de nascidos vivos de mães adolescentes - idade menor que 20 anos, variou de 17% a 19% entre os anos de 2000 e 2006 na cidade do Rio de Janeiro, sendo que para o Brasil, esta proporção variou de 23,4% em 2000 para 21,8% em 2005. Encontramos 26,5% sobre casos válidos, provavelmente pelo ambulatório específico de atendimento na ME da UFRJ.

O enfoque da maternidade na adolescente é preocupante pelo maior risco de mortalidade materna e infantil. As duas situações estão carregadas de dramaticidade relacionada à vivência, em um momento precoce da vida, de situações fortes e definidas.

Segundo Gama, em seu artigo "Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer", entre os inúmeros danos relacionados à gestação precoce, são apontados a exposição a abortos e os distúrbios de ordem afetiva, tanto em relação à mulher quanto ao bebê. Uma maior propensão à baixa auto-estima e à depressão também vêm sendo citadas como contribuintes para resultados adversos durante o ciclo grávido-puerperal bem como conseqüências emocionais de relações conjugais instáveis.

Um estudo recente sobre as desigualdades de saúde no Brasil apresenta, entre os indicadores de qualidade selecionados, o percentual de mulheres que receberam pelo menos seis consultas pré-natais (VIANNA, 2001). Na correlação entre taxa de pobreza e cobertura pré-natal, os autores afirmam que esta é inversamente proporcional, embora ocorra interferência de outros fatores. O resultado dessa correlação apontou que a maioria dos estados com cobertura de pelo menos seis consultas de pré-natal apresentava um nível econômico compatível com o esperado para a realização dessas consultas e que, a cada redução de 10% na taxa de pobreza, haveria o aumento de 7% na cobertura pré-natal, ratificando o vínculo entre assistência e renda. *"As mulheres estão sendo chamadas a fazer pré-natal. Elas estão respondendo a esse chamado e acreditam nos benefícios, depositam confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente a cuidarem delas."* (MS, 2004)

O acesso aparece como um aspecto fundamental a ser considerado em uma estratégia para qualificar a assistência (DONABEDIAN, 1990), uma vez que os dados em diferentes estudos apontam-no como um lócus de vulnerabilidade da assistência, onde a convergência de outras variáveis como renda, região, localização e anos de estudo potencializam a exclusão da mulher.

A recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco. Os dados da PNDS (BENFAM, 1996) apontam que 66% das mulheres iniciaram o pré-natal até o terceiro mês. As diferenças em relação às regiões e localização são as mesmas que as encontradas para a questão do acesso.

Nossos dados na pesquisa, refletem 6,8% de pacientes que não possuíam cartão de pré-natal e 8,5% delas não realizaram exame de US antes da primeira consulta. Se considerarmos a realização inadequada do primeiro exame temos que apenas 43% possuía o exame antes de 13 semanas.

Em relação à dificuldade de se obter uma idade gestacional confiável, verificamos que em 1/3 das pacientes trabalhamos com dúvidas em relação à data provável do parto.

No Brasil, a hipertensão na gravidez corresponde à principal causa de morte materna obstétrica direta nos últimos anos, seguida pelas demais causas diretas. O diagnóstico da hipertensão, principalmente da crônica, também é importante na prevenção de quadros como os de descolamento prematuro da placenta, causa importante de óbitos maternos e fetais. Como doença oligo ou assintomática, sua detecção torna indispensável o uso de uma técnica muito simples e de baixíssimo custo, a aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal. O diagnóstico com a realização desse procedimento e condutas corretas permitiria salvar muitas mulheres. É por essa razão que, em países desenvolvidos, as baixas taxas de mortalidade materna contabilizam predominantemente causas indiretas, demonstrando a eficácia de se prevenir essas mortes. (SERRUYA, 2001)

Em nossa casuística 3% das pacientes apresentaram hipertensão, 1,6% pré-eclampsia e 0,5% eclampsia. Não houve caso de óbito durante o período estudado, entre os casos aleatoriamente escolhidos, o que provavelmente denota uma boa condução dos casos pelo serviço.

A vacinação antitetânica foi administrada em 33,5 % das gestantes inscritas no PHPN em 2002. O percentual de gestantes imunizadas contra o tétano pode ser mais elevado se considerarmos que algumas mulheres encontravam-se imunizadas anteriormente. Em Juiz de Fora, a vacinação antitetânica foi registrada em 42,4% dos casos e o relato de cobertura vacinal anterior à gestação foi encontrado em 26% das gestantes (COUTINHO, 2003). Em Pelotas, 55% das gestantes foram adequadamente imunizadas no pré-natal (SILVEIRA, 2001) e em Caxias do Sul, este percentual foi de 91,2% (TREVISAN, 2002).

Em nossas gestantes, 76,3% a vacinação antitetânica estava vigente, mas em 10,7% dos casos houve falha na catalogação e registro dos dados. Cabe notar que tal função vem sendo exercida pelo setor de enfermagem onde deve ser incrementada a necessidade da correta anotação dos dados.

Em 1999, 4086 casos de sífilis congênita foram notificados no país. Como a região Sul notificou quase 50% desses casos (2184) e a Região Norte apenas 91 casos, a avaliação deve levar em conta a provável grande sub-notificação que ocorre, uma vez que a qualidade do dado está sujeita à capacidade do sistema de vigilância epidemiológica, em cada região, para a realização de todas etapas: detectar, notificar, investigar e confirmar os casos. Esses dados, para os anos recentes e por região. A sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo e nenhuma dificuldade operacional, uma vez que a imensa maioria dos laboratórios dispõe de tecnologia para a realização do exame. Os dados mostram que, surpreendentemente, o número de casos de sífilis congênita é igual para o grupo que realizou pré-natal e para o que não realizou (MS, 2003).

Nossos resultados refletem 83,6% de resultados negativos em exames realizados abaixo de 20 semanas e 53,6% nos realizados depois de 20 semanas. Nos outros casos a positividade se deu em 1,5%, os exames não realizados em 4,6% e sem dados para registro em 10,3% das pacientes. Cumpre notar que existe a necessidade de notificação compulsória para os casos positivos o que nem sempre é realizado, e também frisar que o lapso de informações ao momento do nascimento, transtorna a condução e o tratamento e dos casos clínicos, tanto por parte de obstetras quanto de neonatologistas.

Segundo dados do Ministério da Saúde, até dezembro de 2002 foram notificados 8721 casos de AIDS em menores de treze anos de idade, sendo 85,9% devido à transmissão vertical do HIV. Caso as gestantes com infecção pelo vírus HIV recebam tratamento adequado, o risco de transmissão para o bebê pode ser reduzido para cerca de 2%. Portanto, os profissionais de saúde devem exercer seu papel de aconselhador no que diz respeito à realização do teste anti-HIV pelas gestantes. Além disso, os serviços de saúde precisam elevar a oferta desse tipo de exame.

O Ministério da Saúde recomenda ainda que o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes, devendo ser sempre voluntário e confidencial. Entretanto, em Juiz de Fora, esse percentual foi de 65,9% (COUTINHO, 2003); em Santa Catarina, 26,7%; No Nordeste, essa cobertura apresenta, no período considerado, índice de 24% (SILVA, 2004).

De acordo com a nossa pesquisa, 84,4% dos casos tiveram o exame solicitado antes de 20 semanas e 5,9% o tiveram depois de 20 semanas. No restante, o teste rápido foi realizado no momento da internação, sempre com consentimento da gestante.

A Taxa de Natalidade do Rio de Janeiro, nascimentos na população geral, em 2006 era de 13,2/1000, 20% a menos que em 2000. A Taxa de Fecundidade Brasileira, o número médio de nascidos vivos por mulher, para o ano de 2000 e 2004 foi respectivamente de 2,36 e 2,04. O crescimento populacional é mais dinâmico e positivo em situações sócio-econômicas mais

precárias. A prematuridade, nascimentos ocorridos antes de 37 semanas de gravidez, é condição de risco para sobrevivência dos recém-nascidos, no Brasil em 2005 encontrava-se em 6,5% e na cidade do Rio de Janeiro, em 8,7%.

A mortalidade em prematuros foi, em 2006, 78 vezes maior que a dos recém-nascidos a termo, sendo nos muito prematuros (22 a 27 semanas) o dobro da observada entre 28 e 31 semanas e 20 vezes maior que os nascidos entre 32 e 36 semanas. Interessante notar que o número de nascimentos prematuros aumentou de 11,2% no período entre 2000 a 2006. Talvez isso se deva ao aumento expressivo no censo realizado de forma mais correta nesse intervalo de tempo.

Nosso achado no trabalho foi de 88,8% de nascidos a termo, 10,6% de prematuros e 0,6% de pós-datismo. Prematuros extremos contabilizaram 0,3% dos casos.

A frequência de baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, menor que 2500g, oscila entre 9,5 e 10% e no Brasil gira em torno de 8%, sendo um grande indicador de risco para morbi-mortalidade infantil. Na nossa pesquisa o peso adequado ficou em 81,9%, sendo encontrado 5% de recém-nascidos macrossômicos (peso maior que 4000g). Quando corrigidos para peso por idade gestacional, tivemos 81,7% e 4,9% respectivamente.

A Taxa de Mortalidade, que é trabalhada com um índice por 100 mil habitantes, varia de 8,1 a 6,8 entre 2000 e 2006 no Rio de Janeiro com expressiva redução, se considerados os 7 primeiros dias de vida. Variações se observam universalmente quando se relaciona diferente atenção durante o pré-natal, parto e assistência neonatal. Os óbitos neonatais tardios (ocorridos do sétimo ao vigésimo oitavo dia de vida) correspondem a menos da metade em números absolutos. Atualmente, em ambas as fases, a assistência neonatal evita um grande número de mortes que há 20 anos atrás não seriam viáveis.

Em relação ao escore aplicado logo ao nascer (APGAR), no primeiro minuto encontramos que 93,2% tiveram valores entre 7 e 10; 5,4% entre 4 e 6 e 1,4% entre 0 e 3. No quinto minuto entre 7 e 10 contabilizamos 98,3% dos

casos, entre 4 e 6, 1,4% e entre 0 e 3, 0,6%. Evidenciamos a necessidade da presença do pediatra na sala de parto para atender a boa recuperação dos recém natos nos casos de índices baixos.

Os casos de óbitos fetais foram 2, outros 2 no período ante-parto, 1 no período neonatal e 3 no período perinatal. Um dos nascidos mortos tinha peso entre 2000 e 2499g, de um grupo de 38 nascidos vivos. Um óbito no período neonatal precoce tinha peso entre 1500 e 1999g. Lamentavelmente um dos casos de óbito tinha peso adequado ao nascer e dois eram a termo.

A Taxa de Mortalidade materna na cidade do Rio de Janeiro está em 50/100 mil nascidos vivos e não tem se conseguido sua redução, em parte pela intensa flutuação do indicador, e pela difícil identificação e investigação dos casos de óbitos em mulheres com idade fértil.

De acordo com a WHO(2007), no mundo temos 260/100000 nascidos vivos, pelo MS(2006) 54,4, sendo no nordeste 63,8 e no sudeste 44,4. As metas de compromisso universal são de redução em 75% até 2015. As causas mais frequentes contabilizam 25% para hemorragia, 15% para septicemia, 12% para hipertensão, 13% para aborto e 8% para DCP e parto prolongado.

Não encontramos casos de óbito materno no período estudado, entre os casos aleatoriamente selecionados. Dentre os 17 casos de pré-eclampsia, os 3 casos de eclampsia e 1 caso de hemorragia uterina pós-parto não houve maiores complicações. No que se refere a casos de infecção puerperal até o momento da alta, não havia registro no banco de dados, ressalte-se a dificuldade da inclusão dos casos com infecção diagnosticada no período posterior que acarretaram a reinternação das pacientes.

Finalmente e não menos importante, não foi possível estudar a variável amamentação em nossa casuística por faltarem cadastramento dos dados. Pensava-mos em discutir a exclusiva e a complementar no momento da alta, o que certamente enriqueceria a nossa observação e discussão, fica lançada a idéia para o futuro...

6. CONCLUSÃO

Com a correta implementação do PHPN, espera-se avançar em resultados maternos e perinatais. Para o conhecimento deste impacto, além dos tradicionais indicadores de mortalidade materna e perinatal, serão de fundamental importância indicadores de morbidade e de satisfação das gestantes, uma vez que fornecerão elementos relevantes para a correção da estratégia. Um estudo recém publicado avaliou a qualidade da assistência pré-natal no Brasil através da opinião das mulheres usuárias do serviço, apontando para uma percepção de qualidade dos serviços, de maneira contrária à impressão compartilhada pelos técnicos e gestores (RIBEIRO,2004). A análise preliminar, da qual este artigo faz parte, aponta para um conjunto de questões que deverá ser objeto de novas intervenções, parte maior dos gestores locais, com mais instrumentos para corrigirem rumos na execução das políticas, e parte com os gestores estadual e federal, que devem coordenar esforços para resolver questões graves e crônicas como a falta de leitos de terapia intensiva e a efetivação de um sistema de referência e contra-referência.

Nessa direção, é importante ressaltar que o PHPN necessita de ampla articulação interna, nos três níveis, notadamente com o Programa de Saúde da Família, uma vez que a presença de uma equipe desse programa já garantiria a realização do pré-natal. Essa articulação permitiria fortalecer ambas as iniciativas e eliminar etapas burocráticas, além de outros passos realizados em cada município para a implantação de cada um dos programas.

A falta de acolhimento nas unidades e a "alta do pré-natal" podem ser interpretadas como emblemáticas da desumanização dos serviços e, em conjunto com os demais indicadores que apontavam para um pré-natal ainda insuficiente e com sérias restrições de qualidade, mostravam, de maneira inequívoca, a necessidade de mudança.

A questão da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais. Além disso, a maioria das mortes maternas ocorre perto do parto, demandando intervenções que garantam melhor assistência nesse período.

Tais questionamentos, relativos ao modelo praticado na assistência, refletem um debate sobre as práticas clínicas em geral, na qual se parte da percepção de que as "técnicas" empregadas obedecem a uma lógica de valores sociais em que a "tecnologia" aparece como o ícone máximo na assistência. Com esse pressuposto, a organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e pacientes desenha-se com princípios mercadológicos e de produtos.

O FUTURO

Tais práticas clínicas estão fortemente embasadas em questões culturais deste modelo normatizador e pouco fundamentadas do ponto de vista científico. O modelo tecnocrático obedecia a uma padronização no cuidado e, como os modelos fabris, os "produtos" deveriam seguir uma linha de produção e, portanto, não "atrapalhar" a ordem médica hospitalar. Embora as resistências às imposições médicas tenham sempre estado presentes, para as mulheres elas se concretizaram no momento do parto, uma vez que é nesse cenário que ocorrem as maiores intervenções, no sentido de padronizar, ordenar e obter "bons produtos".

O contraponto a esse modelo pressupõe que a mulher é um ser único, complexo, com sentimentos e autonomia. Os profissionais de saúde devem informar e dividir as decisões e responsabilidades com elas, equilibrando a tecnologia e o humanismo, abertos a outras práticas e enfocando a prevenção (DAVIS,2001).

A concepção que orientou a criação do PHPN e a abordagem realizada neste trabalho pressupõe que a humanização da assistência pré-natal requer, antes de tudo, o cumprimento desse conjunto de procedimentos básicos a fim de prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura. Contudo, muitas questões merecem análise e certamente duas ações merecem avaliações imediatas e amplas: o vínculo entre as duas instâncias assistenciais e a presença das práticas humanizadoras na atenção ao parto. As duas problemáticas, pela natureza e complexidade, demandam estudos operacionais com método qualitativo, capazes de incluir olhares dos diversos atores envolvidos: gestores, profissionais de saúde e principalmente as mulheres.

Tabelas 1 e 2	26
Tabelas 3 e 4	27
Tabelas 5 e 6	28
Tabela 7	29
Tabela 8	30
Tabela 9	31
Tabela 10	32
Tabelas 11 e 12	33
Tabelas 13 e 14	34
Tabelas 15, 16 e 17.....	35
Tabelas 18 e 19	36
Tabelas 20, 21 e 22	37
Tabelas 23, 24 e 25	38
Tabelas 26 e 27	39
Tabela 28	40
Tabela 29	41
Tabela 30	42
Tabelas 31 e 32	43
Tabelas 33 e 34	44
Tabelas 35 e 36	45
Tabelas 37 e 38	46
Tabelas 39 e 40	47
Tabelas 41 a 45	48
Tabelas 46 a 49	49
Tabelas 50 a 53	50

CLAP - OPS/OMS HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL - BASE

INSTITUIÇÃO _____

HISTÓRICA CLÍNICA Nº _____

NOME COMPLETO _____

ENDEREÇO _____

CIDADE _____

TEL _____

IDADE anos
 maior de 35
 menor de 15

ALFABET sim não

INSTRUÇÃO nen. prim sec. univ anos aprov.

ESTADO CIVIL casada solteira
 união estável outro

ANTECEDENTES

FAMILIARES sim não
 diabetes
 TBC Pulmonar
 hipertensão
 gemelares
 outros

PESSOAIS sim não
 TBC
 diabetes
 hipertensão crônica
 cirurgia pélvica-uterina
 infertilidade
 outros

OBSTÉTRICOS
 nenhum ou mais de três partos
 algum RN com menós de 2.500g
 gemelares

gestas abortos
 vaginais cesáreas
 nascidos vivos nascidos mortos
 vivos mortos 1º sem.
 depois 1º sem.

final da gestação anterior mês ano
 RN com maior peso g

GESTAÇÃO ATUAL

PESO ANTERIOR Kg ALTURA(cm)

dia mês ano
 DUM DPP

DÚVIDAS não sim
 ANTITÉTANICA prévia 1º 2º/R
 atual meses gesta.

GRUPOS não sim
 Rh sensibil.

FUMA não sim
 cigarros por dia

HOSPITALIZAÇÃO não sim
 ENCAMINHADA não sim
 lugar

EX.CLÍNICO normal sim não
EX.MAMAS normal sim não

EX.ODONT. normal sim não
PELVIS normal sim não

PAPANIC. normal sim não

COLPOSCOPIA normal sim não

CERVIX normal sim não

VDRL - dia mês
 +

VDRL - dia mês
 +

Hb dia mês

Hb dia mês

data da consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semanas de amenorréia									
peso (kg)									
pressão arterial max./min. (mmHg)									
alt. uterina / Cef./Pelv./Tr									
F.C.F. (bat./min.) / mov. fetal									

PARTO **ABORTO**

PROCEDÊNCIA

CONSULTA PRÉ-NATAL Nº
 no hosp. sim não
 com cadeir. sim não

INTERNAÇÃO dia mês ano
 temperatura °C

IDADE GEST. sem.
 menor 35 maior 47

APRES. cef. pel. transv.

TAMANHO FETAL adequado sim não

INÍCIO esp. ind. cas. elet.
 MEMBRANAS int. rot.
 data da ruptura hora min dia mês

TRABALHO DE PARTO
 hora
 pressão arterial freq./10min./dur.seg.
 contrações max./min. (mmHg)
 altura/var.posic.
 F.C.F./F.C. mat. (batimentos/minuto)
 dil.cerv./mecônio

1	2	3	4	5	6	7	8	9

PATOLOGIAS
 nenhum ordem
 ges. múltipla
 hipert. prévia
 pré-eclâmpsia
 eclâmpsia
 cardiopatia
 diabetes
 infec. urinária
 outras infec.
 parasitose
 R.C.I.U.
 ameaça parto prem.
 desprop. cef.pelv.
 hemorragia 1º trim.
 hemorragia 2º trim.
 hemorragia 3º trim.
 anemia crônica
 rup.pree.memb.
 infec.puerp.
 hem.puerp.
 outras infecções

TERMINAÇÃO

espont. fórceps. cesárea outra
 hora min. dia mês

NÍVEL DE ATENÇÃO 3º 2º 1º domic. outro
 ATENDEU médico enf./obst. auxil. estud./empir. outro

PARTE
 NEONATO
 Nome RN

INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO

MORTE intraut. não sim
 gest. não sim
 parto não sim
 ignora momento

EPISIOTOMIA não sim
 DEQUITAÇÃO espont. sim não
 PLACENTA compl. sim não

PARTE
 NEONATO
 Nome
 Nome

RECÉM-NASCIDO

SEXO f m
 PESO AO NASCER g
 menor 2500g

ALTURA cm
 IDADE POR EX. FÍSICO sem.
 menor de 37
 PERF.CEF. cm

PESA I.G. adeq. paq. gde.
 APGAR 1º minuto 5º
 6 ou menor

PUERPÉRIO

EXAME FÍSICO normal anormal
PATOLOGIAS
 nenhuma
 memb. hialina
 sind. aspirat.
 apnéia
 outras SDR
 hemorragia
 hiperbilirrub.
 outras hematol.
 infecções
 defeitos cong.
 neurológicas
 metab./nutric.
 outras

ALIM. CONJUNTO sim não
 HOSPITA LIZADO não sim

hora ou dias pós-parto ou aborto
 temperatura
 pulso(bat./min.)
 pressão arterial max./min. (mmHg)
 invol. uterina
 características de lóquios

ALTA R/N

hora dia mês
 sadio encaminhado
 com patol. obito

ALIMENTO peito misto artificial

PESO NA ALTA g
ALTA MATERNA dia mês ano
 sadio encaminhado
 com patol. obito

CONTRACEÇÃO
 nenhuma referida
 D.I.U.
 camisinha
 pílula
 ligadura
 tubária
 ritmo
 outro

Responsável _____

Responsável _____

Esta cor significa ALERJA

Doc. Int. CLAP 22/91



PATOLOGIAS DA GRAVIDEZ, PARTO e PUERPÉRIO

Os números entre parênteses correspondem à Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), OPS/OMS, 1992

CÓD.		
50. GESTAÇÃO MULTIPLA	030	
51. HIPERTENSÃO PRÉVIA	010	
01. Hipertensão prévia essencial complicando a GPP	010.0	
02. Hipertensão prévia secundária complicando a GPP	010.4	
52. PRÉ-ECLÂMPSIA	013 e 014	
04. Hipertensão transitória da gravidez	016	
05. Pré-eclâmpsia leve	013	
06. Pré-eclâmpsia severa e moderada	014	
53. Hipertensão prévia comproteinúria	011	
54. ECLÂMPSIA	015	
55. CARDIOPATIA	Z86.7	
56. DIABETES	024	
57. Diabetes mellitus insulino-dependente prévia	024.0	
58. Diabetes mellitus não insulino-dependente prévia	024.1	
59. Diabetes mellitus iniciada na gravidez	024.4	
07. Tolerância anormal à glicose	R73.0	
60. INFECÇÃO URINÁRIA	023.0-023.4	
08. Bacterúria assintomática na gravidez	R82.7	
61. OUTRAS INFECÇÕES	098.4, B50-B-54, A60	
62. Infecções do trato genital na gravidez	023.5	
09. Sífilis complicando na GPP	098.1	
10. Gonorréia complicando na GPP	098.2	
11. Malária	B50-B54	
12. Infecção hepática anogenital (herpes simples)	A60	
63. Hepatite a vírus	098.4	
64. Tuberculose complicando a GPP	098.0	
65. PARASITOSE COMPLICANDO A GPP	098.8	
66. RETARDO DO CRESCIMENTO INTRA-UTERINO	P05	
67. AMEAÇA DE PARTO PREMATURO (PARTO-PREMATURO)	060	
13. INCOMPETÊNCIA DO CANAL CERVICAL	034.3	
58. DESPROPORÇÃO CEFALOPÉLVICA	064, 065, 069	
14. Obstrução causada por má posição do feto	064	
15. Obstrução causada por bacia óssea	065	
16. Desproporção causada pelo feto	066	
69. HEMORRAGIA DO PRIMEIRO TRIMESTRE	020	
17. Molhidatiforme	O01	
18. Aborto (retido/espontâneo)	O02.1, O03	
19. Gravidez ectópica	O00	
20. Aborto induzido e terapêutico	O06, O04	
21. Ameaça de aborto	O20.0	
70. HEMORRAGIA DO SEGUNDO E DO TERCEIRO TRIMESTRE		
22. Hemorragia	O44.1	
23. Descolamento prematuro de placenta	O45	
24. Hemorragia antiparto associada em coagulopatias	O46.0	
25. Rotura do útero	O71.0-O71.1	
26. Laceração do colo do útero	O71.3	
71. ANEMIA	O99.0	
27. Anemia ferropriva	D50	
72. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42	
28. Infecção da cavidade amniótica	O41.1	
73. INFECÇÃO PUERPERAL	O85-O86	
29. Sepsa	O85	
30. Infecção da mama e do mamilo associadas com o parto	O91	
74. HEMORRAGIA PÓS-PARTO	O72	
31. Retenção placentária	O72.2, O72.2	
32. Atonia	O72.1	
33. Laceração do períneo do 1º e do 2º graus	O70.0, O70.1	
34. Laceração do períneo do 3º e do 4º graus	O70.2, O70.3	
75. OUTRAS PATOLOGIAS	resto de O00-O99	
35. Placenta prévia sem hemorragia	O44.0	
36. Hiperêmese	O21	
37. Doença renal sem menção de hipertensão	O99.8 (condições em N00-N39)	
38. Dependência de drogas	F10-F19	
39. Sofrimento fetal	O68	
40. Hidrânio	O40	
41. Oligoâmnio (sem menção de rotura de membranas)	O41.0	
42. Complicações do cordão umbilical	O69	
43. Complicações da administração de anestésicos ou de sedativos no trabalho de parto	O74	
44. Embolia pulmonar obstétrica	O88	
45. Deiscência de incisão de cesárea	O90.0	
46. Deiscência de sutura perineal	O90.1	
47. AIDS	B20-B24	
76. HIV positivo	R75	
48. Câncer do cérvix	C53	
49. Câncer de mama	C50	

CÓD.	OUTRAS SDR	
50. DOENÇA DE MEMBRANA HIDRALINA		P22.0
51. SÍNDROMES ASPIRATÓRIAS		P24
52. APNÉIAS POR PREMATURIDADE		P28.3 P28.4
53. OUTRAS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22.1, P27	
01. Ducto arterioso persistente		Q25.0
02. Persistência da circulação pulmonar fetal		P29.3
03. Pneumonia congênita		P23
04. Enfisema intersticial e pneumotórax		P25
05. Taquipnéia transitória		P22.1
06. Doença respiratória crônica originada no período perinatal		P27
54. HEMORRAGIAS (EXCLUINDO INTRACRANIANAS P52)		P55-P59
07. Doença hemorrágica do recém-nascido		P53
55. Hemorragia pulmonar originada no período prenatal		P26
56. Hemorragia umbilical (exclui a onfalites com hemorragia)		P51
57. HIPERBILIRRUBINEMIAS		P50-P55
08. Doença hemolítica devido à isoimunização Rh		P55.0
09. Doença hemolítica devido à isoimunização ABO		P55.1
10. Ictericia neonatal associada a parto prematuro		P59.0
58. OUTRAS HEMATOLÓGICAS (EXCLUI P55.0, P55.1, P59, P52)		P50-P61
11. Policitemia neonatal		P61.1
12. Anemia congênita		P61.3
13. Demais alterações hematológicas		resto de P50-P61
48. INFECÇÕES		(P35-P39, A09, G00, A54.3)
14. Diarréia		A09
15. Meningites		G00
16. Onfalite		P38
17. Conjuntivite		P39.1 A54.3
59. Infecções da pele do recém-nascido		P39.4 L00
18. Septicemia		P36
19. Outras infecções específicas do período perinatal		resto de P35-P39
20. Enterocolite necrotizante		P77
49. Tétano neonatal		A33
60. Sífilis congênita		A50
61. Doenças congênicas virais		P35
62. ANOMALIAS CONGÊNITAS		Q00-Q99
21. Espinha bífida com e sem hidrocefalia		Q05-Q07.0
22. Hidrocefalia congênita		Q03
23. Outras anomalias congênicas do SNC		resto de Q00-Q07
24. Do sistema respiratório		Q30-Q34
25. Do sistema circulatório		Q20-Q28
26. Fissura da abóboda palatina e lábio leporino		Q35-Q37
27. Do sistema digestivo		Q39-Q45
28. Dos órgãos genitais		Q50-Q56
29. Do sistema urinário		Q60-Q64
30. Luxação congênita do quadril		Q65
31. Anomalias cromossômicas		Q90-Q99
32. Síndromes de malformação congênita afetando múltiplos sistemas		Q87
63. NEUROLÓGICAS (EXCLUI ANOMALIAS CONGÊNITAS)		
33. Hidrocefalia adquirida		G91
34. Leucomalácia periventricular e cerebral		P91.1, 91.2
35. Toco-traumatismo com lesão intracraniana do SNC e do sistema nervoso periférico		P10, P11, P14
36. Hemorragia intracraniana não traumática		P52
64. METABÓLICA NUTRICIONAL		P70-P78
43. Síndrome de "filho de mãe diabética"		P70.0, P70.1
44. Hipocalcemia/hipomagnesemia		P71
45. Hipoglicemia		P70.3, P70.4, E16.2
46. Outras alterações perinatais do sistema digestivo		resto de P75-P78
47. Problemas com a alimentação		P92
66. OUTRAS		resto de P00-P96, Q00-Q99
39. HIV Positivo		R75
40. Retinopatia da prematuridade		H35
41. Hernia inguinal		K40
42. Insuficiência renal congênita		P96.0
67. Hipotensão/choque		R57
65. Síndrome de trauma por tiro		P80.0 (exclui hipotermia leve P80.8)

INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUZIDO

CÓD.	CÓD.
01. Cesárea anterior	17. Placenta prévia
02. Sofrimento fetal agudo	18. Deslocamento de placenta normo-inserida
03. Desproporção feto-pélvica	19. Rotura uterina
04. Alteração da Contratilidade	20. Toxemia (gestose)
05. parto prolongado	21. Herpes genital
06. Fracasso de indução	22. Condiomatose genital
07. Descenso retido da apresentação	23. Outra doença materna
08. Gestação gemelar	24. Matimorto
09. retardo do crescimento uterino	25. Esgotamento materno
10. Pré-termo	26. Outra
11. Pós-termo	
12. Apresentação podálica	
13. Variedades posteriores	
14. Situação transversa	
15. Rotura prematura de membranas	
16. Suspeita ou certeza de infecção ovular	

MEDICAÇÃO NO PARTO

CÓD.	CÓD.
01. Lidocaína ou similares	17. Antagonistas do cálcio
02. Amino simpaticomiméticas	18. Sulfato de magnésio
03. Inalantes (pentano fluorano-óx. nitroso)	19. Hidrazina
04. Barbitúricos	20. beta bloqueadores
05. Bloqueadores musculares	21. Outros anti-hipertensivos
06. Diazepóxido	22. Sangue e/ou hemoderivados
07. Meperidina	23. Heparina
08. Antiespasmódicos	24. Corticóides
09. Ocitocina	25. Cardiotônicos
10. Prostaglandinas	26. Diuréticos
11. Betalactâmicos (penicilinas-cefalosporinas)	27. Aminofilina
12. Aminoglicosídeos (gentamicina-amicacina)	28. Insulina
13. Entromicina	29. Difenhidantoína
14. Metronidazol	30. Outra
15. Beta míméticos	
16. Antiprostaglandinas	

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Abouzahr C, Wardlaw T. La mortalidad materna al término de una década: hay indicios de progreso? *Bul World Health Org* 2001; 79: 561-8.
02. Alexander GR, Kotelchuck M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. *Public Health Rep* 1996; 111:408-19.
03. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes. Assistência pré-natal. <http://www.portalmédico.org.br/diretrizes/100diretrizes/pre-natal.pdf> (acessado em 21/Abril/2009).
04. Belizán JM, Farnot U, Carroli G, al-Mazrou Y. Antenatal care in developing countries. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 Suppl 2:1-3.
05. BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar no Brasil). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: 1996. Rio de Janeiro: A Sociedade; 1997.
06. Bergsjö P, Villar J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes; some special conditions and examinations. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:15-25.
07. Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J Health Popul Nutr* 2003; 21:181-92.
08. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001; 15 Suppl 1:1-42.
09. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1565-70.
10. Campbell O. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half century. In: Brouwere VD, Lerberghe WV. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Brussels: ITG Press; 2001. p. 415-48. (Studies in Health Services Organization and Policy).
11. Coimbra LC, Silva AMM, Mochel EG. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:456-62.
12. 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. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25:717-24.
13. D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da mulher. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Editora Hucitec; 1996. p. 86-108.

14. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 48 Suppl: S33-S52.
15. Diniz CSG. Maternidade avoluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta. In: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Saúde das mulheres: experiência e prática. São Paulo: O Coletivo; 2000. p. 22
16. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114: 1115-8.
17. Dubay L, Joyce T, Kaestner R, Kenney G. Changes in prenatal care timing and low birth weight by race and socioeconomic status: implications for the medicaid expansions for pregnant women. *Health Serv Res* 2003; 36:373-97.
18. Enkin MW. Randomized controlled trials in the evaluation of antenatal care. *Int J Technol Assess Health Care* 1992; 8 Suppl 1:40-5.
19. Foucault M. O nascimento da clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.
20. Gama, SGN da et al. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1) : 74-80.
21. Gharoro EP, Okonkwo CA. Changes in service organization: antenatal care policy to improve attendance and reduce maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 1999; 67: 179-81.
22. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *BMJ* 2001; 322:917-20.
23. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Publica* 1998; 14:487-92.
24. Langer A, Nigenda G, Romero M, et al. Conceptual bases and methodology for the evaluation of women's and providers' perception of the quality of the antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 (Suppl 2):98-115.
25. Laurenti R. Perfil da mortalidade materna. In: Minayo MCS, organizador. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: Editora Hucitec/ABRASCO; 1995. p. 304-19.
26. Lerberghe WV, Brouwere V. Reducing maternal mortality in a context of poverty. In: Brouwere VD, Lerberghe WV. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Brussels: ITG Press; 2001. p.1-5. (Studies in Health Services Organization and Policy).
27. Lumbiganon P. Appropriate technology: antenatal care. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 Suppl 1:S91-S5.

28. McCormick MC, Siegel JE. Recent evidence on the effectiveness of prenatal care. *Ambul Pediatr* 2001; 1:321-5.
29. McDonagh M. Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality? *Health Policy Plan* 1996; 11:1-15.
30. McGlynn EA. Quality assessment of reproductive health services. *West J Med* 1995; 163:19-27.
31. Ministério da Saúde. PAISM. Programa de assistência integral à saúde da mulher. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.
32. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
33. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Pré-natal, parto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília; 2002.
34. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Séries históricas. Disponível no site www.funasa.gov.br [acessado em Fev. 2009]
35. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde: relatório de gestão 2000-2002. Brasília (DF): O Ministério; 2002.
36. Misra DP, Guyer B. Benefits and limitations of prenatal care: from counting visits to measuring content. *JAMA* 1998; 279:1661-2.
37. Munjanja SP, Lindmark G, Nyström L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet* 1996; 348:364-9.
38. Novaes HMD. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Suppl 2:7-12.
39. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:547-9.
40. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad Saúde Publica* 2003; 19:35-45.
41. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad Saúde Publica* 2004; 20: 534-45.
42. Serruya S, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* 2004.

43. Silva IB, Silva GH. Projeto de redução da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita de Santa Catarina. *Inform Epidemiol "barriga verde"*. 2004; ano II: 8.
44. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:131-9.
45. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24:293-9.
46. Veugelers PJ, Yip AM. Socioeconomic disparities in health care use: does universal coverage reduce inequalities in health? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:424-8.
47. Vianna SM, Nunes A, Santos JR, Barata RB. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília (DF): OPAS; 2001.
48. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from brazilian child health studies. *Lancet* 2000; 356:1093-8.
49. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Med J* 2001; 119:33-42.
50. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003; 362:233-41.
51. Villar J, Bergsjö P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:1-14.
52. Villar J, Bakketeig L, Donner A, al-Mazrou Y, B'aqueel H, Belizan JM, et al. The WHO antenatal care randomised controlled trial: rationale and study design. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 Suppl 2:27-58.
53. Villar J, Ba'aqueel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Balizan JM, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1551-64.
54. WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank. Reduction of maternal mortality: a joint statement. Geneva: World Health Organization; 1999.
55. World Health Organization. Care in normal birth. A practical guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. Geneva: World Health Organization; 1996.

56. World Health Organization. WHO Programme to map best reproductive health practice. WHO Antenatal Care Randomized Trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization; 2002.