



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE VANESSA MARTINS ROSA**

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES ADMITIDAS PARA PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ / SC**

Palhoça

2022

**VANESSA MARTINS ROSA**

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES ADMITIDAS PARA  
PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ / SC**

**LINHA DE PESQUISA: Investigação de agravos crônicos à saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Betine Moehlecke Iser, Dra.

Palhoça

2022

R69 Rosa, Vanessa Martins, 1992-  
Qualidade da assistência pré-natal de mulheres admitidas para parto na maternidade do Hospital Regional de São José - SC /  
Vanessa Martins Rosa. – 2022.  
92 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina,  
Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Betine Pinto Moehlecke Iser

1. Cuidado pré-natal. 2. Cuidados primários de saúde. I. Iser, Betine Pinto Moehlecke. II. Universidade do Sul de Santa Catarina. III. Título.

CDD (21. ed.) 618.24

Ficha catalográfica elaborada por Carolini da Rocha CRB 14/1215

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO**

Título da Dissertação

Qualidade da assistência pré-natal de mulheres admitidas para parto na Maternidade do Hospital Regional de São José/SC

**VANESSA MARTINS ROSA**  
AUTOR

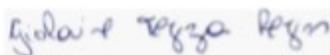
Aprovada pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 21 de julho de 2022.

Documento assinado digitalmente  
 BETINE PINTO MOEHLECKE ISER  
Data: 21/07/2022 17:03:24-0300  
Verifique em <https://verificador.jf.br>

Doutora Betine Pinto Moehlecke Iser (Orientador) \_\_\_\_\_

Doutora Roxana Knobel (Avaliador externo – UFSC) - *presente por videoconferência*

Doutora Eliane Silva de Azevedo Traebert (Avaliador interno) - *presente por videoconferência*



*Professora Doutora Gislaine Tezza Rezin*  
COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNISUL

- Unisul - Universidade do Sul de Santa Catarina, Sede, Reitoria - Av. José Acácio Moreira, 787, Bairro Dehon - 88704-900, Tubarão, SC - Fone 48 3621.3000
- Unisul Região Sul
  - Campus Tubarão - Avenida José Acácio Moreira, 787, Bairro Dehon, Caixa Postal 370 - 88704-900, Tubarão, SC - Fone 48 3621.3000
  - Campus Araranguá - Rodovia Governador Jorge Lacerda, 3201, Bairro Urussanguinha - 88905-355, Araranguá, SC - Fone 0800 970 7000 - 48 3521-3000
  - Campus Braço do Norte - Rodovia SC 370, 1023, Rio Bonito - 88750-000, Braço do Norte, SC - Fone 0800 970 7000 - 48 3621-3925
  - Campus Içara - Rua Linha Três Ribeirões, Loteamento Centenário, 250, Bairro Liri - 88820-000, Içara, SC - Fone 0800 970 7000 - 48 3621-3460
- Unisul Região Grande Florianópolis
  - Campus Pedra Branca - Avenida Pedra Branca, 25, Cidade Universitária Pedra Branca, 88137-270, Palhoça, SC - Fone 48 3279.1000
  - Campus Florianópolis - Rua Dib Mussi, 366, Centro - 88015-110, Florianópolis, SC - Fone 48 3279.1000
    - Rua Trajano, 219, Centro - 88010-010, Florianópolis, SC - Fone 48 3279.1000
- Campus Unisul Digital - Av. Pedra Branca, 25 - Cidade Universitária Pedra Branca - 88137-900, Palhoça, SC - Fone 48 3279.1200

## AGRADECIMENTOS

Não poderia iniciar os agradecimentos deste trabalho sem mencionar aqueles que são a base da minha vida, meu apoio incondicional, a força que preciso nos meus dias mais difíceis e principalmente quem eu fico imensamente feliz de dividir minhas vitórias. Stael Martins Rosa e Rosano Alfredo Rosa, meus pais, saibam que não somente esta Dissertação de Mestrado mas sou grata a vocês por toda minha formação. Se não fosse pelos ensinamentos de vocês sobre a importância do saber e da formação profissional como construção do nosso futuro, eu talvez não estivesse celebrando hoje essa conquista. Obrigada por me lapidarem dia a dia, tornando-me alguém o mais próximo do que são vocês. Tenho honra de ser fruto desse casal ímpar, com qualidades inenarráveis e caráter sem igual. O meu muito obrigada sempre será para vocês.

Além dos meus pais, agradeço ao meu irmão, Fernando Martins Rosa, que mesmo com a distância dos últimos anos, sempre será meu companheiro de todas as horas, é meu exemplo pessoal e profissional, saiba que me inspiro na tua trajetória brilhante até aqui. Um agradecimento a sua esposa, Mirella de Moura, que além de cunhada, é amiga, companheira e que esteve sempre presente nos bons momentos e nas dificuldades. Obrigada pelo carinho de vocês como casal.

Agradeço também todos os membros da minha família, cada um teve papel essencial em minha trajetória até aqui, obrigada por toda a força e carinho.

Um agradecimento especial ao meu namorado, Marco Antonio Elias Bleggi, que desde o primeiro dia que apareceu em minha vida é meu porto seguro, meu ombro amigo, fonte de amor e alegria. Obrigada por acreditar em mim e me incentivar quando por muitas vezes eu fraquejei. Com teu incentivo e apoio, o caminho se tornou muito mais leve, com tua energia radiante a vida fica muito mais bela. Obrigada por compreender minha ausência tanto física por inúmeros momentos, mas também exatamente ao seu lado, mas precisando estar totalmente entregue a este trabalho.

Agradeço a Deus por me abençoar com essa vitória, por me acompanhar no dia a dia, sendo sempre luz nas minhas decisões e pensamentos. Que com Seu apoio eu possa sempre fazer o bem para o próximo.

Aos meus mestres, especialmente à Prof. Dr. Betine Moehlecke Iser, minha orientadora, que tanto me auxiliou neste trabalho nestes dois anos de pós-graduação, obrigada por todo o aprendizado e conhecimento transmitido a mim.

À esta Universidade, meu agradecimento por ter proporcionado a mim uma pósgraduação de excelência, ter estimulado o pensamento crítico e ensinado tanto sobre o ensinar e a pesquisa.

"Somente quando somos corajosas o suficiente para explorar a escuridão vamos descobrir o poder infinito de nossa luz."

--- Brené Brown

## RESUMO

**Introdução:** A atenção pré-natal é a assistência oferecida à mulher na gestação com o intuito de garantir o bem-estar materno e fetal e reduzir sua morbimortalidade. Há parâmetros quantitativos para avaliar a qualidade dessa assistência. A identificação de intercorrências e propostas de melhorias devem ser realizadas periodicamente com o intuito de melhoria contínua desse atendimento.

**Objetivo:** Avaliar a qualidade da assistência pré-natal de puérperas atendidas no Hospital Regional de São José, identificar as falhas dessa assistência e sua relação com o perfil sociodemográfico e comportamental das mulheres.

**Métodos:** Estudo transversal realizado de novembro de 2021 a abril de 2022 com mulheres admitidas para parto na maternidade. Dados obtidos a partir da caderneta de gestante, do prontuário de internação e de questionário específico. Os critérios de avaliação foram: Índice de Kessner modificado por Takeda, Índice APNCU adaptado, Classificação de Anversa. A adequação foi relacionada com parâmetros da gestação e características da paciente. Os resultados foram avaliados por meio da Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada por regressão de Poisson, com intervalo de confiança de 95%.

**Resultados:** Entre 237 puérperas entrevistadas, a adequação do pré-natal variou de 48,5% pela Classificação de Anversa a 83,1% pelos Índices de Kessner e APNCU, e foi relacionada a maior idade e escolaridade das mães, ao encaminhamento ao pré-natal de alto risco, e ao planejamento da gravidez. Houve uma tendência de diminuição dos exames complementares indicados pelo Ministério da Saúde e por São José no decorrer da gestação. O percentual de adequação reduz com a aplicação de critérios mais rigorosos de análise.

**Conclusão:** A qualidade do pré-natal está relacionada a idade, escolaridade, PNAR e planejamento da gestação. A qualidade do pré-natal predominante foi de adequação, entretanto com valores distintos entre os índices.

**Descritores:** Cuidado pré-natal; Qualidade da assistência à saúde; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Prenatal maternal care is the intention of women during pregnancy to ensure fetal well-being and reduce their morbidity and mortality. There are quantitative parameters to assess the quality of this care. The identification of interurrences and proposals for improvements must be carried out periodically with the diagnosis of continuous improvement.

**Objective:** To evaluate the quality of prenatal care of postpartum women attended at the Hospital Regional de São José, to identify the gaps in this care and their relationship with the sociodemographic and behavioral profile of women.

**Methods:** Cross-sectional study carried out from November 2021 to April 2022 with women admitted to the maternity hospital. Data obtained from the pregnant woman's booklet, the hospitalization record and a specific questionnaire. The evaluation criteria were: Kessner Index modified by Takeda, APNCU Index adapted, Classification of Anversa. Adequacy was related to pregnancy parameters and patient characteristics.

**Results:** Of 237 postpartum women interviewed, the adequacy of prenatal care ranged from 48.5% by Classification of Anversa to 83.1% considering Kessner and APNCU Index, and was related to greater age and education of mothers, referral to high-risk prenatal care, and pregnancy planning. There was a tendency to decrease the number of complementary exams indicated by the ministry of health and by São José during pregnancy. The percentage of adequacy reduces with the application of more rigorous criteria of analysis.

**Conclusion:** The quality of prenatal care is related to age, education, HRPN and pregnancy planning. The quality of prenatal care was predominantly adequate, however with different values between the indices.

**Keywords:** Prenatal Care; Quality of Health Care; Primary Health Care

## LISTAS

Lista de abreviaturas

ACOG – *American College of Gynecology and Obstetrics*

AU – Altura Uterina

APNCU – *Adequacy of Prenatal Care Utilization*

BCF – Batimentos Cardíofetais

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças décima edição

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

dT – Difteria e Tétano

DUM – Data da Última Menstruação

EQU – Exame Qualitativo de Urina

Hb – Hemoglobina

HBsAg – Antígeno de Superfície do vírus da hepatite B

HIV – *Human immunodeficiency viroses*

HRSJ – Hospital Regional de São José

Ht – Hematócrito

IG – Idade Gestacional

MS – Ministério da Saúde

MF – Movimentos fetais

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM

PA – Pressão Arterial

PNAR – Pré-Natal de Alto Risco

RMM – Razão de Mortalidade Materna

RN – Recém-nascido

RP – Razão de Prevalência

SC – Santa Catarina

SIH – Sistemas de Informações Hospitalares

SISPRENATAL – Sistema de Informação Pré-natal  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
VDRL – *Venereal disease research laboratory test*

Lista de quadros

Quadro 1 – Índice de Kessner adaptado por Takeda.....	29
Quadro 2 – Índice APNCU adaptado.....	30
Quadro 3 – Classificação de Anversa et al.....	30
Quadro 4 – Variáveis recomendadas pelo Ministério da Saúde.....	33
Quadro 5 – Variáveis recomendadas por São José.....	35
Quadro 6 – Variáveis captadas no estudo para análise da qualidade da assistência pré-natal. HRSJ, 2021 .....	36

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
<b>1.1.1 Mortalidade materna</b> .....	16
<b>1.1.2 Evolução da assistência pré-natal e programas específicos no Brasil</b> .....	17
<b>1.1.3 Qualidade da assistência ao pré-natal e diretrizes</b> .....	20
<b>1.1.4 Avaliação local</b> .....	23
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	26
2.1 OBJETIVO GERAL.....	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
<b>3. MÉTODOS</b> .....	26
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
3.2 POPULAÇÃO, LOCAL E AMOSTRA.....	27
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	27
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	28
3.5 COLETA DE DADOS.....	28
3.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	29
3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	36
3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	45
3.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	45
<b>4. ARTIGO</b> .....	48
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	51
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES.....	56
APÊNDICE A.....	56
APÊNDICE B.....	62
ANEXOS.....	64
ANEXO A.....	64
ANEXO B.....	81
ANEXO C.....	85
ANEXO D.....	88



## 1. INTRODUÇÃO

O objetivo da atenção pré-natal é acompanhar a mulher desde o início da gestação, garantindo, ao final, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno até o puerpério. Uma assistência de qualidade é composta por condutas acolhedoras, ausência de intervenções desnecessárias, acesso fácil aos serviços de saúde, identificação de riscos gestacionais, ações integradas entre os níveis de atenção, o que envolve promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante<sup>1,2</sup>.

No Brasil, a assistência ao pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) baseia-se numa atenção de qualidade e humanizada. Isso quer dizer que é necessário um novo olhar no processo de saúde/doença, que envolve a pessoa com um todo, e levando em consideração o ambiente em que está inserida, no âmbito econômico, social, cultural. Importante também é uma relação de respeito e cumprimento dos deveres de cada um dos segmentos, profissionais da saúde, gestores e usuários do sistema de saúde<sup>1</sup>.

A assistência como se tem hoje em nosso país foi desenvolvida com o intuito de reduzir a mortalidade materna e outros desfechos indesejáveis como a prematuridade e a mortalidade perinatal<sup>3</sup>. Antes da criação de diretrizes governamentais com este fim, a razão de mortalidade materna no Brasil nos anos 90 era de 140 mortes por 100 mil nascidos vivos, taxa bem distante da definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, como meta do milênio para o ano de 2015<sup>1</sup>.

A atenção pré-natal adequada envolve a realização de diversas ações que permitem o entrosamento entre os níveis de atenção à saúde no cuidado da gestação. Sendo assim, uma assistência adequada envolve a detecção e intervenção precoce nas situações de risco, um sistema ágil de referência hospitalar e a qualificação da assistência ao parto. Esses são os grandes indicadores de saúde que envolvem mãe e recém nascido, os quais tem potencial importante em reduzir a mortalidade materna e neonatal<sup>1</sup>.

O primeiro passo para aprimorar a atenção pré-natal no Brasil foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nos anos 80, o qual foi ampliado nos anos seguintes pela estruturação da Política Nacional de Atenção Integral

à Saúde da Mulher (PNAISM). O Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN) é o que norteia as ações de assistência à saúde da gestante desde o ano 2000 até hoje, criado pelo MS com o intuito de aperfeiçoar as diretrizes da atenção pré-natal. O MS, no ano de 2011, criou a Rede Cegonha para assegurar que as iniciativas do PHPN fossem cumpridas e definindo novas metas e condutas, as quais a partir de 2012 foram atualizadas no Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco e no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco. Tais iniciativas promoveram uma expansão importante da cobertura da atenção pré-natal, atingindo mais 90% em todas as regiões do Brasil<sup>1,4-6</sup>.

A partir desses programas que visam a qualidade da atenção pré-natal, o MS promove um conjunto de recomendações, dentre as quais estão uma assistência pré-natal precoce (início até 12 semanas), periódica e contínua, realização de exames laboratoriais, classificação do risco gestacional, além do completo registro das informações em prontuário e na caderneta da gestante<sup>7</sup>.

Importante salientar que a qualidade da assistência não acompanhou de forma proporcional o aumento da cobertura<sup>6</sup>. Dessa forma, avaliar a adequação do pré-natal é necessário para que possam ser desenvolvidas estratégias para aperfeiçoar os serviços. Há diversos parâmetros para realizar a avaliação da qualidade do pré-natal, baseando-se especialmente nas informações sobre a paciente contidas na caderneta da gestante. A maioria das avaliações são realizadas de forma quantitativa, utilizando índices específicos ou até mesmo as recomendações do MS. No entanto, a falta de uniformidade entre os critérios de avaliação resulta em valores com grandes variações e dificulta a comparação das populações estudadas<sup>6</sup>. Enquanto os estudos forem realizados de forma não uniforme, utilizando diferentes abordagens de avaliação e sem atender às recomendações do MS, não se saberá exatamente como está a assistência à saúde das gestantes em níveis regionais e nacionais. Portanto, uma análise completa exige a utilização dos diferentes critérios disponíveis, de maneira a permitir a aplicabilidade dos resultados na elaboração de políticas de melhorias assertivas.

Dessa forma, considerando que a qualidade do serviço de atenção ao pré-natal pode ser quantificada, tendo como fonte os dados advindos da paciente e da caderneta de pré-natal, este estudo visa responder a seguinte pergunta: “Qual é a qualidade e os fatores associados à assistência pré-natal ofertada às mulheres provenientes de São José admitidas para parto na maternidade do Hospital Regional de São José, Santa Catarina?”

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1.1 Mortalidade materna

A morte materna é definida pela OMS como: “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” segundo consta na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>8</sup>.

Este indicador é um constante desafio para a saúde pública, uma vez que é reflexo da saúde da mulher e, de forma indireta, da população geral<sup>9</sup>. Entretanto, foi considerada erroneamente no passado como uma fatalidade, ignorando-se o fato de que a morte materna é um problema social e político, reflexo da deficiência da qualidade dos serviços de saúde. Com o entendimento de que as mortes poderiam ser evitadas com o acesso em tempo oportuno a serviços de qualidade, esse se tornou um indicador sensível da qualidade de vida da população<sup>10</sup>. Para corroborar com essa justificativa, segundo a OMS, em média 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e puerpério em todo o mundo e, desse número, 99% acontecem em países subdesenvolvidos<sup>9</sup>.

No cenário brasileiro, a razão da mortalidade materna (RMM) teve uma queda do ano de 1990 para o ano de 2018, de 143 para 59,1 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Esse decréscimo faz parte da tentativa de alcançar a meta de 30 mortes para cada 100.00 nascidos vivos até 2015, estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano

2000, juntamente com seus 189 países membros, em um conjunto de oito metas do milênio para melhoria das condições de vida da população mundial. A redução desse indicador no Brasil para 35/100.00 nascidos vivos no ano de 2015, segundo o MS, não foi atingida<sup>11</sup>. Com a tentativa de melhoria, a queda da mortalidade materna mundial foi em torno de 44%<sup>9</sup>, porém ainda abaixo das expectativas da ONU. Sendo assim, em 2015 foi definida uma nova meta, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, criado pela ONU como um plano de ação para a prosperidade do planeta, sendo que até 2030 a taxa de mortalidade materna global deve ser inferior a 70 mortes por 100 mil nascidos vivos<sup>12</sup>.

### **1.1.2. Evolução da assistência pré-natal e programas específicos no Brasil**

A assistência pré-natal pode ser caracterizada por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos no acompanhamento da gestação de uma mulher, tendo em vista a identificação dos riscos, a promoção de saúde, e um melhor desfecho no momento do parto. Dessa forma, uma assistência de qualidade, com implementação de estratégias, oferta dos serviços de saúde conforme preconizado e a presença de profissionais de saúde capacitados é fundamental para reduzir a morbimortalidade materna e do seu conceito. Avaliar a qualidade da assistência demanda esforços por parte do Estado, dos profissionais executantes, bem como dos usuários do sistema de saúde. Em todas essas esferas, a identificação de intercorrências e propostas de melhorias devem ser realizadas periodicamente com o intuito de aprimoramento contínuo<sup>13,14</sup>.

O PAISM, criado em 1984 pelo MS, foi o primeiro programa do governo nacional a estabelecer direitos para as mulheres, o que inclui o início do desenvolvimento de assistência à gestante. Através do PAISM foram propostas as seguintes diretrizes: Atenção e integralidade clínico-ginecológica e educativa às mulheres; Integral atenção à mulher durante o processo gravídico-puerperal; Atenção integral ao controle de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); Integral assistência para concepção e contracepção; Assistência integral na prevenção do câncer uterino e do câncer de mama; Assistência à mulher no climatério; Avaliação da assistência pré-natal. Entretanto, na prática, não foram

executadas as diretrizes elaboradas devido a dificuldades políticas, financeiras e operacionais<sup>11</sup>.

Dessa forma, no segmento da assistência de pré-natal foi necessária criação de um programa específico visando a melhora do acesso à saúde, da cobertura da mesma e a qualidade da assistência. O PHPN foi lançado pelo MS para normatizar a atenção pré-natal, através da portaria nº569, de 1º de junho de 2000. Este promoveu a elaboração de um modelo nacional para os atendimentos pré-natais, parto e pós-parto com a finalidade de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal envolvida com esses eventos. Com o PHPN, ampliou-se o acesso à realização do pré-natal, criaram-se critérios para classificar essa assistência, bem como protocolos para serem seguidos e orientarem o seguimento da gestação<sup>11,15,16</sup>.

Importante ressaltar que a humanização da assistência obstétrica e perinatal foi um ponto importante do PHPN. Afirmou-se que o atendimento à mulher deve ser realizado com dignidade, ética e solidariedade pelos profissionais de saúde e instituição do atendimento, a fim de que a paciente se sinta acolhida. Outro ponto fundamental da assistência humanizada estabelecida é a realização de condutas sabidamente benéficas, sem intervenções desnecessárias e principalmente que acarretem riscos para o binômio mãe-filho<sup>11,15,16</sup>.

Para normatizar o PHPN, criaram-se três componentes articulados:

1) Componente I - Incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): subsídio financeiro aos estados e municípios que cumprirem os princípios estabelecidos, por meio do cadastro das gestantes no Sistema de Informação Pré-Natal (SISPRENATAL), na finalização da assistência pré-natal e no parto. O valor a ser repassado do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde é proporcional ao número de gestantes cadastradas no município, ao número de gestantes com assistência de no mínimo de seis consultas recomendadas pelo MS e ao número de partos hospitalares realizados no município.

2) Componente II - Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal nos níveis de atenção secundário: fornecimento de recursos para a implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento à Gestante pré e inter-hospitalares,

das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal, e financiamento operacional, técnico e de equipamentos para assistência ao parto e ao recém-nascido, em hospitais do SUS.

3) Componente III - Implantação de nova sistemática de pagamento da assistência ao parto: as condições de custeio da assistência ao parto advêm do registro dos hospitais nos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. Valores adicionais são acrescidos para os hospitais que prestem assistência à gestante inserida no PHPN e que realizaram todo o pré-natal completo<sup>17</sup>.

Por meio do PHPN também foram definidas as responsabilidades de cada nível de governo, resultando em uma hierarquização e regionalização do sistema de saúde, para que as ações essenciais recomendadas pelo programa sejam realizadas<sup>18</sup>.

Com todas as mudanças realizadas até então no país, houve um aumento no número de consultas de pré-natal de forma significativa, passando de uma média de 1,2 consultas por parto no SUS no ano de 1995 para 10,95 no ano de 2010. Apesar da expressividade desse dado, sabe-se que o acesso à saúde nas regiões do país é bastante diferente e tampouco essa melhoria é homogênea. Importante também salientar que o número de consultas não garante uma assistência de qualidade. Isso fica evidenciado no fato de que certas comorbidades permanecem com elevada incidência como, por exemplo, a sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica<sup>5</sup>.

Para sistematizar tudo que estava sendo desenvolvido no Brasil até então, e com a tentativa de trazer melhores resultados práticos, MS criou a Rede Cegonha no ano de 2011, estratégia responsável por implementar uma assistência que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Importante frisar os objetivos desse programa: implementar e organizar o modelo de atenção à saúde da mulher e da criança até os 2 anos; organizar, garantindo acesso e acolhimento e resolutividade; reduzir da mortalidade materna e infantil<sup>5</sup>.

Pela perspectiva da Rede Cegonha, foram estabelecidos os aspectos essenciais para um pré-natal qualificado. Inicialmente, deve ser feita a captação precoce da gestante, isto é, o início das consultas deve ser antes de 12 semanas. Para que isso seja uma realidade, é competência da Unidade Básica de Saúde (UBS) e do município a educação do

planejamento reprodutivo, o que inclui orientar quais são os primeiros sinais e sintomas de uma gestação e a forma de acesso ao sistema de saúde. Após o início do pré-natal, consultas, exames clínicos e laboratoriais devem ser realizados no tempo correto, e de acordo com os resultados, se necessário, deve haver o encaminhamento da gestante para a assistência de Alto Risco, sem perder o acompanhamento na UBS de origem<sup>5</sup>.

### 1.1.3. Qualidade da assistência ao pré-natal e diretrizes

Inicialmente para se avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal leva-se em conta o número de consultas realizadas, que traz a informação sobre a situação do acesso ao sistema de saúde. A captação precoce segue como dado de grande importância bem como a incidência de certas comorbidades maternas e perinatais a exemplo da sífilis congênita, uma vez que é rastreada na gestante e com tratamento eficiente disponível no SUS. Outra patologia, a hipertensão arterial, primeira causa de mortalidade materna direta no Brasil, também poderia ser reduzida com acompanhamento adequado do pré-natal. A imunização do tétano, disponível também pelo SUS, também é fator determinante da qualidade da assistência<sup>11,19</sup>. Segundo o MS, é preconizada a realização de teste para DSTs (*Human immunodeficiency viruses*- HIV e Sífilis), imunização, rastreamento de diabetes mellitus, identificação de riscos, orientações sobre a gestação parto e puerpério, acompanhamento antropométrico da mulher<sup>11,20</sup>.

Para que essa avaliação se torne mais objetiva foram criados índices específicos. O primeiro índice, Índice de Kessner<sup>21</sup>, foi criado no ano de 1973 pelo Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências da América do Norte. Este levou em conta as diretrizes do *American College of Gynecology and Obstetrics* (ACOG) de início do pré-natal e número de consultas realizadas, criando três categorias. Dessa forma, as pacientes são agrupadas em pré-natal de qualidade adequada, intermediária e inadequada. Ainda no cenário internacional, Kotelchuck em 1994 propôs um índice, *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU)<sup>22</sup> que traria uma categorização mais detalhada com as mesmas informações (início do pré-natal e número de consultas) classificando em muito adequada, adequada, intermediária e inadequada<sup>21,22</sup>.

Para que o uso desses índices internacionais se adaptasse à realidade da assistência de pré-natal do Brasil - a qual difere das diretrizes internacionais, uma vez que a ACOG recomenda de 11 a 14 consultas para um pré-natal completo e o MS, seis ou mais consultas para gestações a termo - foram alterados os parâmetros definidores. Takeda desenvolveu o Índice de Kessner modificado<sup>23</sup> no ano de 1993, amplamente utilizado em estudos brasileiros. O índice de Kotelchuck<sup>22</sup> também teve de ser adequado às diretrizes do Ministério da Saúde para que pudesse caracterizar corretamente a assistência brasileira<sup>23,24</sup>.

Apesar de serem essenciais para a avaliação, esses índices não definem com precisão a qualidade da assistência, pois, ao usar poucas variáveis, alguns dados importantes não são levados em conta, como os exames físicos das pacientes, os exames laboratoriais e os de imagem. Uma vez que ter o número de consultas recomendado e iniciar o pré-natal no momento correto, não indica que a paciente teve a oportunidade de realizar os exames preconizados. A partir desse contexto, torna-se premente avaliar se a assistência de pré-natal das pacientes também segue as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde. Anversa et al<sup>25</sup> em 2012 agruparam a qualidade do pré-natal em níveis descritos a seguir, que ao utilizar mais variáveis, traz uma classificação mais completa.

Nível 1: qualidade do pré-natal, avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal, de acordo com o índice de Kessner modificado por Takeda<sup>23</sup>. Classifica a qualidade em três categorias: adequada (quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas); intermediária (nas demais situações).

Nível 2: qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas, início do pré-natal e procedimentos conforme manual técnico do Ministério da Saúde (nível 1+ nível 2). Para a análise dos procedimentos realizados durante a assistência pré-natal utilizouse o manual técnico do Ministério da Saúde, tendo em vista que o PHPN não estabelece quais os procedimentos que devem ser realizados durante o pré-natal. Categorias: adequada (quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas, início do pré-natal antes de 20 semanas de gestação, cinco ou mais registros de cada um

dos seguintes procedimentos: pressão arterial (PA), peso, idade gestacional (IG), registros da altura uterina (AU), e quatro ou mais registros dos batimentos cardíacos (BCF) e movimentos fetais (MF); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas de gestação, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da AU, IG, PA, peso, BCF e MF); intermediária (nas demais situações).

Nível 3: qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas, início do pré-natal e exames laboratoriais preconizados pelo PHPN (nível 1+ nível 3). Optou-se pelos exames próximos a trinta semanas (28-32), conforme preconizado pelo manual técnico do Ministério da Saúde, pois o PHPN recomenda a realização dos exames na primeira consulta e na 30ª semana de gestação. Categorias: adequada [quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas, início do pré-natal antes de vinte semanas de gestação e um registro dos exames: tipagem sanguínea e fator RH (ABO/RH), hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), exame de sífilis (Venereal disease research laboratory test - VDRL), exame qualitativo de urina (EQU), glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta, e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação: VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV, além de um exame HBsAg (antígeno de superfície do vírus da hepatite B)]; inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas ou menos de três consultas e nenhum registro dos exames); intermediária (em todas as demais situações).

Nível 4: qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal, procedimentos realizados durante o pré-natal e exames laboratoriais (nível 1 + nível 2 + nível 3). Categorias: adequada (quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas de pré-natal e início do pré-natal antes de vinte semanas, cinco ou mais registros dos procedimentos de aferição da PA, peso, IG, AU e quatro ou mais registros dos BCF e MF e pelo menos um dos exames: ABO/RH, Ht/Hb, VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta, e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação: VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV e um exame HBsAg); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas,

dois ou menos registros da AU, IG, PA, peso, BCF, MF e nenhum registro dos exames; intermediária (nas demais situações)<sup>25</sup>.

Grande parte dessas informações podem ser coletadas do Cartão de Gestante, instrumento criado na década de 1980 com o intuito de facilitar o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contrarreferência. Na primeira consulta de pré-natal ele deve ser preenchido e entregue à gestante, sendo por meio dele que se faz o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, por meio do registro dos dados da paciente, informações de cada consulta, dos exames realizados e outras considerações dignas de nota. Hoje, o cartão da gestante é utilizado como ferramenta para auxiliar a avaliação da assistência de pré-natal, considerando que o registro das informações é reflexo direto da qualidade do serviço prestado à gestante<sup>7</sup>.

#### **1.1.4 Avaliação Local**

A maioria das morbidades vividas por mulheres no ciclo gravídico puerperal e de morte materna ocorrem por causas evitáveis, então, é de suma importância realizar a análise da qualidade da atenção em saúde ofertada às gestantes. Diagnosticar onde estão as falhas da assistência é primordial para tomar as devidas ações corretivas<sup>4,26</sup>.

Importante frisar que o meio socioeconômico em que esta paciente se encontra é um fator a ser considerado, uma vez que o grau de desenvolvimento de uma sociedade é capaz de influenciar as ações/serviços realizados, em relação ao que deveriam ser realizados e o que realmente é realizado. A estratificação de classes tem relação causal não somente com a assistência à saúde como também com o processo de saúdedoença<sup>27</sup>. Relacionado a este fato, ressalta-se que 99% dos óbitos maternos são em países subdesenvolvidos<sup>9</sup>.

A mortalidade materna no estado de Santa Catarina teve um decréscimo de 36,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos no ano de 2000 para 27,5 no ano de 2019, coeficiente inferior ao nacional que foi de 55,32 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2019. Já no ano de 2020, ano de início da pandemia do COVID-19 no Brasil, a mortalidade materna no estado subiu para 31,65 óbitos por 100 mil nascidos vivos<sup>28,29</sup>.

No município de São José, no ano de 2015 foi instituído pela Secretaria de Saúde o Programa Saúde da Mulher, com o intuito de reduzir a morbimortalidade feminina, promovendo ações preventivas, promoção a saúde e controle de doenças. Por meio do protocolo criado, o profissional de saúde da rede municipal é orientado sobre os serviços disponibilizados e que devem ser realizados, bem como os fluxos de atendimento. No início do pré-natal é estratificado o risco gestacional e referenciado ao pré-natal de alto risco (PNAR), se necessário. O atendimento a gestante é realizado de forma alternada por médico e enfermeiro, de forma semanal até 28 semanas, quinzenal até 36 semanas e semanal até o nascimento<sup>30</sup>.

Estudo realizado no ano de 2013 no Hospital Regional de São José, na grande Florianópolis, evidenciou que 77,1% dos pré-natais foram considerados inadequados segundo os critérios exigidos pelo MS através do PHPN, menos da metade (48,8%) tiveram o número de consultas adequado e nenhuma assistência de pré-natal foi considerada adequada. Os autores do estudo destacaram que esse comprometimento está relacionado às práticas durante as consultas ou até mesmo o acesso a elas<sup>31</sup>.

Em contrapartida, no ano de 2021, na cidade de Florianópolis, no Hospital Universitário, verificou-se uma avaliação melhor da qualidade do pré-natal, mesmo com a pandemia do coronavírus. Constataram que 35,5% dos pré-natais foram adequados e 17,4% foram inadequados para a população estudada<sup>32</sup>.

Assim sendo, caracterizar se a qualidade da assistência ao pré-natal em um hospital da região metropolitana da capital do estado tem sua importância, no sentido de evidenciar se a redução na mortalidade materna que ocorreu na região sul do Brasil foi acompanhada pela melhoria da atenção pré-natal no nível local, assim como ocorreu na capital do Estado.

Com esse intuito, estimar a qualidade dessa assistência das pacientes admitidas para parto no Hospital Regional de São José (HRSJ), por meio dos diferentes instrumentos existentes (Índice de Kessner modificado por Takeda<sup>23</sup>, Índice de APNCU adaptado<sup>22</sup>, Classificação de Anversa et al<sup>25</sup>) e também de acordo com o cumprimento das diretrizes atuais do MS e do município de São José permitirá avaliação detalhada da atenção pré-natal em nível municipal. A partir desta avaliação e das possíveis falhas identificadas pretende-se fornecer subsídios ao planejamento e execução de políticas

públicas voltadas a esse público, no intuito de aprimorar a atenção à saúde do binômio mãe/recém-nascido (RN) desde o pré-natal.

Os resultados deste estudo serão importantes para evidenciar-se quais são os pressupostos da assistência pré-natal que estão mais fragilizados, e ações que não estão sendo tomadas para o cumprimento de uma saúde de qualidade para as gestantes de São José. Ao elencar-se essas falhas, descrevendo as limitações e deficiências dessa assistência, poder-se-á propor programas de melhoria junto aos gestores locais de saúde para os atendimentos a essa população, sendo esse o ponto principal da contribuição desse estudo para a sociedade.

Em âmbito acadêmico, a publicação dos dados encontrados em uma revista científica, permitirá também que os resultados encontrados nesse estudo possam servir de base para futuros estudos em demais localidades.

## **2. OBJETIVOS**

## 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade e fatores associados à assistência pré-natal das mulheres admitidas para parto na Maternidade do Hospital Regional de São José, Santa Catarina.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental da população de estudo.
- Avaliar a qualidade da assistência pré-natal das mulheres admitidas para parto na Maternidade do Hospital Regional de São José mediante diferentes critérios normativos.
- Identificar quais as principais falhas na assistência de pré-natal prestada.
- Identificar os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados à qualidade da assistência pré-natal.

## 3. MÉTODOS

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal.

### 3.2 POPULAÇÃO, LOCAL E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por puérperas da Maternidade do Hospital Regional de São José (HRSJ), localizada na cidade de São José, grande Florianópolis,

no Estado de Santa Catarina (SC), de novembro de 2021 a abril de 2022, que realizaram assistência pré-natal no município de São José pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A média de partos mensais que ocorrem nesta maternidade é de 300, incluindo gestações de alto risco e risco habitual, sendo a média de partos das puérperas provenientes de São José um total de 97 partos. Para cálculo da amostra, utilizou-se os seguintes parâmetros: um total de 583 gestantes para um período de coleta de seis meses, prevalência antecipada desconhecida (utilizando-se 50% para obtenção do maior tamanho amostral), erro relativo de 5%, nível de confiança de 95%, o que gerou uma amostra mínima de 232 mulheres.

A seleção da amostra foi realizada de forma consecutiva no período de seis meses, até alcançar, pelo menos, a amostra mínima acrescida de 10% considerando eventuais desistências e perdas. Não havia, de antemão, nenhum parâmetro indicativo de heterogeneidade na população de interesse ao estudo. Considerando um período médio de internação hospitalar de 48h, na primeira semana, foram contatadas as puérperas internadas na maternidade na segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira, nos quartos de número ímpar (numerados de 1 a 20). Na segunda semana, foram abordadas as mulheres internadas na terça-feira, quinta-feira e sábado, nos quartos de número par, e assim sucessivamente.

### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo as mulheres admitidas para parto na maternidade do HRSJ /SC no período da coleta de dados, que realizaram assistência pré-natal no município de São José pelo SUS, que estavam portando o cartão de pré-natal.

### 3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo as mulheres que não realizaram consultas de pré-natal e as mulheres com IG <37 semanas no momento do parto.

### 3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em três etapas: inicialmente, foram verificados os registros na caderneta de pré-natal, seguida da análise dos dados presentes no prontuário das puérperas. Os dados secundários obtidos foram transcritos para o instrumento de coleta de dados (Apêndice A). Posteriormente, as mulheres responderam a um questionário com variáveis sobre orientações verbais do pré-natal e suas condições socioeconômicas (Apêndice B). Estas etapas foram somente realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) em caso de menores de idade.

As mulheres foram abordadas na maternidade, no leito de puerpério da enfermaria do HRSJ, pelo menos 6h após o parto, em momento oportuno definido por elas e também conforme avaliação da equipe médica e de pesquisa. O questionário aplicado pelo pesquisador, possuía 16 perguntas de múltipla escolha, com tempo médio de resposta inferior a dez minutos. Caso a participante não conseguisse responder no momento da abordagem, o questionário foi deixado com a mesma e depois foi retirado pelo pesquisador até o momento da alta hospitalar. As pacientes que não foram encontradas no leito ou não estavam disponíveis para serem entrevistadas, foram procuradas em um segundo momento, e se permanecessem ausentes não entraram no estudo.

Para preenchimento da lista de verificação (Apêndice A): a data e horário do parto e a IG, foram coletados do prontuário de cada puérpera, a partir da listagem de mulheres que deram à luz no período de coleta de dados. Da caderneta de pré-natal foram coletadas as condições socioeconômicas, como faixa etária, cor declarada, grau de instrução, estado civil; história pregressa de, uso de álcool, outras drogas, tabagismo, violência doméstica; se a gravidez foi planejada; antecedentes familiares (diabetes, hipertensão arterial, gemelaridade) e antecedentes clínicos obstétricos e registros da gestação atual, exames laboratoriais realizados a cada trimestre, exames ultrassonográficos, medicamentos e patologias identificadas na gestação encaminhamento para PNAR. As variáveis não registradas no cartão de pré-natal foram consideradas como não realizadas, mesmo que os exames tenham sido realizados. Segundo o protocolo municipal, as mulheres são encaminhadas ao PNAR do município de São José se possuem comorbidades que necessitam de acompanhamento por equipe

especializada (obstetra), além da assistência já realizada com a enfermagem e equipe médica da UBS<sup>30</sup>.

O questionário preenchido pela paciente continha dados sobre as suas condições socioeconômicas e as orientações verbais/recomendações que receberam no pré-natal (Apêndice B), especialmente quanto à amamentação, sinais e sintomas fisiológicos e patológicos da gestação e parto, cuidados com o RN, hábitos saudáveis, suplementação de ferro e ácido fólico, além da participação em grupo de gestantes.

### 3.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A qualidade do pré-natal foi determinada com base no Índice de Kessner modificado por Takeda<sup>23</sup>, no Índice APNCU adaptado, na Classificação de Anversa et al<sup>25</sup> e pelas recomendações do Ministério da Saúde consideradas como essenciais para a assistência pré-natal, detalhados nos Quadros 1 a 4.

Quadro 1 - Índice de Kessner adaptado por Takeda<sup>23</sup>

<b>Classificação Pré-natal</b>	<b>Critério estabelecido</b>
Inadequado	Início do pré-natal após 28 semanas ou número de consultas menor que três
Intermediário	Demais situações
Adequado	Início do pré-natal antes de 20 semanas e número de consultas maior ou igual a seis

Fonte: Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária, modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [Dissertação de Mestrado]. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas; 1993.

Quadro 2 - Índice APNCU adaptado<sup>22</sup>

<b>Classificação do Pré-natal</b>	<b>Critério estabelecido</b>
Inadequado	O pré-natal iniciar após 15 semanas e possuir menos que 50% das consultas recomendadas
Intermediário	O pré-natal que possuir 50-79% das consultas recomendadas
Adequado	O pré-natal que possuir 80-109% das consultas recomendadas
Muito Adequado	O pré-natal que possuir 110% das consultas recomendadas

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

Quadro 3 - Classificação de Anversa et al<sup>25</sup>

Nível 1	Adequada: 6 ou mais consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas
	Inadequada: início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas
	Intermediária: demais situações

Nível 2	<p>Adequada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <math>\geq 6</math> consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas</li> <li>● <math>\geq 5</math> registros de cada um dos seguintes procedimentos: pressão arterial, peso, idade gestacional, registros da altura uterina</li> <li>● <math>\geq 4</math> registros dos batimentos cardíofetais e movimentos fetais</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermediária: demais situações <math>\leq \geq</math></li> </ul> <hr/> <p>Inadequada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Início do pré-natal após 28 semanas de gestação</li> <li>● <math>&lt;3</math> consultas</li> <li>● <math>\leq 2</math> registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíofetais e movimentos fetais</li> </ul>
Nível 3	<p>Adequada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <math>\geq 6</math> consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas</li> <li>● Registro dos exames: tipagem sanguínea e fator RH (ABO/RH), hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), exame de sífilis (VDRL), exame qualitativo de urina (EQU), glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Repetição dos exames: VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV, HBsAg</li> </ul>
	Intermediária: demais situações
	<p>Inadequada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Início do pré-natal após 28 semanas de gestação</li> <li>● &lt;3 consultas</li> <li>● Nenhum registro dos exames</li> </ul>
Nível 4	<p>Adequada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ≥ 6 consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas</li> <li>● ≥ 5 registros de cada um dos seguintes procedimentos: pressão arterial, peso, idade gestacional, registros da altura uterina</li> <li>● ≥ 4 registros dos batimentos cardíacos e movimentos fetais</li> <li>● Registro dos exames: tipagem sanguínea e fator RH (ABO/RH), hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), exame de sífilis (VDRL), exame qualitativo de urina (EQU), glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta</li> <li>● Repetição dos exames: VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV, HBsAg</li> </ul>

	Intermediária: nas demais situações
	<p>Inadequada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Início do pré-natal após 28 semanas de gestação</li> <li>● &lt;3 consultas</li> <li>● ≤2 registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíacos e movimentos fetais</li> <li>● Nenhum registro dos exames</li> </ul>

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

Quadro 4 – Variáveis recomendadas pelo Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

<b>Variáveis</b>	<b>Critérios de adequação</b>
Início do pré-natal e número de consultas total	Até 12 semanas e número de consultas ≥ 6
Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.

Vacina contra hepatite B	Três doses. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.
Procedimentos clínicos obstétricos	Presença de registro, classificado como completo ou parcial, das seguintes variáveis: IG, peso, pressão arterial, edema, IMC, altura uterina, BCF, movimentos fetais e apresentação fetal.
Exames laboratoriais 1ºt	Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL; Teste rápido diagnóstico antiHIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Parcial de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório); Citopatológico de colo de útero (se necessário);
Exames laboratoriais 2ºt	Teste de tolerância para glicose com 75g; Coombs indireto (se for Rh negativo)

Exames laboratoriais 3ºt	Hemograma; Glicemia em jejum; Coombs indireto (se for Rh negativo); VDRL; Anti-HIV; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Sorologia de toxoplasmose se o IgG não for reagente; Parcial de Urina e urocultura
Suplementações	Sulfato ferroso e ácido fólico.
Orientações	Relacionadas ao pré-natal, parto, puerpério, aleitamento, cuidados com o RN, hábitos saudáveis, modificações emocionais e corporais

Fonte: Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: MS, 2012.

Quadro 5 – Variáveis recomendadas por São José<sup>30</sup>.

<b>Variáveis</b>	<b>Critérios de adequação</b>
Exames laboratoriais 1ºt	Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; TSH; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg e Anti-Hbs); Sorologia para hepatite C; Parcial de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório); Citopatológico de colo de útero (se necessário);

Exames laboratoriais 2ºt	Teste de tolerância para glicose com 75g; Coombs indireto (se for Rh negativo); Toxoplasmose IgG e IgM; VDRL;
Exames laboratoriais 3ºt	Hemograma; Glicemia em jejum; Coombs indireto (se for Rh negativo); VDRL; Anti-HIV; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Sorologia de toxoplasmose se o IgG não for reagente; Parcial de Urina e
	urocultura; Cultura para Streptococo Beta hemolítico vaginal.

Fonte: Prefeitura Municipal de São José. Protocolo de Assistência à Saúde da Mulher. São José, 2015.

75p.

### 3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo, em sua proposta de utilização, estão detalhadas no Quadro 5.

Quadro 6 – Variáveis do estudo utilizadas para análise da qualidade da assistência pré-natal. HRSJ, 2021.

Variáveis	Tipo	Natureza	Proposta de Utilização
Qualidade do pré-natal, - Índice de Kessner adaptado por Takeda <sup>23</sup>	Dependente	Qualitativa nominal policotômica	Adequado, intermediário, inadequado
Qualidade do pré-natal, Índice APNCU adaptado <sup>22</sup>	Dependente	Qualitativa nominal policotômica	Muito adequado, adequado, intermediário, inadequado

Qualidade do pré-natal, nível 1 (Anversa et al <sup>251</sup> )	Dependente	Qualitativa nominal policotômica	Adequada, intermediária, inadequada
Qualidade do pré-natal, nível 2 (Anversa et al <sup>251</sup> )	Dependente	Qualitativa nominal policotômica	Adequada, intermediária, inadequada
Qualidade do pré-natal, nível 3 (Anversa et al <sup>251</sup> )	Dependente	Qualitativa nominal policotômica	Adequada, intermediária, inadequada
Qualidade do pré-natal, nível 4 (Anversa et al <sup>251</sup> )	Dependente	Qualitativa nominal policotômica	Adequada, intermediária, inadequada
Data do Parto	Independente	Quantitativa discreta	Dias
Horário do Parto	Independente	Quantitativa contínua de razão	Horas

Idade Gestacional do Parto	Independente	Quantitativa contínua de razão	Semanas e dias
Faixa etária	Independente	Quantitativa contínua de razão	<20 anos, entre 20 e 25, entre 25 e 30, entre 30 e 34, >35
Cor declarada	Independente	Qualitativa nominal policotômica	branca, preta, amarela, parda, indígena
Instrução	Independente	Qualitativa ordinal	nenhuma, primário, secundário, universidade
Estado civil	Independente	Qualitativa nominal policotômica	solteira, casada, união estável, outra
Uso de álcool	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Uso de outras drogas	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Tabagismo	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Violência doméstica	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Gravidez planejada	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Diabetes na família	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Hipertensão arterial na família	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Gemelar na família	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Diabetes prévio	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Infecção Urinária prévia	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Infertilidade	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Dificuldade de amamentação	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Cardiopatia	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Hipertensão arterial prévia	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Cirurgia pélvica uterina	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Cirurgia	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Número de partos	Independente	Qualitativas ordinais	nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais
Número de abortos	Independente	Qualitativas ordinais	nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais
Número de natimortos	Independente	Qualitativas ordinais	nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais
Morte neonatal anterior	Independente	Qualitativas ordinais	nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais
Parto Cesariano	Independente	Qualitativas ordinais	nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais
Parto Normal	Independente	Qualitativas ordinais	nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais
Número de filhos	Independente	Qualitativas ordinais	nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais
Imunizações (heatite B, dt)	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Contracepção	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Número de consultas nesta gestação	Independente	Quantitativa discreta	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ou mais
Idade gestacional da primeira consulta	Independente	Qualitativa ordinal	até 12 semanas, entre 12-20 semanas, entre 20-28 semanas, acima de 28 semanas
Data da última menstruação (DUM)	Independente	Quantitativa discreta	Número de semanas

Idade menor de 15 anos	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Idade maior de 35 anos	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Doenças sexualmente transmissíveis	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Peso	Independente	Quantitativa contínua de razão	em Kg
Pressão arterial	Independente	Qualitativa nominal policotômica	completo, incompleto, ausente
Altura uterina	Independente	Qualitativa nominal policotômica	completo, incompleto, ausente
Ausulta dos batimentos cardíacos	Independente	Qualitativa nominal	completo, incompleto, ausente
Movimentação fetal	Independente	Qualitativa nominal	completo, incompleto, ausente
Edema	Independente	Qualitativa nominal	completo, incompleto, ausente
Apresentação	Independente	Qualitativa nominal	completo, incompleto, ausente

Registro dos exames laboratoriais de rotina do 1º trimestre:	Independente	Qualitativa nominal	completo, incompleto, ausente
Tipagem sanguínea e fator Rh	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Coombs indireto	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Hemograma	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Parcial de urina	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Urocultura e antibiograma	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Glicemia de jejum	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Exame parasitológico de fezes	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Citooncológico de colo de útero	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
VDRL	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
anti-HIV	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
HBsAg	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Toxoplasmose IgG e IgM	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Registro dos exames laboratoriais de rotina do 2º trimestre	Independente	Qualitativa nominal	completo, incompleto, ausente
Coombs indireto 2	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Hemograma 2	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Parcial de urina 2	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Urocultura e antibiograma 2	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
VDRL 2	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Toxoplasmose IgG e IgM 2	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Curva glicêmica 24/28 semanas - 75 g dextrose - Glicemia de Jejum, Glicemia na primeira hora e glicemia na segunda hora	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Registro dos exames laboratoriais de rotina do 3º trimestre	Independente	Qualitativa nominal	completo, incompleto, ausente
Coombs indireto 3	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Hemograma 3	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Parcial de urina 3	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Urocultura e antibiograma 3	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
VDRL 3	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
anti-HIV 1 e 2 3	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
HBsAg 3	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Anti-HCV 3	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Toxoplasmose IgG e IgM 3	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Cultura para Streptococo Bhemolítico grupo B com 34-36 semanas perianal e vaginal	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Exames ultrassonográficos	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Citologia oncótica	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Curva de IMC	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Ácido fólico	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Sulfato ferroso	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Encaminhamento para alto risco	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Encaminhamento para hospitalização	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Nenhum encaminhamento	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Infecção urinária nesta gestação	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Pré-eclâmpsia nesta gestação	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não

Eclâmpsia nesta gestação	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Diabetes gestacional nesta gestação	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não
Idade	Independente	Quantitativa discreta	Anos
Cor declarada	Independente	Qualitativa nominal policotômica	branca, negra, parda, indígena
Escolaridade	Independente	Qualitativa ordinal	ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, ensino técnico
Renda salarial familiar	Independente	Qualitativa nominal policotômica	menos de 1 salário mínimo, de 1 a 2 saláriosmínimos, mais que 2 saláriosmínimos

Residência própria	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Estado civil	Independente	Qualitativa nominal policotômica	solteira, casada, união estável, viúva
Uso de álcool		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Uso de maconha		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Uso de cocaína		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Uso de crack		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Tabagismo		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Orientação de Amamentação		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Orientação de Sinais de sintomas fisiológicos e patológicos da gestação		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Orientação de Parto		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Orientação de Participação em grupo de gestantes		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Orientação de Cuidados com o RN		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Orientação de Hábitos saudáveis		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não

Suplementação com ferro		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não
Suplementação com Ácido fólico		Qualitativa nominal dicotômica	sim ou não

### 3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inseridos e tabulados em planilha do Microsoft Excel, e posteriormente analisados com auxílio do programa Jamovi ® versão 2.2.5 e Stata 16.0.

As variáveis quantitativas foram descritas como medidas de tendência central e dispersão de dados e as variáveis qualitativas em frequência absoluta (n) e relativa (%). Para se verificar associação entre as variáveis de interesse, foi aplicado teste de *quiquadrado de Pearson* para variáveis qualitativas, teste *t de Student* para variáveis quantitativas, ou correspondentes não paramétricos, a partir da normalidade dos dados ou presença de heteroscedasticidade. Comparações binárias foram realizadas a partir da dicotomização de variáveis e/ou definição de uma categoria de referência (*dummy*), sendo expressas em razão de prevalência (RP), com intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. As prevalências ajustadas, a partir das variáveis confundidoras detectadas e considerando o valor  $p < 0,20$ , foram estimadas pela Regressão de Poisson com variância robusta, pelo programa Stata 16.0. Para escolha do modelo de ajuste foi considerado valor do coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e razões de verossimilhança.

### 3.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi baseado nos princípios fundamentais da ética em pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando também os princípios de beneficência, não maleficência, justiça, respeito e privacidade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL, registro CAAE 51583121.0.0000.5369, parecer número 5.022.991, em 06 de outubro de 2021.

As mulheres tiveram autonomia para participar ou não do estudo e essa decisão não interferiu de maneira alguma na assistência prestada às mesmas na maternidade. A participante recebeu todas as informações e orientações sobre a pesquisa por meio do TCLE. A confirmação da participação deu-se mediante a assinatura desse documento. Em casos de puérperas menores de 18 anos, um responsável consentiu com a sua participação por meio do TCLE, além dela própria, por meio da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

A abordagem das participantes realizada pela pesquisadora responsável respeitou as regras de enfrentamento à pandemia do COVID-19 do Hospital Regional de São José, como o uso de álcool entre cada paciente entrevistada e uso de máscara. A pesquisadora faz parte do quadro de colaboradores do hospital na função de médica residente, portanto a participação no estudo não acarretou em maior exposição das participantes do estudo com pessoas externas.

#### 4. ARTIGO

O artigo desta dissertação será submetido a Revista Ciência & Saúde Coletiva, fator de impacto 1.917, e está conforme as normas de formatação deste periódico (ANEXO D).

**Adequação da assistência pré-natal segundo diferentes critérios normativos em um município de Santa Catarina**

**Adequacy of Antenatal Care according to different normative criteria in a city of Santa Catarina**

Vanessa Martins da Rosa, Roxana Knobel, Eliane Silva de Azevedo Traebert, Betine Pinto Moehlecke Iser

#### **Resumo**

**Objetivo:** Avaliar a qualidade e fatores associados à assistência pré-natal das mulheres admitidas para parto em uma maternidade pública de referência da grande Florianópolis/SC.

**Métodos:** Estudo transversal com mulheres que realizaram o pré-natal em São José pelo Sistema Único de Saúde e foram admitidas para parto em maternidade pública de novembro de 2021 a abril de 2022. Dados obtidos a partir da caderneta de gestante, do prontuário e de questionário específico. Os critérios de avaliação foram: Índice de

Kessner modificado por Takeda, Índice APNCU adaptado, Classificação de Anversa. Adequação foi relacionada com parâmetros da gestação e características da paciente.

**Resultados:** Entre as 237 puérperas, a adequação do pré-natal variou de 48,5% a 83,1%, foi relacionada a maior idade e escolaridade das mães, ao encaminhamento ao pré-natal de alto risco (prevalências 20 a 30% maiores de adequação), e ao planejamento da gravidez. Houve uma tendência de diminuição dos exames no decorrer da gestação. A adequação reduz com a aplicação de critérios mais rigorosos e com o avançar da gestação. A qualidade do pré-natal predominante foi de adequação, com valores distintos entre os índices e está relacionada a idade, escolaridade, pré-natal de alto risco e planejamento da gestação.

**Descritores:** Cuidado pré-natal; Qualidade da assistência à saúde; Atenção Primária à Saúde.

## **Abstract**

**Objective:** To evaluate the quality and factors associated with prenatal care of women admitted for delivery in a public reference maternity hospital in greater Florianópolis/SC.

**Methods:** Cross-sectional study with women who underwent prenatal care in the city of São José through the Unified Health System and were admitted for delivery at a public maternity from November 2021 to April 2022. Data obtained from the pregnant woman's booklet, the hospitalization record and, a specific questionnaire. The evaluation criteria were: Kessner Index

modified by Takeda, APNCU Index adapted, Classification of Anversa. Adequacy was related to pregnancy parameters and patient characteristics.

**Results:** Of 237 postpartum women interviewed, the adequacy of prenatal care ranged from 48.5% to 83.1% and was related to greater age and education of mothers, referral to high-risk prenatal care, and pregnancy planning. There was a tendency to decrease the number of complementary exams during pregnancy. The percentage of adequacy reduces with the application of more rigorous criteria of analysis, and with the advance of the pregnancy. The quality of prenatal care was predominantly adequate, however with different values between the indices and is related to age, education, high-risk prenatal care and pregnancy planning.

**Keywords:** Prenatal Care; Quality of Health Care; Primary Health Care

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu a análise de adequação do pré-natal em mulheres atendidas pelo SUS conforme diferentes índices existentes, permitindo uma comparação entre os critérios. Percebe-se que a qualidade do pré-natal e a completude dos dados reduz conforme aumentam os critérios e a rigidez de análise, bem como no avançar da gestação. Comparecer a todas as consultas e realizar todos os exames necessários é importante, mas pode ser muito cansativo para as mulheres, especialmente no final da gestação, e para aquelas que tem dificuldade de transporte ou que trabalham, limitando a adesão das mesmas. Ainda, não se pode deixar de mencionar que o final da gestação das mulheres avaliadas já ocorreu em tempos de pandemia, com restrição de acesso a consultas e exames, seja de forma voluntária, por insegurança ou medo, ou por determinação governamental.

O estudo possui limitações que podem ser modificadas e sugeridas para estudos futuros. Ao analisar a qualidade da assistência do Sistema Único de Saúde, seria pertinente ser questionado à equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que o pré-natal foi realizado, bem como o local referenciado para o alto risco, caso encaminhado. Dessa forma, saberíamos o exato ponto a ser desenvolvido, isso porque conforme relatos das pacientes ao responderem os questionários, muitas informavam dificuldades em agendar consultas, demora em liberação de exames, ausência de médicos nas UBSs.

Nota-se pela análise dos dados, que algumas rotinas laboratoriais estão sendo solicitadas de forma incompleta, assim, deve haver uma atualização aos profissionais assistentes sobre o protocolo recomendado pelo município. Ainda com relação aos exames laboratoriais, entender o por quê deles não estarem sendo realizados conforme recomendação, entender se a dificuldade está na marcação, agendamento, acesso da paciente ao local de realização, na solicitação de conferência e registro de resultados. Sugere-se que estudos que analisem a causa desse problema sejam realizados.

Como sugestão para estudos relacionados ao tema, deve-se haver uma uniformidade na análise da qualidade do pré-natal. O MS possui recomendações, sendo em geral avaliados dados básicos, e não há um indicador para quantificar a qualidade, dessa forma continuam existindo avaliações heterogêneas de análise, com resultados diferentes de

classificação para a mesma população. Reforçar estudos que questionem as dificuldades encontradas por parte das usuárias do sistema de saúde, também é essencial, assim como a percepção das mesmas com relação à qualidade do pré-natal.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS; 2012.
2. Camargo LF, Lemos PL, Martins EF, et al. Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. Esc. Anna Nery [internet]. 2021 [acesso em 2022 maio 3]; 25(1):e20200166. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/ymZfnyGrVkpVf586zdxLDZq/?lang=pt>
3. Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, et al. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. Rev Bras Enferm. 2019; 72(3):204-11.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: MS; 2012.
5. Ministério da Saúde. Manual prático para a implementação da rede cegonha. Brasília: MS; 2011.
6. Cruz GC, Ruiz PC, Junior OCR, Sousa AD, Pereira RMO, Barroso CO, Campos SST. Métodos de avaliação da qualidade de assistência ao pré-natal no Brasil: revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde 2019 (27), e521.
7. Rodrigues TA, Pinheiro AKB, Silva AA, Castro LRG, Silva MB, Fonseca LMB. Qualidade dos registros da assistência pré-natal na caderneta da gestante. Rev. baiana enferm. 2020; (34), e35099.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão (CID-10). 8. ed. São Paulo: Edusp; 2000.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha Informativa – Mortalidade Materna. Atualizada em: agosto de 2018. [acesso em 2021 mar 07]. Disponível em:  
[https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820).
10. Ministério da Saúde (Brasil). Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: MS; 2004.
11. Souza IA de. Relação entre o índice de Kessner modificado por Takeda com os indicadores de gravidade nos partos da zona leste da cidade de São Paulo

- [dissertação][internet] São Paulo: Universidade Nove de Julho; 2016. 99p. [acesso em 2020 out 15]. Disponível em: <http://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/1552>
12. Ministério das Relações Exteriores do Brasil. Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2016. [acesso em 2022 jun. 01]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil\\_Amigo\\_Pesso\\_Idosa/Agenda\\_2030.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda_2030.pdf)
  13. Maia MG, Santos JLS, Bezerra MLR, et al. Indicador de qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade. *J Manag Health Care* 2014; 5(1):40-7.
  14. Succi RCM, Figueredo EM, Zanatta LC, et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(6).
  15. Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27:103-5.
  16. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: MS; 2002.
  17. Ministério da Saúde (Brasil). Assistência Pré-Natal: Manual Técnico. Brasília: MS; 2000.
  18. Ministério da Saúde (Brasil). Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: MS; 2002.
  19. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2009.
  20. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids-DST 2010. Brasília: MS; 2010.
  21. Kessner DM, Singer J, Kalk CW, et al. Infant death: an analysis of maternal risk and health care. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Science; 1973.
  22. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health* 1994; 84:1414-20.

23. Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária, modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas; 1993. 82p.
24. Ribeiro ERO, Guimarães AMDM, Bettiol H, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC pregnancy and childbirth*. 2009; 9(1), 1-8.
25. Anversa, ETR, Bastos GAN, Nunes, LN, et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2012; 28(4), 789-800.
26. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2011; 27(6):1053-64.
27. Amaral E, Luz AG, Souza JPD. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2007; 29(9)484-9.
28. Óbitos maternos por ano. Sistema de informações sobre mortalidade (SIM). [acesso 2022 junho 05]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>
29. Nascidos vivos por ano. Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). [acesso 2022 junho 05]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
30. Prefeitura Municipal de São José. Protocolo de Assistência à Saúde da Mulher. São José; 2015.
31. Pilau GM, Volpato LK, Nunes RD. Avaliação dos fatores associados à qualidade da assistência pré-natal das pacientes internadas na maternidade do Hospital Regional de São José- SC. *Arq. Catarin. Med*. 2014; (4): 09-16.
32. Martin MM, Knobel R, Nandi V, et al. Adequação da assistência pré-natal durante a pandemia de covid-19: Estudo observacional com puérperas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022; 44 (4): 398-408.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Lista de Verificação

Parto:

- Data
- Horário
- Idade Gestacional

As condições socioeconômicas:

1. Faixa etária: <20 anos, entre 20 e 25, entre 25 e 30, entre 30 e 34, >35
2. Cor declarada: branca, preta, amarela , parda, indígena
3. Instrução: nenhuma, primário, secundário, universidade.
4. Estado civil: solteira, casada, união estável, outra
5. Uso de drogas:
  - a. álcool: sim ou não
  - b. outras drogas: sim ou não
6. Tabagismo: sim ou não
7. Violência doméstica: sim ou não
8. Gravidez planejada: sim ou não

Antecedentes familiares:

1. Diabetes: sim ou não
2. Hipertensão arterial: sim ou não

3. Gemelar: sim ou não.
Antecedentes Clínicos Obstétricos:  1. Diabetes: sim ou não 2. Infecção Urinária: sim ou não 3. Infertilidade: sim ou não 4. Dificuldade de amamentação: sim ou não 5. Cardiopatia: sim ou não 6. Tromboembolismo: sim ou não 7. Hipertensão arterial: sim ou não 8. Cirurgia pélvica uterina: sim ou não 9. Cirurgia: sim ou não
Antecedentes obstétricos:  1. Número de partos: nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais 2. Número de abortos: nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais 3. Número de natimortos: nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais 4. Morte neonatal anterior: nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais 5. Parto Cesariano: nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais 6. Parto Normal: nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais 7. Número de filhos: nenhum, 1, 2, 3, 4 ou mais 8. Imunização: sim ou não 9. Contracepção: sim ou não



Acompanhamento de registros da gestação atual:

1. Número de consultas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ou mais
2. Idade gestacional da primeira consulta: até 12 semanas, entre 12-20 semanas, entre 20-28 semanas, acima de 28 semanas 3.

Data da última menstruação (DUM)

4. Fatores de risco registrados:
  - a. idade menor de 15 anos: sim ou não
  - b. idade maior de 35 anos: sim ou não
  - c. doenças sexualmente transmissíveis: sim ou não
5. Peso: em Kg
6. Pressão arterial: completo, incompleto, ausente
7. Altura uterina: completo, incompleto, ausente
8. Ausculta dos batimentos cardíofetais: completo, incompleto, ausente
9. Movimentação fetal: completo, incompleto, ausente
10. Edema: completo, incompleto, ausente
11. Apresentação: completo, incompleto, ausente
12. Registro dos exames laboratoriais de rotina do 1º trimestre:  
incompleto, incompleto, ausente
  - a. Tipagem sanguínea e fator Rh: sim ou não
  - b. Coombs indireto: sim ou não
  - c. Hemograma: sim ou não

- d. Parcial de urina: sim ou não
- e. Urocultura e antibiograma: sim ou não
- f. Glicemia de jejum: sim ou não
- g. Exame parasitológico de fezes: sim ou não
- h. Citooncológico de colo de útero: sim ou não
- i. VDRL: sim ou não
- j. anti-HIV 1 e 2: sim ou não
- k. HBsAg: sim ou não
- l. Toxoplasmose IgG e IgM: sim ou não

13. Registro dos exames laboratoriais de rotina do 2º trimestre:  
completo, incompleto, ausente

- a. Coombs indireto: sim ou não
- b. Hemograma: sim ou não
- c. Parcial de urina: sim ou não
- d. Urocultura e antibiograma: sim ou não
- e. VDRL: sim ou não
- f. Toxoplasmose IgG e IgM: sim ou não
- g. Curva glicêmica 24-28 semanas - 75 g dextrose - Glicemia de Jejum, Glicemia na primeira hora e glicemia na segunda hora: sim ou não

14. Registro dos exames laboratoriais de rotina do 3º trimestre:  
completo, incompleto, ausente

- a. Coombs indireto: sim ou não
- b. Hemograma: sim ou não
- c. Parcial de urina: sim ou não
- d. Urocultura e antibiograma: sim ou não
- e. VDRL: sim ou não
- f. anti-HIV 1 e 2: sim ou não
- g. HBsAg: sim ou não

- h. Anti-HCV: sim ou não
- i. Toxoplasmose IgG e IgM: sim ou não
- j. Cultura para Streptococo B-hemolítico grupo B com 34-36 semanas perianal e vaginal: sim ou não

15. Exames ultrassonográficos: sim ou não

16. Citologia oncológica: sim não.

17. Curva de IMC: sim ou não.

18. Ácido fólico: sim ou não

19. Sulfato ferroso: sim ou não.

20. Encaminhamento para:

a. Alto risco

b. Hospitalização

c. Nenhum encaminhamento 21. Patologias durante a  
gestação:

a. Infecção urinária: sim ou não

b. Pré-eclâmpsia: sim ou não

c. Eclâmpsia: sim ou não

d. Diabetes gestacional: sim ou não

**APÊNDICE B - Questionário**

## Questionário socioeconômico:

1. Faixa etária:  
  
    <20 anos, entre 20 e 25, entre 25 e 30, entre 30 e 34, >35
2. Cor declarada: branca, negra, parda, indígena,
3. Escolaridade: ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, ensino técnico
4. Renda salarial: menos de 1 salário-mínimo, de 1 a 2 salários-mínimos, mais que 2 salários-mínimos
5. Residência própria: sim ou não
6. Estado civil: solteira, casada, união estável, viúva
7. Uso de drogas: álcool, maconha, cocaína, crack
8. Tabagismo: sim ou não

## Orientações:

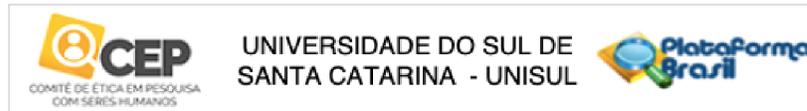
1. Amamentação: sim ou não
2. Sinais e sintomas fisiológicos e patológicos da gestação: sim ou não
3. Parto: sim ou não
4. Participação em grupo de gestantes: sim ou não
5. Cuidados com o RN: sim ou não
6. Hábitos saudáveis: sim ou não.

Suplementação:

1. Ferro: sim ou não
2. Ácido fólico: sim ou não.

## ANEXOS

## ANEXO A – Parecer Aprovação do Comitê de Ética



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade de pré-natal de mulheres admitidas na maternidade do Hospital Regional de São José -SC

**Pesquisador:** Vanessa Martins Rosa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51583121.0.0000.5369

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE DE EDUCACAO SUPERIOR E CULTURA BRASIL S.A.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.292.922

**Apresentação do Projeto:**

## Introdução

O objetivo da atenção pré-natal é acompanhar a mulher desde o início da gestação, garantindo, ao final, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno até o puerpério. Uma assistência de qualidade é composta por condutas acolhedoras, ausência de intervenções desnecessárias, acesso fácil aos serviços de saúde, identificação de riscos gestacionais, ações integradas entre os níveis de atenção, o que envolve promoção,

prevenção e assistência à saúde da gestante. No Brasil, a assistência ao pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) baseia-se numa atenção de qualidade e humanizada. Isso quer dizer que é necessário um novo olhar no processo saúde/doença, que envolve a pessoa como um todo, e levando em consideração o ambiente em que está inserida - no âmbito econômico, social e cultural. Importante também é uma relação de

respeito e cumprimento dos deveres de cada um dos segmentos - profissionais da saúde, gestores e usuários do sistema de saúde.1A assistência como se tem hoje em nosso país foi desenvolvida com o intuito de reduzir a mortalidade materna e outros desfechos indesejáveis como a prematuridade e a mortalidade perinatal. Antes da criação de diretrizes governamentais com este fim, a razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil nos anos 90 era de 140 mortes por 100 mil nascidos vivos. Taxa bem distante da definida pela Organização das Nações Unidas (ONU) nos anos 2000, de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, como meta do milênio para o ano de 2015.1A

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOÇA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.292.922

atenção pré-natal adequada envolve a realização de diversas ações que permitem o entrosamento entre os níveis de atenção à saúde. Sendo assim, uma assistência adequada envolve a detecção e intervenção precoce nas situações de risco, um sistema ágil de referência hospitalar e qualificação da assistência ao parto. Esses são os grandes indicadores de saúde que envolvem mãe e recém-nascido, os quais tem potencial importante em reduzir a mortalidade materna e neonatal. O primeiro passo para aprimorar a atenção pré-natal que, até então, não possuía um protocolo voltado diretamente a esse objetivo foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nos anos 80, o qual foi ampliado nos anos seguintes para Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN) é o que norteia as ações de assistência à saúde da gestante desde o ano 2000 até hoje, foi criado pelo MS com o intuito de aperfeiçoar as diretrizes da atenção pré-natal. O MS, no ano de 2011, criou a rede Cegonha para assegurar que as iniciativas do PHPN fossem cumpridas e definindo novas metas e condutas, as quais a partir de 2012 foram atualizadas no Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco e no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco. Tais iniciativas promoveram uma expansão importante da cobertura da atenção pré-natal, atingindo mais 90% em todas as regiões do Brasil. A partir desses programas visando a qualidade da atenção pré-natal, o MS promove um conjunto de recomendações, dentre as quais estão uma assistência de pré-natal precoce, periódica e contínua, realização de exames laboratoriais, classificação do risco gestacional, registro das informações em prontuário e no cartão de gestante. Importante salientar que a qualidade da assistência não acompanhou de forma proporcional o aumento da cobertura. Isso se mostra pela frequência de complicações obstétricas como doenças hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções do trato urinário. Para avaliar essa qualidade, estudos tem sido realizados para que se encontre as devidas falhas e possam ser desenvolvidas estratégias para aperfeiçoar os serviços. Há diversos parâmetros para realizar essa avaliação, baseando-se nas informações sobre a paciente contidas no cartão da gestante, dentre os quais se utilizam índices específicos ou até mesmo as recomendações do MS. O índice de Kessner elaborado em 1973 foi um dos pioneiros e um dos mais utilizados na literatura. No ano de 1994, Milton Kotelchuck modificou o Índice de Kessner, e o mesmo foi utilizado no Brasil por Takeda em 1993. Todas essas avaliações foram realizadas de forma quantitativa. Levando em conta que a maioria das morbidades vividas por mulheres no ciclo gravídico puerperal e de morte materna ocorrem por causas evitáveis, reforça-se a importância da análise da qualidade da atenção em saúde ofertada às gestantes. Diagnosticar onde estão as falhas da assistência é primordial para tomar as devidas ações

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOÇA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.292.922

corretivas. Importante frisar também que o meio socioeconômico em que esta paciente se encontra é um fator considerado, uma vez que o grau de desenvolvimento de uma sociedade é capaz de influenciar as ações/serviços que deveriam ser ofertados e o que de fato é realizado. Relacionado a este fato, ressalta-se que 99% dos óbitos maternos são em países subdesenvolvidos. A estratificação de classes tem relação causal não somente

com a assistência à saúde como também com o processo de saúde-doença. A mortalidade materna no estado de Santa Catarina teve um decréscimo de 36,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos no ano de 2000 para 27,5 no ano de 2019, coeficiente inferior ao nacional que foi de 55,32

óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2019. Assim sendo, caracterizar a qualidade da assistência ao pré-natal em um hospital da região metropolitana da capital do estado tem sua importância, para se evidenciar de que forma pode ser ampliada essa melhoria que ocorreu na região sul do Brasil. Com esse intuito, estimar a qualidade dessa assistência por meio dos diferentes instrumentos existentes (Índice de Kessner modificado por

Takeda, Índice de APNCU modificado, Classificação de Anversa et. Al) e também o cumprimento das diretrizes atuais do MS das mulheres admitidas para parto no Hospital Regional de São José (HRSJ) permitirá uma avaliação completa da atenção pré-natal em nível regional. A partir desta avaliação saberemos identificar possíveis falhas e, no intuito de aprimorar a atenção à saúde do binômio mãe - recém nascido (RN) desde o pré-natal, será fornecido subsídios ao planejamento e execução de políticas públicas voltadas a esse público. Uma vez que não há estudos semelhantes realizados no município de São José e no estado de Santa Catarina. O ineditismo do estudo reforça sua importância.

Hipótese:

Dessa forma, considerando que a qualidade do serviço de atenção ao pré-natal pode ser quantificada, tendo como fonte os dados advindos da paciente e de seus cartões de gestante, este estudo visa estimar o quanto está sendo realizado das recomendações preconizadas através dos índices citados e do MS, e se as variáveis socioeconômicas e culturais influenciam nessa qualidade. O estudo tem o intuito de responder a pergunta:

qual a qualidade da assistência de pré-natal ofertada as mulheres que admitidas para parto na maternidade do Hospital Regional de São José.

Metodologia Proposta:

O presente estudo caracteriza-se como observacional do tipo transversal, com análise de dados descritiva e quantitativa, a partir de lista de verificação preenchida pelo pesquisador e um questionário respondido pelas participantes do estudo. A população do estudo será constituída

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOÇA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.292.922

por puérperas da Maternidade do HRSJ, localizada na cidade de São José, grande Florianópolis, no Estado de Santa Catarina (SC), de novembro de

2021 a abril de 2022, que realizaram assistência pré-natal no município de São José pelo SUS. A média de partos mensais que ocorrem nesta maternidade é de 300, incluindo gestações de alto risco e risco habitual, sendo a média de partos das puérperas provenientes de São José um total de 97 partos. Para cálculo da amostra, utilizou-se os seguintes parâmetros: um total de 583 gestantes para um período de coleta de seis meses, prevalência antecipada desconhecida (utiliza-se 50% para obtenção do maior tamanho amostral), erro relativo de 5%, nível de confiança de 95%, o que gerou uma amostra mínima de 232 mulheres. A seleção da amostra será de forma consecutiva no período de 6 meses, até que se alcance, pelo menos, a amostra mínima acrescida de 10% considerando eventuais desistências e perdas. Não há nenhum parâmetro indicativo de heterogeneidade na população de interesse ao estudo. Considerando um período médio de internação hospitalar de 48h, na primeira semana, serão contactadas as puérperas internadas na maternidade na segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira, nos quartos de número ímpar (numerados de 1 a 20). Na segunda semana, serão abordadas as mulheres internadas na terça-feira, quinta-feira e sábado, nos quartos de número par. Os dados serão coletados em três etapas: inicialmente, serão verificados os registros na caderneta de pré-natal, seguida da análise dos dados presentes no

prontuário das puérperas no HRSJ (dados destas duas etapas serão transcritos para o instrumento de coleta de dados) e por fim aplicação de um questionário. Estas etapas somente serão realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As puérperas serão abordadas na maternidade, no leito de puerpério da enfermaria do HRSJ, pelo menos 6h após o parto, em momento oportuno definido por elas. Como instrumentos de avaliação estão: Lista de verificação das variáveis presentes no Cartão de Pré-Natal; Questionário para a paciente com variáveis sobre orientações verbais do pré-natal e suas condições socioeconômicas; Cópia do Cartão de Pré-Natal. A primeira etapa inclui registrar na lista de verificação: a data e horário do parto e a idade gestacional, informações coletadas do prontuário do HRSJ. A segunda etapa envolve o preenchimento da lista de verificação com dados coletados da caderneta de pré-natal. A qualidade do pré-natal será determinada com base no Índice de Kessner modificado por Takeda, no Índice APNCU adaptado, na Classificação de Anversa et. al e pelas recomendações do Ministério da Saúde

consideradas como essenciais para a assistência pré-natal.

Metodologia de Análise de Dados:

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOÇA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.292.922

Os dados coletados serão inseridos e tabulados em planilha do Microsoft Excel, e posteriormente serão analisados com auxílio do programa Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As variáveis quantitativas serão descritas como medidas de tendência central e dispersão de dados. Variáveis qualitativas serão descritas em frequência absoluta (n) e relativa (%). Para se verificar associação entre as variáveis

de interesse, será aplicado teste de qui-quadrado de Pearson para variáveis qualitativas, teste t de Student para variáveis quantitativas, ou correspondentes não paramétricos, a partir da normalidade dos dados ou presença de heteroscedasticidade. Comparações binárias poderão ser feitas pela razão de prevalência (RP), com intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

**Critério de Inclusão:**

Serão incluídas no estudo as mulheres admitidas para parto na maternidade do HRSJ /SC no período da coleta de dados e que realizaram assistência pré-natal no município de São José pelo SUS, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estiverem portando o cartão de pré-natal. As mulheres com idade inferior a 18 anos participarão do estudo mediante a assinatura do TCLE por parte dos responsáveis e Termo de Assentimento por elas mesmas.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídas do estudo as mulheres que não realizaram consultas de pré-natal e as mulheres com idade gestacional <37 semanas no momento do parto.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas das Informações Básicas da Pesquisa, arquivo "PB\_INFORMACOES\_BASICAS\_DOPROJETO\_1901623\_E1.pdf", postado na Plataforma Brasil em 23/02/2021.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal, mediante critérios normativos, das mulheres admitidas para parto na Maternidade do Hospital Regional de São José, Santa Catarina.

**Objetivo Secundário:**

- Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e comportamental da população de estudo

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25  
 Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270  
 UF: SC Município: PALHOCA  
 Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.292.922

atendida na maternidade. • Identificar quais as principais falhas na assistência de pré-natal prestada. • Investigar os fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais associados à qualidade da assistência pré-natal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Invasão de privacidade, estigmatização, divulgação de dados confidenciais e incômodo da tomada de tempo preenchendo as questões.

Benefícios:

O objetivo da atenção pré-natal é acompanhar a mulher desde o início da gestação, garantindo o nascimento de uma criança saudável e o bemestar da mãe. Uma assistência de qualidade é composta por condutas acolhedoras, ausência de intervenções desnecessárias, acesso fácil aos

serviços de saúde, ações integradas entre os níveis de atenção, o que envolve promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante.

Diagnosticar onde estão as falhas da assistência é primordial para tomar as devidas ações corretivas, pois saberemos se há algo que não está

sendo executado adequadamente, no intuito de aprimorar a atenção à saúde do binômio mãe-bebê desde o pré-natal. O estudo, portanto, prevê um

benefício indireto e não há benefício direto para as participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

• Caráter acadêmico projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, campus Pedra Branca.

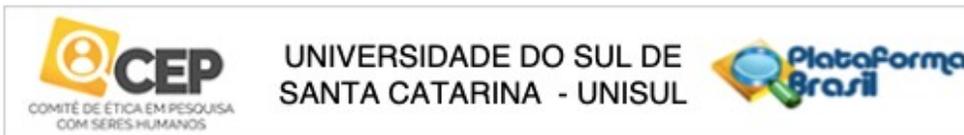
• Pretende incluir 232 puerpérias, sendo que as menores de 18 anos estarão sujeitas a um TALE.

• Apresenta TCLE e TALE

• Haverá uso de fontes secundárias de dados. Os dados serão coletados em três etapas: inicialmente, serão verificados os registros na caderneta de pré-natal, seguida da análise dos dados presentes no prontuário das puérperas no HRSJ (a data e horário do parto e a idade gestacional); dados destas duas etapas serão transcritos para o instrumento de coleta de dados. E por fim aplicação de um questionário. Estas etapas somente serão realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se houver armazenamento de amostras indicar o tipo de banco de material biológico

• Previsão de término da coleta de dados em 31 de março de 2022 e encerramento do estudo em

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25  
 Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270  
 UF: SC Município: PALHOÇA  
 Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.292.922

30 de junho de 2022.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Copiar texto: Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Copiar texto: Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise do projeto e de seus anexos não foram identificados óbices éticos relativos à sua execução.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 e/ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1901623_E1.pdf	23/02/2022 19:21:37		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	23/02/2022 19:20:50	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.docx	20/02/2022 16:38:02	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Outros	emenda.docx	20/02/2022 16:29:13	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	01/09/2021 19:56:39	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Outros	TALE.docx	01/09/2021 19:55:34	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	01/09/2021 19:54:47	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Declaração de concordância	concordancia.pdf	01/09/2021 19:53:37	Vanessa Martins Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.doc	01/09/2021 19:51:29	Vanessa Martins Rosa	Aceito

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25  
 Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270  
 UF: SC Município: PALHOÇA  
 Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.292.922

Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/09/2021 19:51:29	Vanessa Martins Rosa	Aceito
---------------------------	----------	------------------------	-------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALHOCA, 15 de Março de 2022

---

**Assinado por:**  
**Rafael Mariano de Bitencourt**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca      **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC      **Município:** PALHOCA  
**Telefone:** (48)3279-1036      **Fax:** (48)3279-1094      **E-mail:** cep.contato@unisul.br



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade de pré-natal de mulheres admitidas na maternidade do Hospital Regional de São José -SC

**Pesquisador:** Vanessa Martins Rosa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51583121.0.0000.5369

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE DE EDUCACAO SUPERIOR E CULTURA BRASIL S.A.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.022.991

**Apresentação do Projeto:**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de pré-natal de mulheres admitidas na maternidade do Hospital Regional de São José -SC

Pesquisador: Vanessa Martins Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51583121.0.0000.5369

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO SUPERIOR E CULTURA BRASIL S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Dados do Parecer:

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas das Informações Básicas da Pesquisa, arquivo "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1761684.pdf", postado na Plataforma Brasil em

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOÇA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



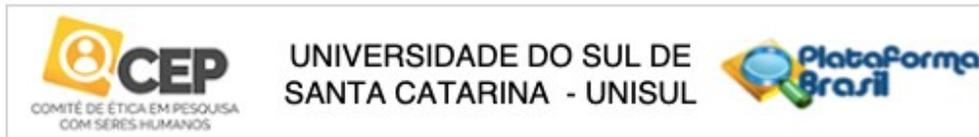
Continuação do Parecer: 5.022.991

09.09.2021.

**Resumo:** A assistência pré-natal pode ser caracterizada por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos no acompanhamento da gestação de uma mulher, tendo em vista a identificação dos riscos, a promoção de saúde, e um melhor desfecho no momento do parto. Dessa forma, uma assistência de qualidade, com implementação de estratégias, oferta dos serviços de saúde conforme preconizado e a presença de profissionais de saúde capacitados é fundamental para reduzir a morbimortalidade materna e do seu concepto. Avaliar a qualidade da assistência, demanda esforços por parte do Estado, dos profissionais executantes, bem como dos usuários do sistema de saúde. Em todas essas esferas, a identificação de intercorrências e propostas de melhorias devem ser realizadas periodicamente com o intuito de melhoria contínua. **Objetivo geral:** Avaliar a qualidade da assistência pré-natal, mediante critérios normativos, das mulheres admitidas para parto na Maternidade do Hospital Regional de São José, Santa Catarina. **Objetivos específicos:** Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e comportamental da população de estudo atendida na maternidade. Identificar quais as principais falhas na assistência de pré-natal prestada. Investigar os fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais associados à qualidade da assistência pré-natal. **Metodologia:** o presente estudo caracteriza-se como observacional do tipo transversal, com análise de dados descritiva e quantitativa. A população do estudo será constituída por puerperas da Maternidade do HRSJ, localizada na cidade de São José, grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina (SC), que realizaram assistência pré-natal em São José pelo SUS. O período de coleta será de seis meses do ano de 2021 e 2022 e a amostra mínima de 317 mulheres.

**Introdução:** O objetivo da atenção pré-natal é acompanhar a mulher desde o início da gestação, garantindo, ao final, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno até o puerpério. Uma assistência de qualidade é composta por condutas acolhedoras, ausência de intervenções desnecessárias, acesso fácil aos serviços de saúde, identificação de riscos gestacionais, ações integradas entre os níveis de atenção, o que envolve promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante. No Brasil, a assistência ao pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) baseia-se numa atenção de qualidade e humanizada. Isso quer dizer que é necessário um novo olhar no processo saúde/doença, que envolve a pessoa como um todo, e levando em consideração o ambiente em que está inserida - no âmbito econômico, social e cultural. Importante também é uma relação de respeito e cumprimento dos deveres de cada um

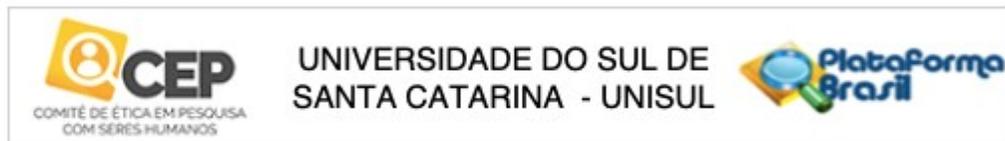
**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOÇA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.022.991

dos segmentos - profissionais da saúde, gestores e usuários do sistema de saúde. 1A assistência como se tem hoje em nosso país foi desenvolvida com o intuito de reduzir a mortalidade materna e outros desfechos indesejáveis como a prematuridade e a mortalidade perinatal. Antes da criação de diretrizes governamentais com este fim, a razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil nos anos 90 era de 140 mortes por 100 mil nascidos vivos. Taxa bem distante da definida pela Organização das Nações Unidas (ONU) nos anos 2000, de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, como meta do milênio para o ano de 2015. 1A atenção pré-natal adequada envolve a realização de diversas ações que permitem o entrosamento entre os níveis de atenção à saúde. Sendo assim, uma assistência adequada envolve a detecção e intervenção precoce nas situações de risco, um sistema ágil de referência hospitalar e qualificação da assistência ao parto. Esses são os grandes indicadores de saúde que envolvem mãe e recém-nascido, os quais tem potencial importante em reduzir a mortalidade materna e neonatal. 1O primeiro passo para aprimorar a atenção pré-natal que, até então, não possuía um protocolo voltado diretamente a esse objetivo foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nos anos 80, o qual foi ampliado nos anos seguintes para Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN) é o que norteia as ações de assistência à saúde da gestante desde o ano 2000 até hoje, foi criado pelo MS com o intuito de aperfeiçoar as diretrizes da atenção pré-natal. O MS, no ano de 2011, criou a rede Cegonha para assegurar que as iniciativas do PHPN fossem cumpridas e definindo novas metas e condutas, as quais a partir de 2012 foram atualizadas no Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco e no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco. Tais iniciativas promoveram uma expansão importante da cobertura da atenção pré-natal, atingindo mais 90% em todas as regiões do Brasil. A partir desses programas visando a qualidade da atenção pré-natal, o MS promove um conjunto de recomendações, dentre as quais estão uma assistência de pré-natal precoce, periódica e contínua, realização de exames laboratoriais, classificação do risco gestacional, registro das informações em prontuário e no cartão de gestante. Importante salientar que a qualidade da assistência não acompanhou de forma proporcional o aumento da cobertura. Isso se mostra pela frequência de complicações obstétricas como doenças hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções do trato urinário. Para avaliar essa qualidade, estudos tem sido realizados para que se encontre as devidas falhas e possam ser desenvolvidas estratégias para aperfeiçoar os serviços. Há diversos parâmetros para realizar essa avaliação, baseando-se nas informações sobre a paciente contidas no cartão da gestante, dentre os quais se utilizam índices específicos ou até mesmo as recomendações do MS. O índice de Kessner elaborado em 1973 foi um dos pioneiros e um dos mais utilizados na literatura. No ano

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOÇA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.022.991

de 1994, Milton Kotelchuck modificou o Índice de Kessner, e o mesmo foi utilizado no Brasil por Takeda em 1993. Todas essas avaliações foram realizadas de forma quantitativa. Levando em conta que a maioria das morbidades vividas por mulheres no ciclo gravídico puerperal e de morte materna ocorrem por causas evitáveis, reforça-se a importância da análise da qualidade da atenção em saúde ofertada às gestantes. Diagnosticar onde estão as falhas da assistência é primordial para tomar as devidas ações corretivas. Importante frisar também que o meio socioeconômico em que esta paciente se encontra é um fator considerado, uma vez que o grau de desenvolvimento de uma sociedade é capaz de influenciar as ações/serviços que deveriam ser ofertados e o que de fato é realizado. Relacionado a este fato, ressalta-se que 99% dos óbitos maternos são em países subdesenvolvidos. A estratificação de classes tem relação causal não somente com a assistência à saúde como também com o processo de saúde-doença. A mortalidade materna no estado de Santa Catarina teve um decréscimo de 36,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos no ano de 2000 para 27,5 no ano de 2019, coeficiente inferior ao nacional que foi de 55,32 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2019. Assim sendo, caracterizar a qualidade da assistência ao pré-natal em um hospital da região metropolitana da capital do estado tem sua importância, para se evidenciar de que forma pode ser ampliada essa melhoria que ocorreu na região sul do Brasil. Com esse intuito, estimar a qualidade dessa assistência por meio dos diferentes instrumentos existentes (Índice de Kessner modificado por Takeda, Índice de APNCU modificado, Classificação de Anversa et. Al) e também o cumprimento das diretrizes atuais do MS das mulheres admitidas para parto no Hospital Regional de São José (HRSJ) permitirá uma avaliação completa da atenção pré-natal em nível regional. A partir desta avaliação saberemos identificar possíveis falhas e, no intuito de aprimorar a atenção à saúde do binômio mãe - recém nascido (RN) desde o pré-natal, será fornecido subsídios ao planejamento e execução de políticas públicas voltadas a esse público. Uma vez que não há estudos semelhantes realizados no município de São José e no estado de Santa Catarina. O ineditismo do estudo reforça sua importância.

Hipótese: Dessa forma, considerando que a qualidade do serviço de atenção ao pré-natal pode ser quantificada, tendo como fonte os dados advindos da paciente e de seus cartões de gestante, este estudo visa estimar o quanto está sendo realizado das recomendações preconizadas através dos índices citados e do MS, e se as variáveis socioeconômicas e culturais influenciam nessa qualidade. O estudo tem o intuito de responder a pergunta: qual a qualidade da assistência de pré-natal ofertada as mulheres que admitidas para parto na maternidade do Hospital Regional de São José.

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOCA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.022.991

**Metodologia Proposta:** O presente estudo caracteriza-se como observacional do tipo transversal, com análise de dados descritiva e quantitativa, a partir de lista de verificação preenchida pelo pesquisador e um questionário respondido pelas participantes do estudo. A população do estudo será constituída por puérperas da Maternidade do HRSJ, localizada na cidade de São José, grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina (SC), de setembro de 2021 a fevereiro de 2022, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A média de partos mensais que ocorrem nesta maternidade é de 300, incluindo gestações de alto risco e risco habitual. Para cálculo da amostra, considerou-se um total de 1800 gestantes para um período de coleta de seis meses, prevalência de 50% e margem de erro de 5%, chegando a uma amostra mínima de 317 mulheres para intervalo de confiança de 95%. A população do estudo será constituída por puérperas da Maternidade do HRSJ, localizada na cidade de São José, grande Florianópolis, no Estado de Santa Catarina (SC), de setembro de 2021 a fevereiro de 2022. A média de partos mensais que ocorrem nesta maternidade é de 300, incluindo gestações de alto risco e risco habitual. Para cálculo da amostra, utilizou-se os seguintes parâmetros: um total de 1800 gestantes para um período de coleta de seis meses, prevalência antecipada desconhecida (utiliza-se 50% para obtenção do maior tamanho amostral), erro relativo de 5%, nível de confiança de 95%, o que gerou uma amostra mínima de 317 mulheres. A seleção da amostra será de forma consecutiva no período de 6 meses, até que se alcance, pelo menos, a amostra mínima acrescida de 10% considerando eventuais desistências e perdas. Não há nenhum parâmetro indicativo de heterogeneidade na população de interesse ao estudo. Considerando um período médio de internação hospitalar de 48h, na primeira semana, serão contactadas as puérperas internadas na maternidade na segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira, nos quartos de número ímpar (numerados de 1 a 20). Na segunda semana, serão abordadas as mulheres internadas na terça-feira, quinta-feira e sábado, nos quartos de número par. Os dados serão coletados em três etapas: inicialmente, serão verificados os registros na caderneta de pré-natal, seguida da análise dos dados presentes no prontuário das puérperas no HRSJ (dados destas duas etapas serão transcritos para o instrumento de coleta de dados) e por fim aplicação de um questionário. Estas etapas somente serão realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As puérperas serão abordadas na maternidade, no leito de puerpério da enfermaria do HRSJ, pelo menos 6h após o parto, em momento oportuno definido por elas. Como instrumentos de avaliação estão: Lista de verificação das variáveis presentes no Cartão de Pré-Natal; Questionário para a paciente com variáveis sobre orientações verbais do pré-

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOÇA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.022.991

natal e suas condições socioeconômicas; Cópia do Cartão de Pré-Natal. A primeira etapa inclui registrar na lista de verificação: a data e horário do parto e a idade gestacional, informações coletadas do prontuário do HRSJ. A segunda etapa envolve o preenchimento da lista de verificação com dados coletados da caderneta de pré-natal. A qualidade do pré-natal será determinada com base no Índice de Kessner modificado por Takeda, no Índice APNCU adaptado, na Classificação de Anversa et. al e pelas recomendações do Ministério da Saúde consideradas como essenciais para a assistência pré-natal.

**Critério de Inclusão:** Serão incluídas no estudo as mulheres admitidas para parto na maternidade do HRSJ /SC no período da coleta de dados e que realizaram assistência pré-natal no município de São José pelo SUS, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estiverem portando o cartão de pré-natal. As mulheres com idade inferior a 18 anos participarão do estudo mediante a assinatura do TCLE por parte dos responsáveis e Termo de Assentimento por elas mesmas.

**Critério de Exclusão:** Serão excluídas do estudo as mulheres que não realizaram consultas de pré-natal e as mulheres com idade gestacional

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar a qualidade da assistência pré-natal, mediante critérios normativos, das mulheres admitidas para parto na Maternidade do Hospital Regional de São José, Santa Catarina.

**Objetivo Secundário:**

- Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e comportamental da população de estudo atendida na maternidade.
- Identificar quais as principais falhas na assistência de pré-natal prestada.
- Investigar os fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais associados à qualidade da assistência pré-natal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Invasão de privacidade, estigmatização, divulgação de dados confidenciais e incômodo da tomada de tempo preenchendo as questões.

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOÇA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.022.991

**Benefícios:** O objetivo da atenção pré-natal é acompanhar a mulher desde o início da gestação, garantindo o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mãe. Uma assistência de qualidade é composta por condutas acolhedoras, ausência de intervenções desnecessárias, acesso fácil aos serviços de saúde, ações integradas entre os níveis de atenção, o que envolve promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante. Diagnosticar onde estão as falhas da assistência é primordial para tomar as devidas ações corretivas, pois saberemos se há algo que não está sendo executado adequadamente, no intuito de aprimorar a atenção à saúde do binômio mãe-bebê desde o pré-natal. O estudo, portanto, prevê um benefício indireto e não há benefício direto para as participantes

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vinculação do projeto: Dissertação de Mestrado no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade do Sul de Santa Catarina

Participantes: 317 mulheres admitidas para parto na maternidade do HRSJ /SC no período da coleta de dados e que realizaram assistência pré-natal no município de São José pelo SUS

Dispensa do TCLE e justificativa: Não

Acesso a dados secundários: Sim

Previsão de início e encerramento do estudo: 01/09/2021 a 31/07/2022

Previsão de início da coleta de dados: 01/10/2021 a 31/03/2022

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

-Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

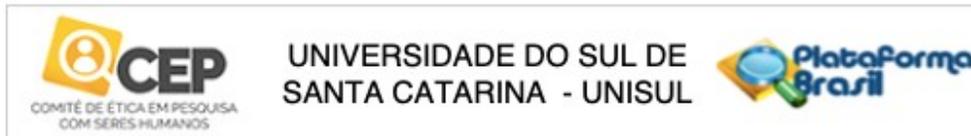
**Recomendações:**

-Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências éticas.

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC **Município:** PALHOCA  
**Telefone:** (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.022.991

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 e/ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1761684.pdf	09/09/2021 13:24:48		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_Vanessa.pdf	09/09/2021 13:24:34	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.docx	01/09/2021 21:09:47	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	01/09/2021 19:56:39	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Outros	TALE.docx	01/09/2021 19:55:34	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	01/09/2021 19:54:47	Vanessa Martins Rosa	Aceito
Declaração de concordância	concordancia.pdf	01/09/2021 19:53:37	Vanessa Martins Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/09/2021 19:51:29	Vanessa Martins Rosa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25  
 Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270  
 UF: SC Município: PALHOCA  
 Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.022.991

PALHOCA, 06 de Outubro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Rafael Mariano de Bitencourt**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Pedra Branca, 25  
**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca      **CEP:** 88.137-270  
**UF:** SC      **Município:** PALHOCA  
**Telefone:** (48)3279-1036      **Fax:** (48)3279-1094      **E-mail:** cep.contato@unisul.br

## Anexo B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - UNISUL

A Sra. \_\_\_\_\_ está sendo convidada a participar do estudo “Avaliação da qualidade de pré-natal de participantes admitidas na maternidade do Hospital Regional de São José -SC”. Esta pesquisa está associada a Dissertação de Mestrado da Pós Graduação da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), de Vanessa Martins Rosa, sob orientação da Profa. Dra. Betine Moehlecke Iser, professora da pós graduação da UNISUL. O objetivo deste estudo é descrever a qualidade da assistência pré-natal das pacientes admitidas para parto na Maternidade do Hospital Regional de São José, Santa Catarina.

Caso você aceite participar, você terá que preencher um questionário com informações sobre a assistência de pré-natal ofertada a Sra. e sobre informações pessoais socioeconômicas, que durará em torno de 5 minutos. Serão também coletados, por parte do pesquisador, dados do seu cartão de pré-natal (o que inclui exames realizados e conteúdo das consultas) e do seu prontuário (data do parto, horário e idade gestacional). Dados estes que serão registrados em um instrumento de estudo (lista de verificação). Lembrando que os dados serão somente analisados com sua autorização, estando livre para negar a cessão das informações

O objetivo da atenção pré-natal é acompanhar a mulher desde o início da gestação, garantindo o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mãe. Uma assistência de qualidade é composta por condutas acolhedoras, ausência de intervenções desnecessárias, acesso fácil aos serviços de saúde, ações integradas entre os níveis de atenção, o que envolve promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante. Levando em conta que a maioria das doenças vividas por mulheres durante a

gravidez e de morte materna ocorrem por causas evitáveis, reforça-se a importância da análise da qualidade da atenção em saúde ofertada às gestantes. Diagnosticar onde estão as falhas da assistência é primordial para tomar as devidas ações corretivas. Uma vez que saberemos se há algo que não está sendo executado e qual é essa falha, no intuito de aprimorar a atenção à saúde do binômio mãe-bebê desde o pré-natal a nível tanto do município quanto nacionalmente, sendo este o benefício indireto do estudo. Importante ressaltar que não há benefício direto para as participantes.

Com sua participação nesta pesquisa, a Sra estará exposta a riscos como invasão de privacidade, estigmatização, divulgação de dados confidenciais e incômodo da tomada de tempo preenchendo as questões. Para minimizar esses riscos, ações primordiais serão realizadas por parte dos pesquisadores como: limitar o acesso ao prontuário somente para a coleta das informações específicas da pesquisa, assegurar a confiabilidade e privacidade dos dados coletados, a garantia da inutilização das informações em prejuízo das pessoas; e caso eles venham a ocorrer, serão tomadas as devidas providências sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) responsável conforme previsto em lei.

O material e informações obtidas podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, sem sua identificação. Não será realizado nenhum registro de imagem, áudio ou vídeo da Sra. Apenas será realizada a cópia do cartão de pré-natal, que será mantido em sigilo e arquivado, e suas informações não serão divulgadas em nenhum meio com identificação pessoal. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição individualizada dos dados da pesquisa. Sua participação é voluntária e a Sra terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza.

A Sra também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Se com a sua participação na pesquisa for detectado que você apresenta alguma condição que precise de tratamento, você

receberá orientação da equipe de pesquisa, de forma a receber um atendimento especializado. Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir da finalização desta pesquisa, no segundo semestre do ano de 2022 através do contato telefônico ou por email da pesquisadora (celular (48)99954-1465, email: [vanessamartinsrosa@gmail.com](mailto:vanessamartinsrosa@gmail.com)). Os dados coletados nesta pesquisa através do questionário e da lista de verificação somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que a Sra. não poderá ser paga, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos à Sra. No entanto, caso a Sra. tenha alguma despesa decorrente da sua participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, a Sra. será ressarcida do valor gasto bastando entrar em contato com os pesquisadores. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado, conforme determina a lei.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o Termo de Consentimento de participação em todas as páginas e no campo previsto para o seu nome, que é impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra via com a Sra. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12-09-2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

## Consentimento de Participação

Eu \_\_\_\_\_ concordo em participar, voluntariamente da pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade de pré-natal de participantes admitidas na maternidade do Hospital Regional de São José -SC” conforme informações contidas neste TCLE.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador (a) orientador (a):

E-mail para contato:

Telefone para contato:

Assinatura do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável:

Nome: Vanessa Martins Rosa

E-mail para contato: [vanessamartinsrosa@gmail.com](mailto:vanessamartinsrosa@gmail.com) <mailto:biamaffioletti@gmail.com>

Telefone para contato: (48) 99954-1465

Assinatura do (a) aluno (a) pesquisador (a): 

## Anexo C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Olá, você está sendo convidado a participar da estudo “Avaliação da qualidade de pré-natal de participantes admitidas na maternidade do Hospital Regional de São José SC”, coordenada pelo professor Profa. Dra. Betine Moehlecke Iser.

Caso você aceite participar, você terá que preencher um questionário com informações sobre a assistência de pré-natal ofertada a você e sobre informações pessoais socioeconômicas, que durará em torno de 5 minutos. Serão também coletados, por parte do pesquisador, dados do seu cartão de pré-natal (o que inclui exames realizados e conteúdo das consultas) e do seu prontuário (data do parto, horário e idade gestacional). Dados estes que serão registrados em um instrumento de estudo (lista de verificação). Lembrando que os dados serão somente analisados com sua autorização, estando livre para negar a cessão das informações, e isso não acarretará nenhum prejuízo a você.

O objetivo da atenção pré-natal é acompanhar a mulher desde o início da gestação, garantindo o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mãe. Uma assistência de qualidade é composta por condutas acolhedoras, ausência de intervenções desnecessárias, acesso fácil aos serviços de saúde, ações integradas entre os níveis de atenção, o que envolve promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante. Levando em conta que a maioria das doenças vividas por mulheres durante a gravidez e de morte materna ocorrem por causas evitáveis, reforça-se a importância da análise da qualidade da atenção em saúde ofertada às gestantes. Diagnosticar onde estão as falhas da assistência é primordial para tomar as devidas ações corretivas. Uma vez que saberemos se há algo que não está sendo executado e qual é essa falha, no

intuito de aprimorar a atenção à saúde do binômio mãe-bebê desde o pré-natal a nível tanto do município quanto nacionalmente, sendo este o benefício indireto do estudo. Importante ressaltar que não há benefício direto para as participantes.

Com sua participação nesta pesquisa, você estará exposta a riscos como invasão de privacidade, estigmatização, divulgação de dados confidenciais e incômodo da tomada de tempo preenchendo as questões. Para minimizar esses riscos, ações primordiais serão realizadas por parte dos pesquisadores como: limitar o acesso ao prontuário somente para a coleta das informações específicas da pesquisa, assegurar a confiabilidade e privacidade dos dados coletados, a garantia da inutilização das informações em prejuízo das pessoas; e caso eles venham a ocorrer, serão tomadas as devidas providências sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) responsável conforme previsto em lei.

Se você morar longe do Hospital Regional, nós daremos a seus pais e/ou responsáveis dinheiro suficiente para transporte, para que eles também possam acompanhar o estudo.

Ninguém saberá que você está participando do estudo; não falaremos a outras pessoas sobre as informações que você nos der com seu nome ou imagem e que possam identificar você. Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir da finalização desta pesquisa, no segundo semestre do ano de 2022 através do contato telefônico ou por email da pesquisadora (celular (48)99954-1465, email: [vanessamartinsrosa@gmail.com](mailto:vanessamartinsrosa@gmail.com)). Os dados coletados nesta pesquisa através do questionário e da lista de verificação somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

### Consentimento de Participação

Eu \_\_\_\_\_ concordo em participar, do estudo intitulada estudo “Avaliação da qualidade de pré-natal de participantes admitidas

na maternidade do Hospital Regional de São José -SC” conforme informações contidas neste documento (TALE).

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que não terei problemas em desistir.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar do estudo.

Pesquisador (a) orientador (a):

E-mail para contato:

Telefone para contato:

Assinatura do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Outros pesquisadores:

Nome: Vanessa Martins Rosa

E-mail para contato: [vanessamartinsrosa@gmail.com](mailto:vanessamartinsrosa@gmail.com) <mailto:biamaffioletti@gmail.com>

Telefone para contato: 48 99954-1465

Assinatura do (a) aluno (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

## ANEXO D – INSTRUÇÕES REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

### INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.

Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.

Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.

Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

### **Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva.**

Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.

Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma

detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.

As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.

O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional. Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.

As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

#### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área. **Artigos de**

**Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

#### Apresentação de manuscritos

Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

#### Autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

#### Nomenclaturas

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

#### Ilustrações e Escalas

O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por

meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores- chefes.

Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE

(<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

#### Agradecimentos

Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

#### Financiamento

RC&SC atende Portaria N<sup>o</sup> 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

## Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al* 2.

Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1:

“Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

## Exemplos de como citar referências

### Artigos em periódicos

Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

### Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

### Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

### Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

### Livros e outras monografias

Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

## Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

## Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

#### Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.  
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.  
Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

#### Material eletrônico

##### Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:  
<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:  
<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

##### Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

##### Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.