

Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Medicina  
Mestrado em Epidemiologia

**AVALIAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA  
Modificação dos Indicadores de Saúde  
e Qualidade da Atenção.**

**Silvia Takeda**

**Orientadores:  
Fernando Celso Barros  
Sandra Fuchs**

**Porto Alegre  
1993**

## AGRADECIMENTOS

As equipes de saúde do Valão,  
a antiga e a atual, que  
"seguraram as pontas";

A Adriana, Claunara e Cristiana,  
pelo companheirismo;

Ao Mario, pelo incentivo  
e por ter me ensinado a,  
como disse o César,  
"pilotar jatos".

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho de conclusão, apresentado ao Mestrado de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas em fev. 1993, está composto por um projeto de pesquisa (aprovado em dez. 1992), um relatório de trabalho de campo, e dois textos que serão submetidos a publicação na Revista de Saúde Pública-SP. Está sendo apresentado neste momento por exigência do curso. O trabalho, no entanto, faz parte de um projeto mais amplo, que avalia a atuação da Unidade Valão do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, seis anos após ter sido implantada, bem como a situação de saúde da população da área de abrangência desta Unidade. Como parte integrante do projeto constam as seguintes pesquisas:

- Avaliação das Ações de Saúde em uma Unidade de Atenção Primária - aqui apresentada
- Qualidade da Atenção Pré-natal - aqui apresentada
- Qualidade da Puericultura em Menores de 1 Ano - em fase de análise de dados
- Censo de Vacinação - em fase de revisão do texto
- Estudo das Visitas a "Faltosos" dos Programas - em fase de redação

A pesquisa sobre vacinação foi realizada em conjunto com Alcidez Miranda, Ilóite Scheibel e Mario Tavares. A pesquisa sobre as visitas a faltosos foi realizada com Mario Tavares.

O projeto foi parcialmente financiado através de uma bolsa de mestrado da Capes, e um auxílio pesquisa obtido para o censo de vacinação, da Fapergs.

## SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	5
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	19
AVALIAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	23
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL	42
ANEXOS	60
Questionários	
Manual de Instruções	
Mapa de Campo	
Mapas da área estudada	

**MODIFICAÇÕES NA COBERTURA E QUALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE  
DESENVOLVIDAS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, APÓS UMA  
INTERVENÇÃO.**

Protocolo de Pesquisa  
nov. 91  
Mestrado em Epidemiologia - Universidade Federal Pelotas

Silvia Takeda\*

Orientadores:  
Fernando Celso Barros\*\*  
Sandra Fuchs\*\*

\* Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS  
\*\* Universidade Federal de Pelotas, Dpto Medicina Social, Pelotas, RS

## SUMÁRIO

<b>I. INTRODUÇÃO</b>	7
1.1 Objetivos	8
Gerais	
Específicos	
1.2 O Serviço de Saúde Comunitária (SSC)	8
1.3 O Perfil da População do Valão	9
1.4 Os Problemas Priorizados para Intervenção	9
1.5 A Intervenção	9
Implantação do posto de saúde	9
Implantação dos programas de saúde	9
<b>II. METODOLOGIA</b>	12
2.1 Indicadores de Cobertura	12
Sistema de Amostragem	
Questionários	
2.2 Indicadores de Qualidade do Serviço	14
2.3 Definições	15
2.4 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores	15
2.5 Estudo-piloto	16
2.6 Logística	16
2.7 Processamento e análise dos dados	16
<b>III. CRONOGRAMA</b>	17
<b>IV. ORÇAMENTO</b>	17
<b>V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	18

## I. INTRODUÇÃO

A avaliação de intervenções em saúde tem recebido considerável atenção na última década. Com ênfase em atividades preventivas e projetos de base populacional no contexto da Atenção Primária, a avaliação dos efeitos dos programas no estado de saúde da população tem sido mais enfática. A cada projeto é recomendado um forte componente de monitoramento e avaliação, para permitir avaliar seu resultado em termos de variáveis quantificáveis<sup>1,2</sup>.

Existe muita ênfase em medir impacto na saúde, definido como redução na mortalidade, morbidade e melhora nutricional<sup>2</sup>. Porém, medir impacto em saúde exige tempo, custos, e consideráveis discussões metodológicas que tornam a avaliação não operacional<sup>1,2</sup>. Van Norren<sup>2</sup> propõe a avaliação de programas de saúde através do estudo de "variáveis intermediárias", variáveis estas que diretamente afetam o estado de saúde e podem ser influenciadas por intervenções com programas em atenção primária à saúde (imunizações, aleitamento materno, cuidado pré-natal, espaçamento entre gestações, ...).

Em 1986, com o objetivo de conhecer o perfil de saúde da população onde estava sendo implantado uma Unidade de Atenção Primária, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição realizou duas pesquisas operacionais<sup>3,4</sup>. Na primeira, de base populacional, foram estudados 20% dos domicílios da área de abrangência do serviço. A segunda estudou todos os atendimentos ambulatoriais realizados durante três semanas.

Estes estudos evidenciaram baixa cobertura de pré-natal (2/3 das gestantes sem pré-natal adequado<sup>5</sup>, baixa cobertura vacinal (40% das crianças com mais de 6 meses no vacinadas), alta prevalência de desnutrição infantil (18% das crianças menores de três anos com déficit de peso/idade), e realização de poucos exames para detecção precoce do câncer ginecológico (realizados exames citopatológicos em apenas dois terços das mulheres de 15 a 64 anos que consultaram), entre outros problemas.

Após a identificação de problemas foram definidas prioridades de atuação, e para cada problema priorizado foram estabelecidas metas de cobertura a serem atingidas, foram propostas melhorias da qualidade do serviço prestado, e realizada uma intervenção. A este conjunto de atividades denominou-se "programa".

O objetivo deste estudo é avaliar se houve modificações em indicadores de

cobertura, e se houve melhorias na qualidade do serviço prestado, após a intervenção. Como intervenção entende-se a implantação do posto e dos programas de saúde.

#### **OBJETIVOS GERAIS:**

. Avaliar se após a implantação de uma unidade de Atenção Primária e de programas para atendimento de problemas prioritizados, em uma população com baixa renda, houve modificações nos indicadores de cobertura.

. Avaliar se houve melhora na qualidade das ações de saúde desenvolvidas pela equipe do Serviço de Saúde Comunitária, após a implantação de programas aos problemas prioritizados.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

. Avaliar se houve modificações no atendimento pré-natal, após a intervenção, através da avaliação da cobertura, adequação do pré-natal e qualidade do atendimento;

. Avaliar se houve modificações na cobertura e qualidade das consultas para detecção precoce do câncer ginecológico, após a intervenção;

. Avaliar se houve modificações na cobertura vacinal e qualidade das consultas de puericultura, após a intervenção;

. Avaliar se houve modificações na prevalência de desnutrição e incidência de recém-nascidos de baixo-peso, após a intervenção;

#### **O Serviço de Saúde Comunitária:**

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) localiza-se em área de periferia urbana na zona Norte de Porto Alegre - RS. É um serviço de Atenção Primária, composto por dez unidades (postos de saúde). Cada unidade abrange uma área geograficamente delimitada cuja população é de aproximadamente 10.000 pessoas. As equipes de saúde são multiprofissionais (médicos, dentistas, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, e auxiliares de enfermagem e administrativos). Entre as atividades desenvolvidas destacam-se atendimento ambulatorial e domiciliar, atividades de educação em saúde a nível individual e coletivo, formação de recursos humanos e realização de pesquisas operacionais.



Este estudo se refere a um dos postos de saúde que compõem o SSC, a Unidade Valão.

### **O Perfil da População abrangida pela Unidade Valão:**

A Unidade Valão abrange área com aproximadamente 7.500 pessoas<sup>3</sup>. Os estudos realizados<sup>3,4</sup> mostraram que um terço das famílias eram "posseiros", e recebiam menos de 2 salários mínimos. Entre os trabalhadores, 80% correspondiam a trabalhadores cuja mão de obra não era qualificada e com grande dependência do mercado informal. Das mulheres de 15 a 44 anos, 10% eram analfabetas. E um quarto das crianças em idade escolar não frequentavam escola. Em 17% dos domicílios não havia água encanada.

Destacam-se algumas características de saúde da população: 13% das crianças nasceram com peso menor que 2.500gr, cerca de metade das mulheres em idade fértil não fazia anticoncepção, em 7% dos domicílios houve referência a "problemas com álcool", além dos problemas de saúde já mencionados.

### **Os Problemas Priorizados:**

Após a identificação de problemas através dos diagnósticos de saúde, e utilizando critérios bibliográficos e operacionais de definição de prioridades, foram escolhidas para intervenção (através de programas) as seguintes situações: **acompanhamento pré-natal, puericultura a menores de 1 ano, tratamento da desnutrição em menores de 3 anos e detecção precoce do câncer ginecológico.**

## **INTERVENÇÃO**

### **1. Implantação da Unidade de Saúde:**

A unidade de saúde foi implantada em maio de 1986. Localiza-se no meio da Vila, sendo fácil o acesso. Presta atendimento ambulatorial e domiciliar das 8 às 20 horas, incluindo plantões aos sábados. Os atendimentos são realizados por médicos, enfermeira, auxiliares de enfermagem, e assistente social. Têm como sistema de referência o Grupo Hospitalar Conceição (atenção secundária e terciária, laboratório e medicamentos). Foram

realizados, em média, 1.500 atendimentos ambulatoriais mensais no ano de 1986, 2.000 nos anos 87 e 88, 3.000 nos anos 89 e 90 e 3.600 nos anos 91 e 92<sup>6</sup>.

## 2. Implantação dos programas:

Os objetivos gerais dos programas foram aumentar cobertura e melhorar a qualidade do atendimento.

Para cada problema priorizado foram definidas metas de cobertura, estabelecidas rotinas de atendimento, realizado treinamento das equipes de saúde, implantado sistema de aprazamento dos inscritos nos programas e sistema de busca a "faltosos", e foi realizada avaliação periódica do desempenho dos programas.

A seguir é feita uma descrição do que consiste cada programa.

### Programa Pré-Natal:

O programa de acompanhamento pré-natal foi implantado em abril de 1989. A meta foi atingir cobertura anual de 100% (200 gestantes em pré-natal), com altos índices de adequação do pré-natal<sup>5</sup>, além de buscar melhor qualidade do atendimento prestado.

Desde a implantação do programa, cada gestante identificada é inscrita. Para isto é utilizada uma ficha individual com dados de identificação, data da última menstruação (DUM) e data de cada consulta realizada. Esta ficha é aprazada conforme época prevista para o retorno da gestante. No fim de cada mês o coordenador do programa identifica as gestantes que não consultaram, e estas são visitadas e convidadas a consultar. Além das fichas de inscrição e planilhas de busca a "faltosas", o sistema de registro é composto pela ficha perinatal<sup>7</sup>, desenvolvida pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, e anexada ao prontuário, onde são registradas as informações de cada consulta. Há também uma carteirinha de gestantes com as mesmas informações da ficha peri-natal, que fica com a paciente.

Para aumentar o número de gestantes em pré-natal foram utilizadas algumas estratégias comunitárias que incluíram discutir a importância do acompanhamento pré-natal nos grupos de vizinhança, grupo de mães, grupos terapêuticos, com lideranças comunitárias, e nos cursos locais de agentes de saúde, além de realização de cursos sobre saúde da mulher.

Por ocasião da implantação do programa toda equipe de saúde recebeu treinamento. Os objetivos do treinamento foram sensibilização e treinamento para realizar

pré-natal de baixo risco e identificar e encaminhar pré-natais de alto-risco. As rotinas de atendimento foram embasadas em revisão bibliográfica<sup>7,8</sup>.

Mensalmente é avaliado o andamento do programa. Com base na taxa bruta de natalidade (2,5% em 86) supôs-se haver cerca de 200 mulheres que engravidavam a cada ano. A cobertura atingida em 1990 foi em torno de 90% (168 gestantes foram inscritas no programa de pré-natal). Foram realizadas em média 5,2 consultas para cada gestante (para este cálculo foram excluídas as que tiveram aborto e aquelas de alto-risco, que foram encaminhadas). Estas informações foram obtidas através da planilha de avaliação periódica dos programas (modelo em anexo).

Mas através da avaliação que vem sendo realizada não é possível responder a algumas questões: Qual é a atual taxa de natalidade na população estudada? Qual é o número de gestantes que não faz pré-natal? Qual é o número de gestantes que faz pré-natal na Unidade Valão e não mora na área de abrangência do serviço? Qual é o número de gestantes que mora, e não faz pré-natal na Unidade? Quais são os índices de adequação ao pré-natal?

#### **Programa de Detecção Precoce do Câncer Ginecológico:**

Implantado em março de 1989. A meta foi atingir cobertura de 70% das mulheres de 15 a 64 anos (1.705 mulheres) em 2 anos. Além disso, realizar revisão ginecológica periódica, conforme critérios de risco para cada inscrita no programa<sup>9</sup>.

Os aspectos abordados para a implantação do programa (sistema de registro/treinamento da equipe/estratégias comunitárias para aumento de cobertura/sistema de avaliação) foram semelhantes àqueles descritos para o programa de pré-natal.

A cobertura atingida no período (2 anos) foi de 40% (900 mulheres fizeram exame citopatológico pelo menos uma vez, e dois terços destas fizeram exame de mamas<sup>9</sup>. Após a implantação do programa foram identificados duas lesões pré-malignas de colo de útero e três cânceres de mama. A avaliação realizada não responde algumas perguntas necessárias para definir quanto a equipe de saúde deverá continuar investindo neste programa. Qual é o número de mulheres no Valão com pelo menos 1 exame citopatológico realizado nos últimos 3 anos (cobertura na população)?

#### **Programa para Crianças:**

Foi implantado em agosto de 1989. A meta estabelecida foi realizar

puericultura a todas crianças menores de um ano (cerca de 200 crianças), e tratamento de todos desnutridos menores de três anos (88 desnutridos).

Também para a implantação deste programa utilizou-se um sistema de registro e avaliação, treinamento da equipe e estratégias comunitárias para aumento de cobertura semelhante àqueles descritos para os outros programas.

O sistema de avaliação sistemático mostra que a cobertura atingida pela Unidade Valão no ano de 1989 foi de 55% (113 crianças) para puericultura e 25% (22 desnutridos) para acompanhamento da desnutrição. Mas, qual é o número de crianças que não fazem puericultura (nem no Valão nem em outros serviços)? Quantas daquelas que fazem no Valão pertencem a famílias que não moram na área de abrangência do serviço? Quantas crianças estão em acompanhamento de puericultura em outros serviços? Qual é o perfil da puericultura que as crianças estão recebendo? (anamnese, vacinação, curva de crescimento,...).

## **II. METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento deste projeto dois aspectos diferentes serão considerados:

- Comparação dos indicadores de cobertura identificados em 1986 com os mesmos indicadores a serem estudados agora;
- Comparação de indicadores de qualidade do serviço prestado, antes e após a intervenção.

### **2.1 INDICADORES DE COBERTURA:**

Para a avaliação dos indicadores de cobertura atual será desenvolvido um estudo de base populacional, à semelhança do estudo realizado em 1986.

#### **Sistema de Amostragem:**

Serão visitados 50% dos domicílios em sistema de amostragem sistemática (uma casa sim, outra não). Conforme dados de 86, e com o parecer de não haver aumentado o número de domicílios nesta população, serão realizadas 900 visitas. Desta forma espera-se encontrar 115 gestantes, 1200 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, 44 crianças com menos de 3 anos e desnutridas, e em torno de 100 crianças com menos de 1 ano.

Com estes números amostrais espera-se, com um poder de 80% (ou maior

para algumas situações) detectar como estatisticamente significativa ao nível de 5%, as diferenças entre as prevalências nos dois períodos.

Tabela 4 - Dados utilizados para o cálculo do tamanho da amostra, considerando as proporções de cobertura em 1986 e as mesmas proporções esperadas em 1991.

	1986	1991	Nº	Poder
	% não expostos	% expostos à intervenção		
Cobertura pré-natal	33	90	78	99%
Cobertura de CP* e exames de mama	30	50	225	99%
Cobertura de puericultura	20	50	94	99%
Cobertura de desnutridos acompanhados	15	25	40	50%

\* Citopatológicos

#### Questionários:

Em cada domicílio visitado serão aplicados:

- a) **questionário geral**, o mesmo utilizado no diagnóstico de comunidade realizado em 1986. O objetivo deste é avaliar se o perfil socio-econômico-cultural da população é semelhante ao de cinco anos atrás.
- b) **questionário para gestantes**, onde serão registradas as seguintes informações: dados de identificação, idade gestacional, realização de acompanhamento pré-natal (local, data do início do acompanhamento, nº de consultas realizadas, situação vacinal, realização de exames de rotina, carteirinha de gestante).
- c) **questionário para mulheres de 15 a 64 anos**, onde será registrada a realização de exames citopatológicos de colo uterino nos últimos três anos (local, data, nº de exames e resultados).
- d) **questionário para crianças com menos de um ano**, registrando: peso de nascimento, tempo de aleitamento materno exclusivo, peso atual, realização de consultas de puericultura (nº e data de cada consulta). Obs.: a situação vacinal foi investigada este ano através de censo em toda população, realizado em 90<sup>10</sup>.

Será considerada consulta de puericultura toda aquela em que a mãe refere como "consulta de revisão". Não serão consideradas as consultas de revisão para um problema específico (Ex.: revisão da otite"). Esta questão não foi testada e é possível que não funcione. Se o gráfico "caminho da saúde" for de uso comum, como se espera, talvez

seja possível verificar número de consultas de puericultura através dele.

**e) questionário para crianças menores de 3 anos e desnutridas:** Registrando dados de identificação, peso atual, peso de nascimento, número de consultas nos últimos 6 meses.

## 2.2 INDICADORES DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO:

A qualidade do atendimento prestado será avaliada indiretamente através das informações registradas nos "prontuários de família". Cada família que utiliza o serviço de saúde tem um prontuário onde são anotadas as consultas realizadas. Este sistema de registro é utilizado desde a implantação do posto, e acredita-se ser pequeno o número de consultas em que não é feito o registro. Para avaliar se esta impressão é real, será realizado um levantamento onde todos os atendimentos realizados durante duas semanas de 1986 (cerca de 350 consultas médicas) e uma semana de 1990 (cerca de 350 consultas médicas) serão pesquisados. Os períodos serão escolhidos por sorteio das semanas de cada ano. Este levantamento é possível porque toda consulta marcada é registrada em planilhas de atendimento pela secretária do posto, desde a implantação do mesmo.

Através dos registros serão estudadas as características dos atendimentos prestados em 1986 e em 1990 para as gestantes, para crianças em puericultura, crianças desnutridas, e para mulheres que fizeram revisão ginecológica.

Para cada um destes programas serão avaliados itens definidos como necessários para uma consulta de boa qualidade (ver item "definições").

Em 1986 não haviam programas de saúde implantados, portanto não há cadastro que identifique as pessoas (cujos registros serão pesquisados) que consultaram no posto naquela ocasião. Diante disto é necessária a revisão dos 1.030 prontuários abertos naquele ano, e a identificação dos casos. Já foi realizada a revisão de 500 prontuários, e neles identificadas 160 pessoas alvo. Serão estudadas as características do atendimento a cada pessoa alvo para a análise da qualidade destes atendimentos em 1986.

Em 1990 estiveram inscritos nos programas 770 pessoas. Para, com um poder de 80%, confiança de 95%, poder identificar uma diferença de qualidade de atendimento antes e após a implantação dos programas, calculou-se o seguinte tamanho de amostra:

**Crianças:** Supondo que, entre as crianças que fizeram puericultura no Valão em 1986, 30% havia registro de puericultura de boa qualidade, e que este registro deve ser de 50% em

1991, será necessário revisar 103 casos em cada ano.

**Gestantes:** Supondo que, para o ano de 1986, 20% dos registros mostrarão consultas de boa qualidade, e que após a implantação do programa esta taxa deverá ser de 50%, será necessária a revisão de 50 prontuários em cada ano de estudo.

**Detecção Precoce do câncer ginecológico:** Supondo que em 1986 trinta por cento das consultas ginecológicas eram atendimentos de boa qualidade, e que em 1991 esta taxa tenha duplicado, será necessária a revisão de 50 prontuários em cada ano em estudo.

**Desnutridos:** Serão revisados todos os prontuários dos desnutridos de 1986 e de 1991. É pequeno o número de desnutridos em acompanhamento (22 para o ano de 1990).

A coleta das informações nos prontuários usará planilhas próprias para cada programa.

#### **Definições:**

- **Pré-natal adequado:** com base no Índice de Kessner<sup>5</sup>, que considerando a DUM, a idade gestacional e o número de consultas, classifica em adequado/intermediário/não adequado.

- **Com revisão ginecológica adequada:** pelo menos 1 exame citopatológico e um exame de mamas realizado nos últimos 3 anos.

- **Puericultura adequada e desnutrido acompanhado ou em acompanhamento:** critérios em elaboração, a partir de referências bibliográficas.

Para o estudo da qualidade do serviço prestado através do registro: (os critérios vão ser baseados principalmente naqueles definidos na época da implantação dos programas como atendimento/consulta de boa qualidade)

- **Pré-natal de boa qualidade:** além de adequado em número e época das consultas, serão estudadas as características de cada consulta)

- **Revisão ginecológica de boa qualidade:** análise de cada consulta ginecológica.

- **Consulta de puericultura de boa qualidade:** análise de cada consulta de puericultura

- **Consultas a desnutridos de boa qualidade:** conteúdo de cada consulta e número de consultas realizadas.

#### **Seleção e treinamento dos entrevistadores:**

Serão selecionados 4 estudantes de medicina com experiência anterior em pesquisas de base populacional, para realizarem as entrevistas. O treinamento constará de

reuniões para discussão dos questionários, estudo do manual de instruções e dramatização de situações.

**Estudo-piloto:**

Todas as fases da pesquisa serão testadas através do estudo-piloto. Cada entrevistador realizará 20 entrevistas e codificará os questionários no mesmo dia. Cada dificuldade será discutida em conjunto com a coordenadora do estudo. Todos questionários serão digitados e submetidos a uma análise preliminar.

**Logística:**

Supondo serem necessários, em média, 25 minutos para cada domicílio visitado, serão utilizadas 375 horas para o trabalho de campo (3 visitantes, 4 horas por dia, por 31 dias úteis - os entrevistadores trabalharão separadamente).

As visitas serão realizadas nos períodos da manhã, ou tarde ou entardecer, incluindo os sábados e, se necessário, domingos, para obtenção de entrevistas de pessoas que não possam ou não queiram ser entrevistadas durante a semana.

Ao fim de cada turno de trabalho os entrevistadores codificarão os questionários realizados (prevê-se 10 questionários em cada turno). No fim de cada dia, inicialmente, e depois 2 a 3 vezes por semana, haverá uma reunião com a coordenadora do estudo para revisão dos questionários e discussão de dúvidas.

Para que não haja recusas e situações de dificuldade para os entrevistadores, lideranças comunitárias de cada área da vila serão informadas da realização do estudo, e apresentadas aos entrevistadores.

**Processamento e análise dos dados:**

Serão feitas duas digitações por diferentes digitadores, comparação das digitações através do programa, limpeza e consistência de dados, através do programa Epi-Info, e a análise dos dados será realizada em SPSS-PC+.



**CRONOGRAMA DA PESQUISA:**

ANO	1991					1992					
	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set
Preparação	**	**									
Seleção e treinamento	**	**									
Estudo-piloto			**								
Trabalho de campo			**	**	**						
Processamento de dados					**	**	**				
Análise					**	**	**	**			
Redação								**	**	**	
Apresentação											**

**ORÇAMENTO:**

- Salários	
. 3 entrevistadores .....	400
. 1 digitador .....	150
- Transporte	
. passagens de ônibus .....	20
- Material de Consumo:	
. material de escritório .....	50
. pastas para arquivar questionários .....	10
. papel para computador .....	15
. disquetes .....	20
. fita para impressora .....	15
. impressão de questionários e manuais .....	40
- Outros:	
. impressão do relatório final .....	50
. fotocópias da bibliografia .....	100

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vaughan, PJ. et al. Evaluation of Primary Health Care: Approaches, comments and criticisms. *Tropical Doctor*. April 1984, 14, 56-60.
2. Van Norren, J et al. Simplifying the evaluation of Primary Health Care programmes. *Social Sci Med*, 1989; Vol 28, nº10, 1091-1097.
3. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária - Equipe de Epidemiologia. Diagnóstico de Saúde da Comunidade. Porto Alegre. Mimeo, 1986.
4. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária - Equipe de Epidemiologia. Diagnóstico de Demanda Ambulatorial: Resultados Preliminares. Porto Alegre. Mimeo, 1993.
5. Quick JD, Roghmann KJ. Prenatal care and pregnancy outcome in an HMO and general population: A multivariate cohort analysis. *AJPH*. April 1981; Vol. 71, nº 4, 381-90.
6. Dados do SAME - Grupo Hospitalar Conceição
7. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Pré-natal de baixo risco. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Mimeo, 1986.
8. Centro Latino Americano de Perinatologia y Desarrollo Humano (CLAP). El control prenatal. *Salud Perinatal (Boletín del CLAP)* 1990; Vol. 3, Nº 10.
9. Fernandes CL, Curra LCD. Programa de gestantes. Serviço de Saúde Comunitária - Grupo Hospitalar Conceição. Mimeo, 1988.  
Accioli G, Scheibel I. Avaliação do Programa de Saúde da Mulher. Grupo Hospitalar Conceição. Mimeo, 1990.  
Albuquerque MA, Devinar L. Programa da Criança. Serviço de Saúde Comunitária - Grupo Hospitalar Conceição. Mimeo, 1990.
10. Miranda A, Scheibel I, Tavares M, et al. Cobertura vacinal em crianças na área de abrangência do Valão. Serviço de Saúde Comunitária- Unidade Valão, Porto Alegre. Mimeo, 1991.

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**  
**Diagnóstico de Saúde da População do Valão/1992**

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**  
**Diagnóstico de Saúde da População do Valão/1992**

**1. Pessoal**

Foram contratadas 4 estudantes de medicina para realizarem o treinamento, e uma quarta pessoa, relações públicas, com experiência prévia em pesquisa, para supervisionar o trabalho de campo. O treinamento durou uma semana e constou de leitura dos questionários, estudo do manual de instruções, reuniões de esclarecimento de dúvidas, dramatização de situações, e entrevistas assistidas. Os primeiros questionários foram aplicados em duplas, com vistas a uniformizar a forma de inquirir.

**2. Estudo Piloto**

Foram realizadas 47 visitas (5% da amostra) para o estudo piloto. Os questionários foram codificados, digitados e analisados. Foi necessária a modificação de uma pergunta, não havendo outras alterações (ver manual de instruções). Diante disto foram utilizados para o estudo, após revisita para complementar a questão modificada.

**3. Processo de Amostragem**

Cada quadra (9 quadras) foi numerada e sorteada entre as entrevistadoras. A seguir foram também numeradas e sorteadas as esquinas, para estabelecer o local da primeira visita. A partir daí uma casa era visitada e a seguinte não. Os critérios estabelecidos para considerar os imóveis a serem ou não entrevistados e roteiro a ser seguido nos casos de becos e locais de difícil acesso estão detalhados no Manual de Instruções, em anexo. O tamanho da amostra está detalhado no projeto de pesquisa.

**4. Coleta dos Dados: Duração e Características**

O trabalho de campo iniciou em 03/02/92 e durou 2 meses. As 3

entrevistadoras trabalharam em média 4 horas por dia cada uma, de segunda a sexta feira. Cerca de 10% das visitas precisaram ser feitas após as 18 horas e fins de semana, quando a pessoa a ser entrevistada trabalhava todo o dia.

Foram realizadas, em média, 8 entrevistas por dia, por entrevistadora. Cada entrevista durou, em média, 34 minutos (incluindo tempo de deslocamento na área em estudo e a revisão dos questionários após cada jornada).

No primeiro mês o trabalho foi mais lento: em 30 dias de trabalho haviam apenas 210 questionários completos (1/4 da amostra), e 30 questionários por completar.

## 5. Controle de Qualidade

Para averiguar a qualidade das informações que estavam sendo coletadas foram revisitados 6% dos domicílios, em amostragem sistemática, e refeitas 3 questões. Não foi identificado nenhum problema.

## 6. Perdas e Recusas

As perdas e recusas estão descritas na tabela abaixo.

	Nº	%
Entrevistados	817	94
Não entrevistados		
- Ninguém em casa	28	3
- Recusas	28	3
Total	100	873

## 7. Codificação

A codificação foi realizada na mesma semana pela supervisora do trabalho de campo. Quando eram detectados problemas os questionários eram imediatamente devolvidos à entrevistadora, que esclarecia a dúvida ou revisitava, se necessário.

Para a computação dos dados foram criados 4 arquivos-estrutura em Programa Epi-Info, um para cada questionário (geral, mulheres, crianças e idosos).

Para evitar erros de digitação foi programada a entrada através do programa "check" do Epi-Info.

Foram feitas 2 digitações, por diferentes digitadores, e as digitações comparadas através do programa Epi-Info. Não foi encontrada correspondência em apenas

0,2% das variáveis. Nestes casos foi revisado o questionário e limpada a informação no banco de dados escolhido por ter menos erros.

A digitação durou aproximadamente 2 meses.

Para a limpeza dos bancos foram feitos testes de consistência interna. Salienta-se que para a entrada adequada dos dados já havia sido feito minucioso preparo, através do programa "Check", do Epi-Info.

A análise durou 4 meses. As primeiras freqüências já estavam prontas em agosto. Processo mais demorado foi preparar os diferentes bancos e juntá-los para que se pudesse fazer as análises comparativas.

## 8. Dificuldades

A maior dificuldade encontrada foi a exigência do critério de quem seria entrevistado (ver manual) o que levou a realização de até 8 visitas há um mesmo domicílio. Para diminuir o número de situações em que a pessoa a ser entrevistada não estava em casa no horário combinado foram feitos bilhetinhos lembrando o dia e a hora em que a entrevistadora retornaria para completar a pesquisa. Em 11% dos domicílios não foi possível completar o questionário na 1ª visita.

Foi de fundamental auxílio o mapa de campo, em anexo, que permitiu organizar as revisitas aos domicílios onde não se encontrava o morador ou entrevistas não eram completas...

## 9. Cronograma do trabalho de campo realizado e processo de computação dos dados.

	1991			1992				
	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul
Seleção de pessoal	*							
Estudo-piloto		*						
Coleta dos dados			*	*				
Codificação				*	*			
Limpeza e preparo						*	*	*

**AVALIAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
Modificações em Indicadores de Saúde  
e Qualidade da Atenção**

Silvia Takeda \*  
Mario Tavares \*  
Sandra Fuchs \*\*  
Fernando Barros \*\*

\* Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS

\*\* Universidade Federal de Pelotas, Dpto Medicina Social, Pelotas RS

## RESUMO

Uma unidade de Atenção Primária à Saúde é avaliada seis anos após um estudo "baseline" que mostrou os principais problemas de saúde da população. Foram priorizados problemas e feitas intervenções. Como a avaliação foi baseada em um estudo do tipo "antes-depois", e as melhorias poderiam ser atribuídas a outros fatores não relacionados às ações de saúde, uma população vizinha com as mesmas características socioeconômicas foi utilizada como controle. O estudo mostra que a população em estudo teve importante melhora nas condições ambientais, escolaridade e nos indicadores de saúde pesquisados. É muito provável que algumas das melhoras sejam devidas às ações introduzidas pela unidade de saúde.

**Palavras chaves:** Atenção Primária à Saúde, Avaliação, Programas de Saúde.



## ABSTRACT

A Primary Health Care unit is evaluated six years after a baseline study which showed the main health problems of the community. This study prompted a series of interventions aimed at giving priority to the most important problems in each specific age group. As the study was based on a "before-and-after" evaluation of health indicators, and possible improvements could be ascribed to other factors not related to the health care unit actions, a nearby community with the same socio-economic characteristics but without any health care unit was used as a control. The study shows that the community under study experienced important improvements not only in health indicators, but also in environmental and educational variables. It is very likely that some of these improvements could be due to the actions introduced by the health care unit.

## INTRODUÇÃO

A avaliação de intervenções em saúde tem recebido considerável atenção na última década, objetivando conhecer os efeitos das ações no estado de saúde da população e evitar que os serviços caiam na rotina de atividades que se justifiquem só por tradição. Avalia-se para identificar áreas de baixa efetividade ou inadequação, e propor as mudanças<sup>1,2</sup>.

Interesse especial é dado à aferição do impacto das ações de saúde sobre mortalidade, morbidade e situação nutricional<sup>1</sup>. Porém, medir impacto exige tempo e representa custos e consideráveis discussões metodológicas, que tornam a avaliação não operacional. Como uma opção, Van Norren<sup>1</sup> propõe a avaliação de programas através do estudo de variáveis que podem influenciar o estado de saúde, e que podem ser influenciadas por intervenções em atenção primária. Estão neste grupo, entre outras, imunizações, aleitamento materno, cuidado pré-natal e espaçamento entre gestações.

Em 1986, com o objetivo de conhecer o perfil de saúde da população onde estava sendo implantado um posto, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição realizou duas pesquisas<sup>3,4</sup>: um diagnóstico das condições sociais e de saúde (inquérito domiciliar), e um diagnóstico da demanda ambulatorial. Estes estudos evidenciaram baixa cobertura de pré-natal (dois terços das gestantes sem pré-natal adequado<sup>5</sup>, baixos índices de vacinação (40% das crianças de 12 a 23 meses não vacinadas), alta prevalência de desnutrição (18% dos menores de 3 anos com déficit de peso/idade), e ausência de cuidados preventivos entre os principais motivos de consulta. Priorizou-se estes problemas e criaram-se programas de saúde<sup>6</sup>, que estabeleceram: a) metas de cobertura, b) rotinas de atendimento, c) sistemas de registro e aprazamento de consultas, d) busca a "faltosos", e) treinamento da equipe de saúde, f) estímulo à participação comunitária e g) avaliação periódica do desempenho dos programas.

Passados seis anos da implantação do posto, conhecia-se a cobertura das ações preventivas que haviam sido priorizadas, estimada pela avaliação dos registros (figura 1). E planejou-se, através deste estudo, conhecer a cobertura real na população, os atuais perfis demográficos e de saúde, bem como avaliar se houveram modificações nos indicadores encontrados em 86, para subsidiar a re-definição de prioridades. As perguntas que se objetivou responder foram: 1. Ocorreram modificações na situação de saúde (avaliada através de indicadores)? 2. Houve melhora na qualidade do serviço oferecido após a implantação dos programas de saúde?

## METODOLOGIA

O estudo desenvolveu-se em uma das unidades do Serviço de Saúde Comunitária, o Posto Valão, localizado em área de periferia urbana de Porto Alegre-RS. Trata-se de um unidade de Atenção Primária atuando em região geograficamente delimitada (denominada Valão) e contando com equipe multiprofissional.

Em 1986 realizou-se uma pesquisa que avaliou a situação de saúde da população do Valão, com aproximadamente 7.500 pessoas na época, através de questionários aplicados nos domicílios<sup>3</sup>. Para saber se ocorreram modificações nos indicadores de saúde, comparou-se os achados de 86 com uma nova pesquisa realizada em 1992, utilizando a mesma metodologia.

Uma vez que algumas diferenças encontradas nos indicadores de saúde poderiam ser atribuídas a fatores alheios às ações de saúde propriamente ditas, como por exemplo as melhorias nas condições de saneamento promovidas pela administração urbana, utilizamos um controle externo que não possuía um posto de saúde. Comparamos as características da população do Valão com as da população de uma área limítrofe (B.Bagé), que possui semelhantes características socioeconômico-culturais, e recebeu as mesmas modificações de infra-estrutura urbana.

A tabela 1 mostra o número e percentual de domicílios pesquisados nos 3 estudos. Realizaram-se amostragens sistemáticas que abrangeram o total das áreas pesquisadas, e foi aplicado o mesmo questionário, que contém um corpo principal de caracterização socioeconômica, demográfica, prevalência de problemas de saúde e utilização de serviços; e questionários específicos para mulheres de 15 a 49 anos, crianças com menos de 3 anos, e pessoas com 65 ou mais anos, que investigou aspectos de saúde. Contudo, no B.Bagé (o controle externo) algumas perguntas foram formuladas de maneira diversa, não sendo possível a comparação.

As variáveis utilizadas foram definidas e categorizadas da seguinte maneira:

- Desnutrição: Avaliada para as crianças menores de 3 anos, e consideradas desnutridas severas e moderadas aquelas que apresentarem até -2,01 escores Z do peso/idade, e desnutridas leves se -2,0 a -1,0.
- Renda Familiar: rendimento de todas pessoas com 15 anos ou mais, obtida em cruzeiros, e categorizada como salários mínimos.
- Vacinas: estudou-se a vacinação das crianças de 12 a 23 meses, e considerou-se o esquema básico como completo quando confirmadas, através da carteirinha, 3 doses de

sabin, 3 doses de tríplice e 1 dose de sarampo. Estudou-se também vacinação BCG.

- Hipertensão: Não foi aferida, refere-se ao relato do entrevistado. Só foi considerado em tratamento quando mostrada a medicação em uso.

Os tamanhos da amostra utilizados permitem identificar, com 95% de segurança, diferenças de até 2% (margem de erro = 0,08). O teste estatístico utilizado foi o Qui-quadrado de Pearson, e considerada significativa toda diferença cujo  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### Aspectos Socioeconômico e Demográficos:

O quadro 1 apresenta as características estudadas para as três populações. Comparando-se a distribuição etária entre Valão 86 e Valão 92 observa-se no último uma diminuição na proporção de crianças, e um aumento na proporção de idosos. A distribuição na B.Bagé é muito semelhante àquela encontrada no Valão 92.

Ainda comparando as populações do Valão nos dois momentos, percebe-se uma melhora nas condições de vida, evidenciada pela proporção de mulheres com melhor escolaridade (especialmente por redução do analfabetismo que era 10% em 86 e é 5% em 92), e diminuição na proporção das crianças que não estão estudando. Houve redução no tamanho das famílias (em média 4,4 pessoas/casa em 86 e 3,7 em 92 -  $p < 0,05$ ), devida à redução no número de filhos (quadro 1). Diminuiu também a aglomeração (três ou mais pessoas/quarto) e a proporção de famílias residindo em malocas. Ampliaram-se as melhorias nas condições de saneamento, reduzindo-se a aproximadamente à metade os domicílios sem água encanada e vaso sanitário. Reduziram-se também, os domicílios onde não há coleta regular de lixo.

Embora a renda familiar média seja a mesma, encontrou-se uma tendência a maior proporção de famílias vivendo com menos de 3 salários mínimos (quadro 1). Se por um lado o salário mínimo (SM) perdeu poder aquisitivo nestes seis anos, por outro diminuiu o nº de pessoas/família e portanto o nº de pessoas que vivem com a renda familiar.

Destaca-se que não houve modificações na atividade profissional desenvolvida pela pessoa de maior renda no domicílio, correspondendo predominantemente a trabalhadores cuja mão de obra é semi ou não qualificada (84% para os dois períodos).

Investigou-se o tempo de moradia no local, e destaca-se que em 75% dos domicílios estudados em 1992 os moradores residiam no local há mais de 6 anos, ou seja,

três quartos da população estudada é a mesma que se encontrava no Valão por ocasião do primeiro estudo. Realizaram-se análises comparativas entre os moradores com mais e aqueles com menos de seis anos no local, e não se encontraram diferenças entre os dois grupos.

Quando comparamos o Valão 92 com o B.Bagé, observamos que as duas populações não diferem nos aspectos de escolaridade, condições ambientais, local de procedência e tamanho das famílias. A renda familiar parece estar um pouco melhor distribuída no B.Bagé, onde é menor a proporção de famílias vivendo com menos de 3 SM.

### **Cobertura de Ações Preventivas**

O quadro 2 mostra um aumento global na cobertura de ações preventivas no Valão, após ter sido implantado o posto. Aumentou a cobertura vacinal para cada uma das vacinas, bem como a proporção de crianças com o esquema básico completo. Também aumentaram as proporções de mulheres em anticoncepção e gestantes em acompanhamento pré-natal.

No estudo comparativo do B.Bagé com Valão (quadro 2), observa-se que a cobertura de atenção pré-natal no B.Bagé é muito inferior a aquela atualmente encontrada no Valão ( $p < 0,05$ ). Destaca-se a maior proporção de ligadura tubária entre as mulheres do B.Bagé, embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

A figura 1 mostra a cobertura de algumas ações preventivas, segundo dados de registro dos programas. Observamos importante aumento na proporção de crianças em acompanhamento de puericultura, gestantes em pré-natal e mulheres de 15-49 anos que realizaram exames citopatológicos.

### **Indicadores do Estado de Saúde**

O quadro 3 mostra a prevalência de alguns eventos pesquisados. Observa-se importante diminuição na prevalência de desnutridos, quando compara-se o Valão 86 com o Valão 92. Esta diminuição deu-se principalmente às custas da desnutrição severa, e em menor proporção desnutrição moderada. Não houve mudanças na proporção de crianças que nasceram com baixo peso. Não se modificou a proporção de pessoas que referiram ser hipertensas, embora a tendência foi aumentar aquelas em tratamento regular. Também não se observam mudanças na proporção de consultas realizadas nos últimos 3 meses. Destaca-se o aumento das hospitalizações em crianças.

Observando-se as mesmas informações na comparação com o B.Bagé, salienta-se a maior proporção de consultas em crianças no Valão 92.

### **Utilização de Serviços de Saúde**

O quadro 4 mostra o perfil de utilização dos serviços de saúde nas 3 populações. Observa-se que, embora continue grande o número de diferentes serviços procurados, há uma concentração de consultas em uns poucos locais no Valão 92, com evidente preferência do posto de saúde local. Salienta-se ainda o abandono do hospital como lugar onde eram realizadas a maioria das consultas, após a implantação do posto. Estes fatos não são observados no B.Bagé

Existe uma tendência a menor procura do balconista de farmácia e voluntários de saúde (aplicadores de injeção, curativos) como recursos de saúde, quando comparamos o Valão 86 com Valão 92. No B.Bagé a utilização do balconista de farmácia e a procura de centros espíritas é bem maior que no Valão 92.

### **DISCUSSÃO**

Várias formas de avaliar serviços de saúde foram propostas<sup>7,8,9</sup>. Mais comumente avalia-se processo (ex.: coberturas) ou resultados (ex.: morbidade, mortalidade). Ainda que a avaliação de resultados seja mais atraente do ponto de vista científico, o que denominamos de prestação de serviço de saúde é essencialmente processo. Dentro deste enfoque, Van Norren<sup>1</sup> propõe que serviços de atenção primária sejam avaliados por indicadores associados com a condição de saúde (afetando a incidência, duração e gravidade das doenças) e que podem ser modificados por intervenções. Através da avaliação destes indicadores é possível inferir a qualidade global da atenção à saúde.

Neste estudo utilizou-se como principal metodologia a avaliação indireta das condições de saúde, observando a cobertura de ações preventivas, conforme proposto por Van Norren<sup>1</sup>. A observação destes indicadores em 1986 e 1992 mostrou melhor cobertura em todas as ações pesquisadas seis anos após a implantação do posto. A comparação de alguns destes indicadores com o controle mostrou que uma população muito semelhante em termos socioeconômicos, mas sem um serviço de saúde local, apresenta piores índices de cobertura.

Estudou-se também alguns indicadores de resultado. É marcante a diminuição

na prevalência de desnutridos, em parte atribuível às maiores taxas de puericultura, em parte às melhorias nas condições gerais de vida (especialmente escolaridade das mães), determinantes da condição de saúde das crianças<sup>10</sup>. Infelizmente não foi aferido o peso das crianças no B.Bagé, não sendo possível comparar as prevalências de desnutrição entre Valão e B.Bagé.

Apesar do aumento na proporção de hospitalizações nas crianças do Valão, esta proporção é inferior àquelas encontrados em populações de igual renda em nosso meio<sup>11</sup>. É possível que o fácil acesso ao sistema de saúde devido à implantação do posto se associe com maior proporção de hospitalizações, e não necessariamente signifique pior situação de saúde (mais acesso = mais cuidado).

Não se observou mudança na proporção de crianças com peso de nascimento menor que 2.500gr. Este é um indicador de difícil modificação através de ações de saúde, pois é basicamente determinado por fatores genéticos e socio-econômicos.

Apesar de mantida a proporção de consultas (tanto para crianças, como para a população geral - quadro 3), aumentaram as consultas para ações preventivas em relação a consultas por doenças. Corroboram com esta hipótese a mudança no perfil dos motivos de consulta da demanda ambulatorial, que passou a incluir atividades preventivas<sup>12</sup> e o importante aumento na cobertura de ações preventivas (figura1).

Quanto à utilização de recursos de saúde, o aumento da proporção de pessoas que tem como referência um único serviço, o posto de saúde local, e a diminuição na proporção de pessoas que procuram como primeiro recurso um hospital, falam a favor da melhor utilização dos serviços, o que não ocorre na população do B.Bagé.

Não é fácil avaliar o impacto de serviços de atenção primária, pois as modificações dos indicadores de saúde podem refletir mudanças nas condições socioeconômicas, culturais, demográficas e do ambiente físico, todos determinantes das condições de saúde<sup>13</sup>. Uma alternativa que utilizamos para contornar este problema foi a comparação com um controle populacional. Esta técnica mostrou-se efetiva, pois uma vez que as populações eram comparáveis, o estudo sugere fortemente que as mudanças ocorridas podem ser em grande parte atribuídas às ações de saúde desenvolvidas pelo posto.

Com base nos achados deste estudo e dos estudos de qualidade que complementam esta avaliação (14,15) formulamos as seguintes recomendações para a Unidade de Saúde Valão do Serviço de Saúde Comunitária:

- a) Que as atuais prioridades, com os objetivos de cobertura e qualidade em grande parte satisfeitos, dedique esforços a alguns aspectos específicos identificados com problemas (oportunidade perdidas para vacinação, adesão inadequada ao pré-natal, melhora no conteúdo da consulta de puericultura);
- b) Emprego do enfoque de risco, particularmente importante e não devidamente valorizado na atenção pré-natal e na atenção à criança menor de 1 ano;
- c) Atualização e aperfeiçoamento das rotinas estabelecidas nos programas implantados;
- d) Atualização dos profissionais da equipe de saúde;
- e) Inclusão de novas prioridades, tendo em vista a mudança do perfil de saúde e necessidade de dispender menos esforços para estas que estão sendo avaliadas;
- f) Melhor definição de objetivos em cada programa implantado, permitindo que a avaliação seja mais efetiva.

Ao Serviço de Saúde Comunitária como um todo recomendamos que este tipo de avaliação seja estendido às demais unidades, e salientamos a importância de trabalhar com planificação de ações de saúde e populações em áreas geograficamente delimitadas.

Agradecimentos a Margarita da Silva Diercks, pelas sugestões.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Van Norren B, Boerma JT, Sempebwa EK. Simplifying the evaluation of Primary Health Care programmes. *Social Sci Med* 1989 28:1091-1097.
2. World Health Organization. Measurement of levels of health. 1ª. ed. WHO Regional Publications European Series nº 7, 1979.
3. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Equipe de Epidemiologia. Diagnóstico de saúde da comunidade, 1986. Mimeo.
4. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Equipe de Epidemiologia. Diagnóstico da demanda ambulatorial, 1986. Mimeo.
5. Quick JD, Roghmann KJ. Prenatal care and outcome in an HMO and general population: A multivariate cohort analysis. *AJPH*. April 1981; 71:381-90.
6. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, Equipe de Epidemiologia. Uso da Epidemiologia para definição de prioridades em um serviço de atenção primária à saúde. Poster apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas-SP, 1990.
7. Donabedian A. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de avaliación. La Prensa Mexicana, 1984.
8. Holland WW. Evaluation of health care. London, Oxford University Press, 1984, 7-80.
9. Azevedo AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública* 1991, S.Paulo, 25:64-71.
10. Faundes A, Hardy E, Diaz J, et al. Association of marital status and years of schooling with perinatal outcome: The influence of pre-natal care as an intermediate variable. *J Perinat Med* 1982; 10:105
11. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade. 1ª. ed. São Paulo; Hucitec, 1988.
12. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. Equipe de Epidemiologia. Diagnóstico da Demanda Ambulatorial, Porto Alegre, 1993. Resultados Preliminares.
13. Medina E. Uso de la epidemiologia en la evaluación de la atención primaria. *Colomb Med* 1984; 15:55-9.
14. Takeda SMP, Tavares MR, Curra LC. Avaliação da qualidade do pré-natal. Serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 1993 Mimeo.
15. Kuchenbecker AS, Mendonça CS, Aranha CBF, et al. Avaliação da qualidade da pueri-

cultura. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 1993. Resultados preliminares.

16. Campbell DT & Stanly JC, Experimental and quasi-experimental designs for research. Boston, Houghton Mifflin, 1963.

Tabela 1 - Número e percentual de domicílios pesquisados.

	Valão 86		Valão 92		B. Bagé 92	
	N	%	N	%	N	%
Número de domicílios em cada área	1705	100	1746	100	1475	100
Amostra	341	20	873	50	447	33
Entrevistados	286	84	817	94	422	94
Não entrevistados:						
- Ninguém em casa	47	14	28	3	4	1
- Recusas	8	2	28	3	21	5
Total da Amostra	341	100	873	100	447	100

Quadro 1 - Características socioeconômico-demográficas das populações do Valão (os dois períodos estudados) e da B.Bagé.

	Valão 86	Valão 92	B.Bagé 92
	%	%	%
<b>FAIXA ETÁRIA (anos)</b>			
menos que 5	14	11	10
5 a 14	23	22	22
15 a 64	60	62	61
65 ou mais	3	5 *	5
<b>ESCOLARIDADE</b>			
- Mulheres 15-49 anos:			
até 4 anos de estudo	45	33 *	35
analfabetas	10	5 *	3
- Crianças (7-14anos):			
fora da escola	25	6 *	4
<b>RENDA FAMILIAR</b>			
menos que 3 sm	57	49 *	36 **
<b>TIPO DE MORADIA ***</b>			
maloca	22	4 *	-
<b>Nº DE PESSOAS POR QUARTO</b>			
3 ou mais	37	23 *	22
<b>SANEAMENTO</b>			
sem água encanada	16	9 *	8
sem instal. sanitárias	18	8 *	8
lixo: destino inadequado****	31	7 *	3 **

\*  $p < 0,05$  (diferença entre Valão 86 e Valão 92)

\*\*  $p < 0,05$  (diferença entre Valão 92 e B.Bagé 92)

\*\*\* Não comparada com a B.Bagé devido utilização de diferentes metodologias na coleta da informação.

\*\*\*\* Sem coleta sistemática.

—Quadro 2 - Características de saúde: cobertura de ações preventivas nas populações pesquisadas.

	Valão 86 %	Valão 92 %	B.Bagé 92 %
<b>VACINAÇÃO BÁSICA ***</b>	(n=99)	(n=108)	
sabin	53	82 *	-
tríplice	50	82 *	-
sarampo	56	82 *	-
BCG	-	68	-
esquema completo	47	75 *	-
<b>CUIDADO PRÉ-NATAL</b>	(n=15)	(n=34)	(n=19)
gestantes em pré-natal	62	80	47**
<b>PLANEJAMENTO FAMILIAR</b>	(n=306)	(n=753)	(n=386)
mulheres s/ anticoncepção	48	31	28
grávida ou quer	3	7	6
em anticoncepção	49	62	66
métodos anticoncepcionais:			
ACO	33	42	46
DIU/Condom	3	6	4
tabela ou ritmo	4	3	3
esterilização	8	8	12
outros	1	3	1

\*  $p < 0,05$  (diferença entre Valão 86 e Valão 92)

\*\*  $p < 0,05$  (diferença entre Valão 92 e B.Bagé 92)

\*\*\* Crianças de 12 a 23 meses. Sabin e tríplice: 3 doses; sarampo: 1 dose; esquema completo: 3 doses de sabin + 3 doses tríplice + 1 sarampo. Para 'Valão 92' foi realizado censo (16). Não comparadas com B.Bagé devido utilização de diferentes metodologias. A BCG em 1986 não era feita para este grupo etário, no RS.

Quadro 3 - Características de saúde: indicadores de saúde nas populações estudadas.

	Valão 86 %	Valão 92 %	B.Bagé 92 %
BAIXO PESO AO NASCER ***	13	14	10
DESNUTRIÇÃO (<3 anos) ****	18	4	-
HIPERTENSÃO			
referiram ser hipertensos	11	13	10
em tratamento regular	51	58	-
HOSPITALIZAÇÕES (últ. ano)			
população geral	8	7	8
crianças	15	24 *	16
CONSULTAS (últ. 3 meses)			
população geral	17	19	18
crianças	53	56	66 **

\*  $p < 0,05$  (diferença entre Valão 86 e Valão 92)

\*\*  $p < 0,05$  (diferença entre Valão 92 e B.Bagé 92)

\*\*\* Baixo peso = menos de 2.500 gramas

\*\*\*\* Déficit peso/idade, escore Z. Não pesquisado no B.Bagé.

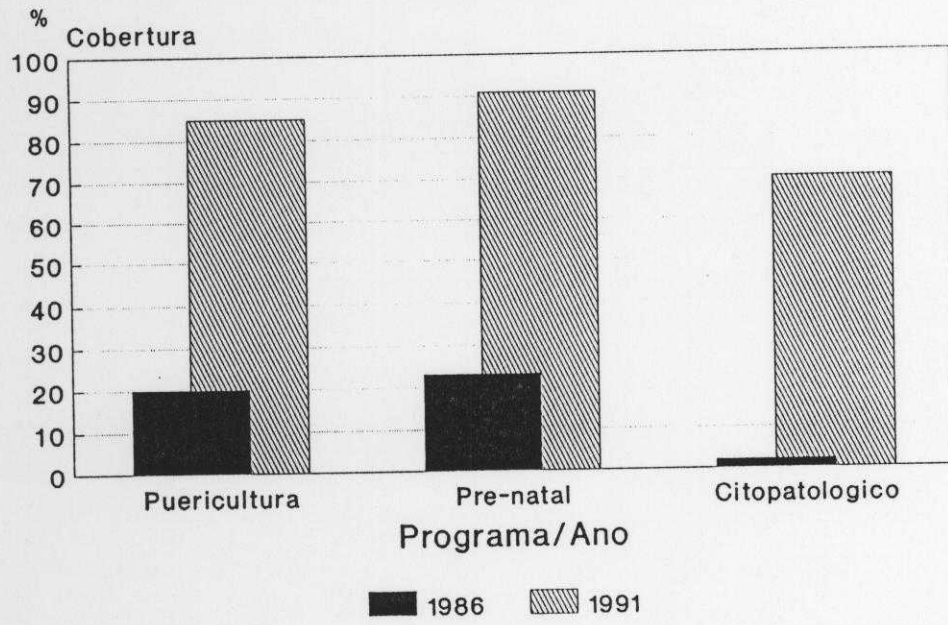
Quadro 4 - Utilização de serviços de saúde e recursos informais

	Valão 86	Valão 92	B.Bagé 92
<b>SERVIÇOS DE SAÚDE</b>			
Nº de serviços utilizados	28	17	18
Local mais procurado	HNSC**	Valão	HNSC**
3 serviços mais procurados*	61%	72%	42%
Consultas:			
Posto local	-	64%	-
Hospital	36%	16%	42%
<b>RECURSOS INFORMAIS DE SAÚDE</b>			
	%	%	%
Balcão de farmácias	29	25	43
Centros Espíritas	22	24	33
Benedeiras	27	23	20

\* Acumulado

\*\* HNSC=Hospital Conceição.

## Cobertura Estimada por Registro





**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL:**  
**Programa para Gestantes em Unidade de Atenção Primária à Saúde**

Silvia Takeda<sup>\*1</sup>  
Mario Tavares<sup>\*1</sup>  
Leda Dias Curra<sup>\*1</sup>  
Sandra Fuchs<sup>\*2</sup>  
Fernando Barros <sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup> Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS

<sup>\*2</sup> Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS

## RESUMO

Neste estudo avalia-se a qualidade da atenção pré-natal realizada em uma unidade de Atenção Primária à Saúde, antes e 2 anos após a implantação de um programa para gestantes. Descreve-se o conteúdo das consultas, as proporções em que cada indicador de qualidade foi realizado, e a distribuição das consultas por idade gestacional. Conclui-se que a implantação do programa levou a importante melhora da qualidade da atenção, o que não foi demonstrado pelo número médio de consultas.

Palavras chaves: Atenção Pré-natal, Qualidade, Atenção Primária à Saúde, Programas de Saúde.

## ABSTRACT

The quality of antenatal care provided by a primary health care unit was evaluated before and two years after the introduction of an antenatal care programme. In five specific periods of the pregnancy in which health care has to be provided the quality indicators under study were: a) contents of the attendances, and b) proportions of the attendances in which different specific health actions were taken. It was shown that the launching of the antenatal care programme led to important improvements in the quality of the health care attention.

## INTRODUÇÃO

Existem muitas evidências mostrando a associação entre frequentar pré-natal e melhor desempenho perinatal<sup>1-7</sup>. Gestantes que fazem pré-natal apresentam menor morbimortalidade, bem como seus conceitos. Embora parte do melhor desempenho possa ser atribuído à melhor escolaridade, renda, situação marital e menor paridade das gestantes que frequentam os serviços<sup>1,8-10</sup>, há evidência que “um adequado pré-natal muda o mau prognóstico associado com situação social desfavorável”<sup>3</sup>.

Daí a necessidade de, além de atingir altos índices de cobertura, melhorar a qualidade da atenção<sup>9,12</sup>. Mas, qual é o conteúdo dos pré-natais realizados? O que deve ser melhorado? São pouco conhecidas as características da atenção pré-natal em nosso meio.

Em 1986 foi implantada uma unidade de Atenção Primária em área de periferia urbana de Porto Alegre, com cerca de 7.500 pessoas, que não possuía serviço de saúde local. Concomitante à implantação do serviço foi realizado um diagnóstico de saúde que identificou cerca de dois terços das gestantes sem pré-natal ou com acompanhamento inadequado em termos do número de consultas e época do início do pré-natal<sup>13</sup>.

Para intervir nesta situação foi criado o Programa de Gestantes<sup>14</sup>, implantado em 1988. Os objetivos do programa foram: atingir cobertura de 100% das gestantes da área, início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação, um calendário mínimo de 5 consultas por gestante, e padronização de rotinas de atendimento aos pré-natais de baixo risco. As gestantes de alto risco seriam encaminhadas a serviços de referência. Foi realizado treinamento de toda a equipe de saúde e introduzido um sistema de registro e avaliação periódica da cobertura.

Dois anos após a implantação do programa estimou-se a cobertura em mais que 90%<sup>14</sup>, representando importante melhora. Mas restava a dúvida sobre a qualidade do serviço prestado.

O presente trabalho se propõe a discutir a qualidade dos pré-natais realizados em uma unidade de Atenção Primária, descrever o conteúdo das consultas antes e após a implantação de um programa de gestantes, e desta forma contribuir para responder algumas das questões acima colocadas.

Os objetivos, portanto, são:

- Comparar os pré-natais realizados antes e após a implantação do programa de atendimento à gestante;
- Avaliar a qualidade do pré-natal atualmente realizado considerando o número de

consultas, a idade gestacional em cada consulta e o registro dos seguintes parâmetros: anamnese, exames clínico e obstétrico, cálculo da idade gestacional, aferição do peso, pressão arterial e altura uterina, ausculta dos batimentos cardio-fetais, vacinação anti-tetânica, prescrição de ferro, revisão odontológica e conteúdos de educação em saúde.

Para cada período estudado cerca de um terço das gestantes estudadas tem idade inferior a 20 anos, escolaridade de até 4 anos, e pertencem a famílias cuja renda familiar é menor que 5 salários mínimos em dois terços dos casos<sup>24</sup>.

## METODOLOGIA

Foram realizados dois estudos transversais, onde avaliou-se retrospectivamente os registros de todas as consultas pré-natais realizadas nos anos 1986 e 1991. Desde a implantação do posto de saúde todos os atendimentos são registrados em "prontuários de família". A proporção de atendimentos em que não é feito registro é inferior a 1% nos dois períodos<sup>15</sup>.

Foi considerada consulta todo contato da gestante com o serviço em que se encontravam registrados aspectos obstétricos. Para 1986 foi necessário identificar esta situação revisando todos os 1.030 prontuários da época. Para 1991 todas as gestantes estavam cadastradas, e possuíam a "ficha perinatal" (desenvolvida pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher<sup>17</sup>) introduzida com o objetivo de sistematizar o atendimento.

A cobertura foi calculada relacionando-se o número de gestantes cadastradas no serviço (e que realizaram pelo menos uma consulta pré-natal) com o número de gestantes esperado na área (obtido por censo local de vacinação em crianças de 12 a 23 meses, realizado em 1991<sup>16</sup>).

Para que este estudo fosse possível foram completados os intervalos entre consultas preconizados pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP)<sup>1</sup>. Este centro preconiza 5 consultas pré-natais, a serem realizadas nos seguintes períodos: antes de 20 semanas, entre 22 e 24, entre 27 e 29, entre 33 e 35, e entre 38 e 40 semanas de gestação. Os intervalos aqui considerados, utilizados como base desta avaliação, são: antes de 20 semanas, 20 a 26 semanas, 27 a 32 semanas, 33 a 37 e 38 ou mais. A partir daqui serão referidos como 'períodos gestacionais preconizados'. Estudou-se a proporção de gestantes que realizou pelo menos uma consulta em cada período gestacional preconizado.

Os indicadores de adequação utilizados foram:

- Número de consultas combinado com época do início do pré-natal. Consideramos adequado o pré-natal com 5 ou mais consultas e com início do acompanhamento antes de 20 semanas. O índice de Kessner<sup>18</sup> foi modificado (quadro 1), baseando esta mudança nas normas do Ministério da Saúde<sup>17</sup> e CLAP<sup>1</sup>.
- Períodos em que as consultas foram realizadas: foi considerado adequado o pré-natal em que foi realizada pelo menos uma consulta em cada um dos 5 períodos gestacionais preconizados; intermediário quando houveram consultas em 3 ou 4 dos períodos; e inadequado quando a gestante consultou apenas em 1 ou 2 períodos.
- Conteúdo das consultas: adequado quando os parâmetros pesquisados foram realizados pelo menos uma vez para cada período gestacional em que houveram consultas. Intermediário se foram realizados em 80% das vezes e inadequado nas demais situações.

O método estatístico utilizado foi o Qui-quadrado de Pearson (com correção de Yates), e considerada significativa toda diferença cujo  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Foram estudadas as 43 mulheres grávidas que consultaram no Posto Valão em 1986. Destas, 5 não realizaram consultas pré-natais (3 em abortamento e 2 optaram em fazer pré-natal em outro serviço). Os resultados referem-se aos 38 casos válidos.

Em 1991 foram cadastradas 186 gestantes. Destas, foram excluídas da análise 37 que não realizaram consultas pré-natais (9 em abortamento, 12 em pré-natal em outros serviços, e 9 não quiseram fazer pré-natal. Em 7 casos os prontuários não foram localizados). Os dados a seguir referem-se aos 149 casos válidos.

Não se observa diferença no número médio de consultas/gestante para os 2 períodos estudados, como mostra o quadro 2. O número de consultas variou de 1 a 18, nos 2 períodos.

Em 86 um quarto das gestantes (26%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (até 13,3 semanas). Em 91 esta proporção foi de 47%. O quadro 2 mostra que houve importante aumento na proporção de gestantes que consultou antes de 20 semanas (39% em 86 e 71% em 91).

Considerando concomitantemente o número de consultas e a idade gestacional da 1ª consulta observamos que dobrou a proporção de pré-natais adequados (quadro 2). A proporção de pré-natais considerados inadequados passou de 42% para 20%.

A tabela 1 apresenta as características das consultas pré-natais realizadas antes e após a implantação do programa. Na 1ª consulta observa-se que aumentou significativamente a proporção de gestantes que tiveram registrada a anamnese, a solicitação de exames de rotina, a idade gestacional, o peso, a pressão arterial e a aferição da altura uterina. Porém houve uma tendência a menor registro de exame gineco-obstétrico.

Para as consultas subseqüentes houve um acréscimo importante do registro da idade gestacional, peso da gestante, administração de ferro e vacinação. A maioria dos itens foi melhor registrada após a implantação do programa, contudo reduziu-se marcadamente a avaliação da pélvis. Não se encontrou modificação no registro de aspectos educativos durante as consultas.

Os resultados que seguem referem-se apenas aos pré-natais de 1991. Neste ano menos de 10% das gestantes fizeram apenas 1 consulta. Cerca de 60% realizaram pelo menos 5 consultas.

Foi avaliada a proporção de gestantes que consultou em cada período gestacional preconizado (não importando o número de consultas no período e sim se consultou ou não). Para esta análise foram excluídas as gestantes de alto-risco encaminhadas a serviços de referência, e gestantes que abortaram após iniciar o acompanhamento (21 casos). Encontrou-se apenas 14% das gestantes com consultas realizadas nos 5 períodos (figura 1). Cerca de um quarto delas consultou em 4 dos 5 períodos. E 20% compareceu em somente um dos períodos gestacionais preconizados. Nesta figura também é possível observar que a proporção de gestantes que realizou consultas após a 37ª semana de gestação foi de apenas 32%.

A figura 2 mostra a proporção de vezes em que o cálculo da idade gestacional, o peso materno, a pressão arterial, a altura uterina e a ausculta dos batimentos cardio-fetais foram aferidos em cada período. Estes parâmetros devem ser realizados nos 5 momentos do pré-natal, segundo o CLAP<sup>1</sup>. Observou-se que, para cada período gestacional, cada item foi registrado em cerca de 80% dos casos. Existe discreta tendência a ser menos avaliado no último período gestacional (mais de 37 semanas).

Além de avaliar a proporção de vezes em que o parâmetro havia sido aferido a cada período preconizado (figura 2), estudou-se em que proporção a gestante havia sido examinada todas as vezes em que deveria. Ou seja, para a gestante que realizou consultas nos 5 períodos esperava-se que tivesse os parâmetros avaliados, pelo menos uma vez, nos 5 períodos. Para a gestante que realizou consultas em somente 3 períodos, avaliou-se se foram realizados nestes. Desta forma identifica-se em que proporção a equipe de saúde está

falhando, quando a gestante vem ao serviço. O cálculo da idade gestacional foi realizado em todas as vezes esperadas em 71% dos casos (tabela 1), o peso em 61%, a pressão aferida em 62%, a altura uterina medida em 58%. Os batimentos cardio fetais (BCF) foram auscultados em 49%. Excluindo-se a consulta realizada antes de 20 semanas, quando nem sempre é possível auscultar BCF, esta proporção é de 60%.

A proporção de gestantes que não teve os parâmetros avaliados em nenhuma consulta foi cerca de 8%. Estes casos referem-se na maioria das vezes a gestantes que só realizaram uma consulta, e os parâmetros não foram avaliados nesta.

## DISCUSSÃO

A maioria dos autores avalia assistência pré-natal ou pelo número de consultas ou pela idade gestacional na 1ª consulta<sup>3,5,9,11</sup>. Quick<sup>18</sup> utilizou o índice de Kessner, que combina os dois indicadores. Segundo este índice, somente são considerados adequados os pré-natais onde a gestante iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre e realizou 9 consultas ou mais. Estes parâmetros são questionáveis<sup>10</sup> e irrealistas para a nossa realidade.

Outra forma de avaliar adequação de pré-natal, pouco encontrada na literatura, é observar a distribuição das consultas nos períodos da gestação. Ferster<sup>19</sup> classificou os pré-natais pelas épocas em que as consultas foram realizadas: antes de 18 semanas, 19 a 27, e após 27 semanas de gestação. Mas existem poucos dados sobre a qualidade da atenção, poucos pesquisadores estudam o conteúdo das consultas. Encontram-se avaliações da qualidade que consideram apenas cobertura de vacinação anti-tetânica<sup>9</sup>.

Este estudo apresenta uma metodologia de avaliação do pré-natal através de detalhada análise do registro em prontuários. O que se encontra registrado é o mínimo do que é feito, é provável que os indicadores pesquisados sejam melhores considerando-se subregistro no conteúdo das consultas.

A intervenção realizada pode ter afetado o atendimento pré-natal de duas maneiras: melhorando diretamente a atenção à gestante, e melhorando o registro. De qualquer forma é reconhecido que melhor registro está associado a melhor atenção<sup>20</sup>.

A implantação de um programa de gestantes por si só define melhor qualidade: há implementação de rotinas, sistematização dos registros e facilitação do entendimento da importância do pré-natal tanto para o pré-natalista como para a gestante.

Os achados indicam evidente melhora na qualidade do pré-natal após a implantação do programa, o que não é demonstrado pelo número médio de consultas (quadro



2). Aumentou a cobertura pré-natal, a proporção de gestantes que iniciaram pré-natal cedo e o registro da grande maioria dos itens que compõem as atividades pré-natais.

Embora tenha ocorrido importante mudança na atenção pré-natal, e os achados demonstrem que os indicadores são melhores que aqueles encontrados em outros estudos realizados em nosso meio<sup>2,3,5,21,22</sup>, identificam-se itens que precisam ser melhorados. Chama a atenção que nenhum parâmetro é 100%. Destaca-se a baixa proporção de exames clínicos e gineco-obstétricos registrados em 1991. Este fato pode ser parcialmente atribuído à prática do serviço: o médico da família conhece as mulheres que engravidam, já tendo realizado a revisão clínica ou ginecológica em consultas anteriores. Esta colocação é reforçada por um inquérito domiciliar<sup>24</sup> (fev.1992) que identificou cerca de 70% das mulheres de 15 a 49 anos com pelo menos um exame citopatológico cervical realizado no serviço em estudo, nos últimos 3 anos.

Atribui-se o baixo registro de avaliação da pélvis ao fato dos pré-natalistas não realizarem os partos, sendo menor a valorização de tal exame. É necessário melhor treinamento específico.

Também é baixa proporção de gestantes que realizaram avaliação odontológica, especialmente considerando que o serviço é oferecido no local. Esta situação, previamente identificada, levou ao recente desenvolvimento de uma pesquisa de metodologia qualitativa<sup>25</sup> que observou ser muito forte a crença local que gestante não deve ir a dentista, e fornece elementos para a equipe de saúde abordar o problema.

Destacam-se outros aspectos que merecem maior atenção:

Ainda que a maioria das gestantes inicie o pré-natal antes de 20 semanas, existe grande proporção (29%) que só consultou após este período.

Dois terços das gestantes não realizaram consultas após 37 semanas de gestação. É provável que parte delas estejam realizando as últimas consultas nos hospitais, locais onde terão os partos. Sabe-se, também, que cerca de 10% das gestantes hospitalizam neste período, seja por doenças do final da gestação ou por trabalho de parto prematuro<sup>2,26</sup>, não realizando a consulta equivalente ao último período gestacional.

É grande a proporção de gestantes que não realizaram consultas em todos períodos gestacionais preconizados, mesmo entre aquelas com 5 consultas ou mais. O que vale dizer que embora tenham tido um número adequado de consultas, algum período gestacional onde é recomendada avaliação obstétrica ficou descoberto. Embora desde a implantação do programa sejam realizadas visitas domiciliares a todas gestantes com atraso de um mês à consulta pré-natal agendada, e em cerca de 50% dos casos a gestante faltosa

consulta nos trinta dias que se seguem à visita<sup>25</sup>, é preciso estudar formas para atingir as demais.

Não foi possível conhecer a proporção de gestantes em que foi avaliado risco gestacional. Em 30% dos casos (para 91) havia sido registrado 'gestação de risco', mas não se sabe se nos demais não foi avaliado ou o risco é negativo, nem qual o risco apresentava.

Em cerca de um terço dos pré-natais não há registro de solicitação de exames de rotina no 2º trimestre. É preciso avaliar se não foram registrados ou não solicitados.

Utilizando os critérios de adequação previamente definidos o pré-natal de cerca de um terço das gestantes seria classificado como adequado, em metade das gestantes seria classificado como intermediário, e os demais como inadequados. Os critérios aqui utilizados são exigentes, quando comparados com aqueles encontrados em outros estudos em nosso meio<sup>5,21,27</sup>. É comum ser estudada a proporção de casos em que os parâmetros foram realizados uma vez durante a gestação, e não em todas as vezes propostas. Mesmo assim temos melhores ou semelhantes resultados, considerando cobertura, nº de consultas e idade gestacional da primeira consulta .

De acordo com Hall<sup>10</sup>, salientamos a inadequação de utilizar somente o número de consultas nas avaliações: por um lado são as mulheres em melhores condições que iniciam pré-natal cedo<sup>10</sup>; por outro, mulheres que entram em trabalho de parto precocemente ou são induzidas devido pré-eclâmpsia tem menos consultas realizadas e não necessariamente baixa adesão ao pré-natal. Ao mesmo tempo, algumas mulheres com gestação não complicada continuam a realizar consultas semanais até 42 semanas de gestação, e assim acumulam um grande número de consultas que são o resultado, e não a causa, de sua condição não complicada. Gestantes normais não necessitam de mais que 5 consultas<sup>10</sup>, mas espera-se que estas consultas estejam distribuídas por todo período gestacional.

Baseados nos achados deste estudo fazemos ainda as seguintes recomendações: a) necessidade de concentrar esforços nos cerca de um terço de pré-natais inadequados (seja por início tardio ou por não ter sido realizadas consultas nas épocas gestacionais preconizadas); b) melhor caracterização de risco gestacional na primeira consulta da gestante. E não exclusão da gestante de risco, encaminhada aos serviços de referência, do sistema de visitas regulares, para que se possa saber se está ou não em acompanhamento; c) melhor aproveitamento da primeira consulta, sem perda de oportunidades, tendo em vista que em cerca de 10% das gestantes é o único contato realizado. Nesta consulta deve-se avaliar o estado geral da gestante, estabelecer riscos e

motivar para o acompanhamento<sup>1,10</sup>.

Para próximos estudos, sugere-se que aos aspectos aqui avaliados seja acrescido o estudo da proporção de vezes em que foram tomadas condutas quando identificado risco e/ou morbidade, e estudado algum indicador de desempenho perinatal. Estes aspectos complementariam a avaliação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Latino Americano de Perinatologia y Desarrollo Humano (CLAP). El control prenatal. Salud Perinatal (Boletín del CLAP) 1990; Vol. 3, Nº 10.
2. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade. 1ª. ed. São Paulo; Hucitec, 1988.
3. Faundes A, Hardy E, Diaz J, et al. Association of marital status and years of schooling with perinatal outcome: The influence of pre-natal care as an intermediate variable. J. Perinat. Med. 1982; 10, 105.
4. Benicio MHD, Monteiro CA, Souza JMP, et al. Análise multivariada de fatores de risco para o baixo peso ao nascerem nascidos vivos do município de São Paulo, SP (Brasil). Revista de Saúde Pública (São Paulo) 1985; 19:311-20.
5. Laurenti R, Buchalla CM. Estudo da mortalidade perinatal em maternidades. Revista de Saúde Pública (São Paulo) 1985; 19:225-32.
6. Avila-Rosas H, Casanueva E, Barrera A, et al. Algunos determinantes biológicos y sociales del peso al nacer. Salud Publica Mex 1988; 30:47-53.
7. Avila JHG, Olivas AV, Lemus JC. La mortalidad en el periodo perinatal I. Salud Pública de México 1980; XXII:261-68.
8. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG. Cesarean sections and antenatal care in a Brazilian city: the need for a change in policy. Health Policy and Planning 1986; 1(1):29-49.
9. Buekens P, Hernandez P, Infante C. La atención prenatal en América Latina. Bailliere s Clinical Obstetrics and Gynaecology. En Prensa, 1990.
10. Hall MH, Chng PK, MacGillivray I. Is routine antenatal care worth while? The Lancet 1980; 7, 78-80.
11. Oxford Medical Publications. Perinatal care delivery systems - Description in European Community countries. Oxford, New York, Tokyo. Oxford University Press, 1986.
12. Bobadilla JL. Los efectos de la calidad de la atención médica en la sobrevivencia perinatal. Salud Pública de México 1988; Vol. 30, Nº 3, 416-31.
13. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária - Equipe de Epidemiologia. Diagnóstico de Saúde da Comunidade. Porto Alegre. Mimeo, 1986.
14. Fernandes CL, Curra LCD. Programa de gestantes. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Mimeo, 1988.

15. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária - Equipe de Epidemiologia. Diagnóstico de Demanda Ambulatorial: Resultados Preliminares. Porto Alegre. Mimeo, 1993.
16. Miranda A, Scheibel I, Tavares M, et al. Cobertura vacinal em crianças na área de abrangência do Valão. Serviço de Saúde Comunitária- Unidade Valão, Porto Alegre. Mimeo, 1991.
17. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Pré-natal de baixo risco. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Mimeo, 1986.
18. Quick JD, Roghmann KJ. Prenatal care and pregnancy outcome in an HMO and general population: A multivariate cohort analysis. *AJPH*. April 1981; Vol. 71, nº 4, 381-90.
19. Ferster G, Jenkins DM. Patterns of antenatal care, perinatal mortality, and birth-weight in three consultant obstetric units. *The Lancet* 1976; october 2, 727-29.
20. Hodgkin K. Towards earlier diagnosis. 5th ed. London; 1985.
21. Candeias NMF. Assistência pré-natal: Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres internadas no serviço de obstetrícia de um hospital do município de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública (São Paulo)* 1980; 14: 427-38.
22. Sandri S. Pré-natal, Discurso e Prática. Passo Fundo, Berthier, 1991; 72.
23. Bernd B, Souza CB, Lopes CB, et al. Percepção popular sobre saúde bucal: O caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate (CEBES)*, 1992; Nº 34. 33-39.
24. Takeda SMP, Tavares M, Fucks S, et al. Avaliação das ações de saúde em uma Unidade de Atenção Primária. Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. Mimeo, 1993.
25. Tavares MRG, Takeda SMP. Efetividade da visita domiciliar para busca dos faltosos de programas de saúde. Porto Alegre, 1991. Poster apresentado no IV Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária, Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária e Pró-Reitoria de Extensão da UFRGS, Porto Alegre, RS, 9 a 13 de setembro da 1991.
26. Adriasola DG, Juric B, Mujica H, et al. Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1977; 83(5).
27. Pelá NTR. Contribuição ao estudo da assistência pré-natal em um município paulista. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1979; 86(1).

Quadro 1. Adequação do pré-natal considerando o número de consultas e a idade gestacional na 1ª consulta. Modificado do Índice de Kessner (5).

---

ADEQUADO	6 CONSULTAS OU MAIS E INÍCIO DO PRÉ-NATAL ANTES DE 20 SEMANAS DE GESTAÇÃO
INTERMEDIÁRIO	DEMAIS SITUAÇÕES
INADEQUADO	INÍCIO DO PRÉ-NATAL APÓS 28 SEMANAS DE GESTAÇÃO OU MENOS DE 3 CONSULTAS

---

Quadro 2. Número médio de consultas, idade gestacional na 1ª consulta e adequação do pré-natal. Valão, 1991.

	1986 (n=38)	1991 (n=149)
Nº médio de consultas	5	6
	%	%
Início do pré-natal		
- primeiro trimestre	26	47 *
- segundo trimestre	49	39
- terceiro trimestre	25	14
- antes de 20 semanas	39	71 *
Adequação do pré-natal**		
- adequado	26	48 *
- intermediário	32	32
- inadequado	42	20 *

\* Diferenças significativas ( $p < 0,05$ )

\*\* Conforme Índice de Adequação proposto no quadro 1.

Tabela 1 - Características dos pré-natais realizados antes e após implantação do programa de atendimento a gestantes, em serviço de atenção primária.

	1986 (n=34)	1991 (n=149)
	%	%
<b>1ª CONSULTA:</b>		
- Anamnese	75	94 *
- Exame clínico	37	39
- Exame gineco-obstétrico	54	46
- Cálculo idade gestacional	52	89 *
- Medida do peso da gestante	37	85 *
- Medida da pressão arterial	63	85 *
- Altura da gestante	0	18 *
<b>CONSULTAS SUBSEQÜENTE:</b>		
- Cálculo idade gestacional**	26	71 *
- Medida do peso da gestante**	17	61 *
- Medida da pressão arterial**	51	62
- Ausculta dos BCFs**	46	60
- Medida da altura uterina**	40	58
- Utilização do gráfico da AU***	0	19 *
- Aval. da apresentação fetal	43	69 *
- Aval. da pélvis após 33sem.	63	35 *
- Administração de ferro	41	69 *
- Aval. de risco	28	31
- Vacinação anti-tetânica	23	79 *
- Exame odontológico	3	17 *
- Conteúdos de educação	89	83
- Exames lab. rotina 1º trim.	82	99 *
- 2º trim.	66	68

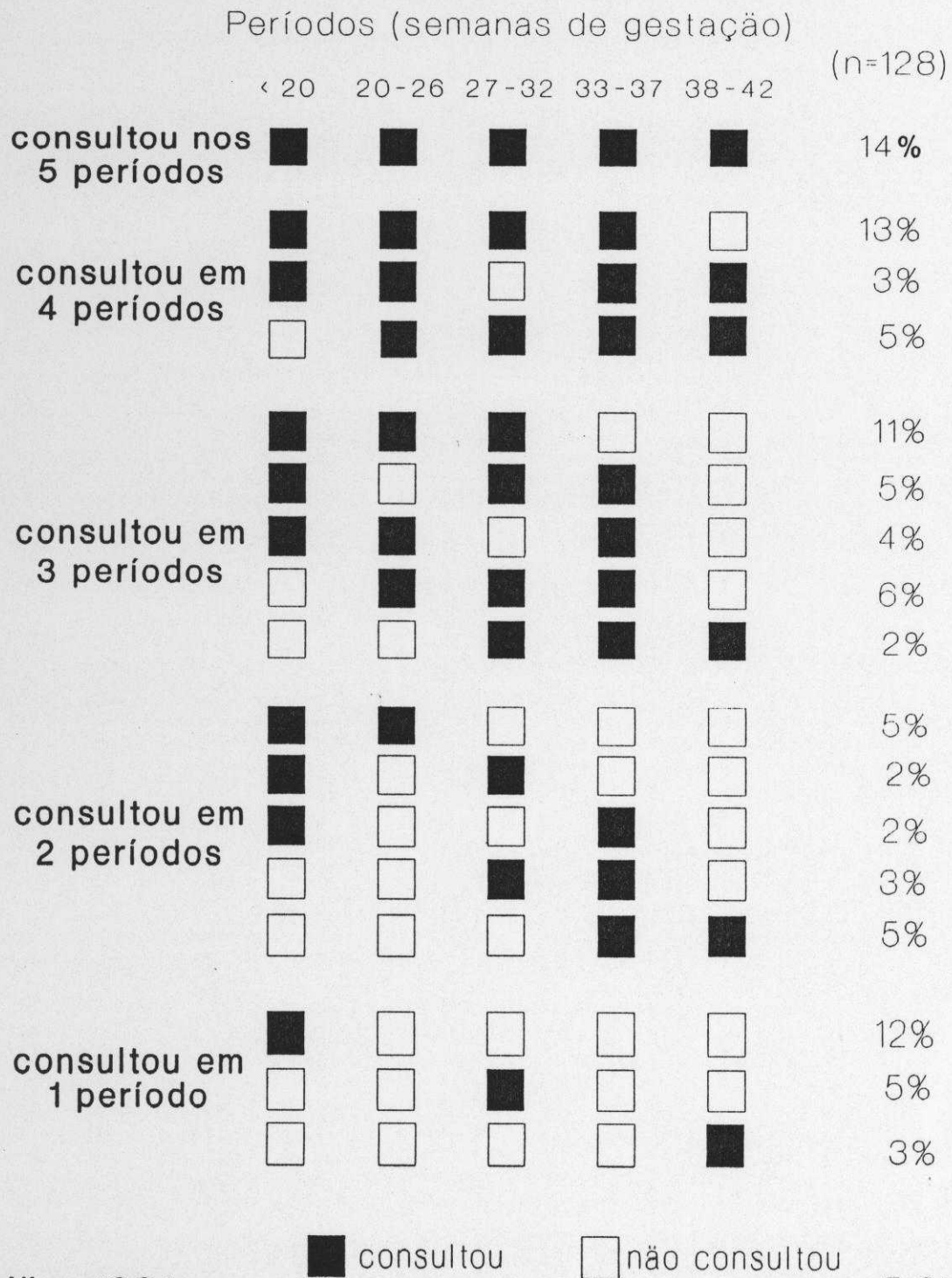
\* Diferenças significativas ( $p < 0,05$ )

\*\* Refere-se à proporção de casos em que foi avaliado pelo menos uma vez para cada período gestacional em que a gestante compareceu ao serviço.

\*\*\* AU=altura uterina



# Frequência das Gestantes ao Serviço nos Períodos Preconizados



Valão, 1991

FIGURA 1

# Avaliação do Registro dos Parâmetros por Idade Gestacional

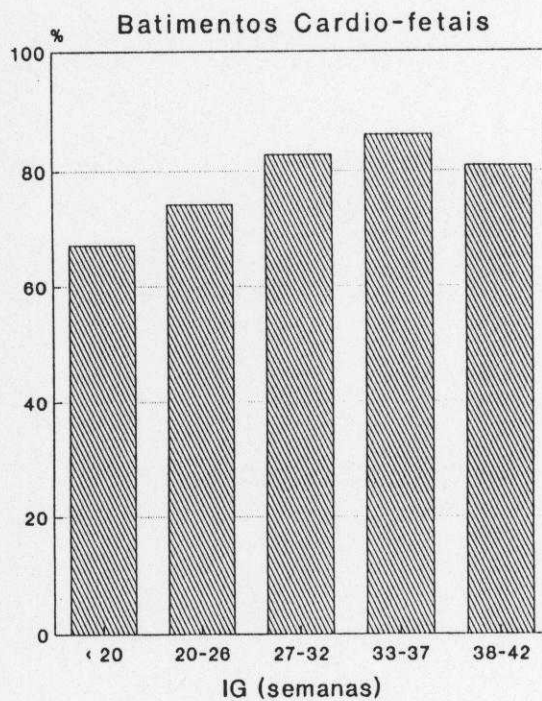
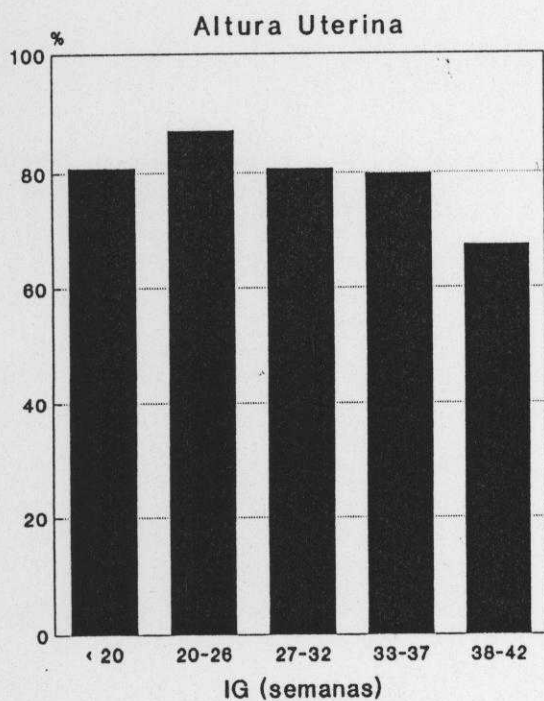
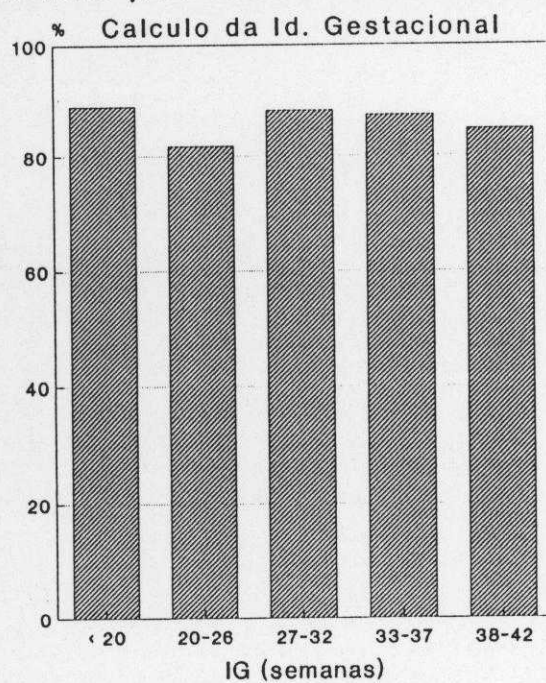
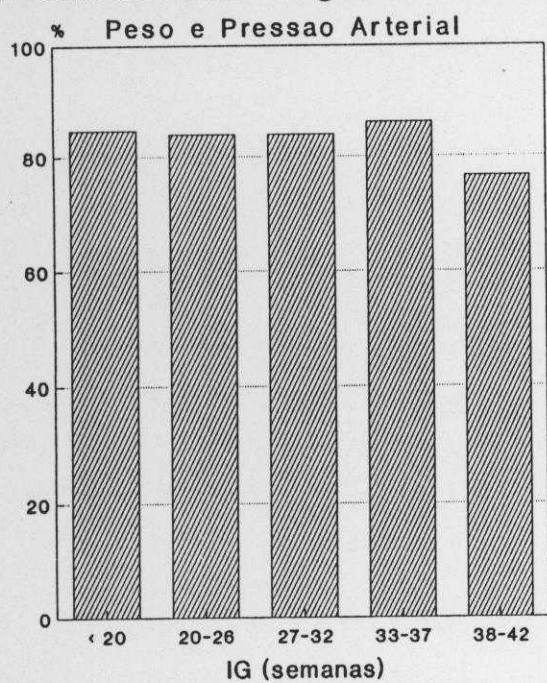
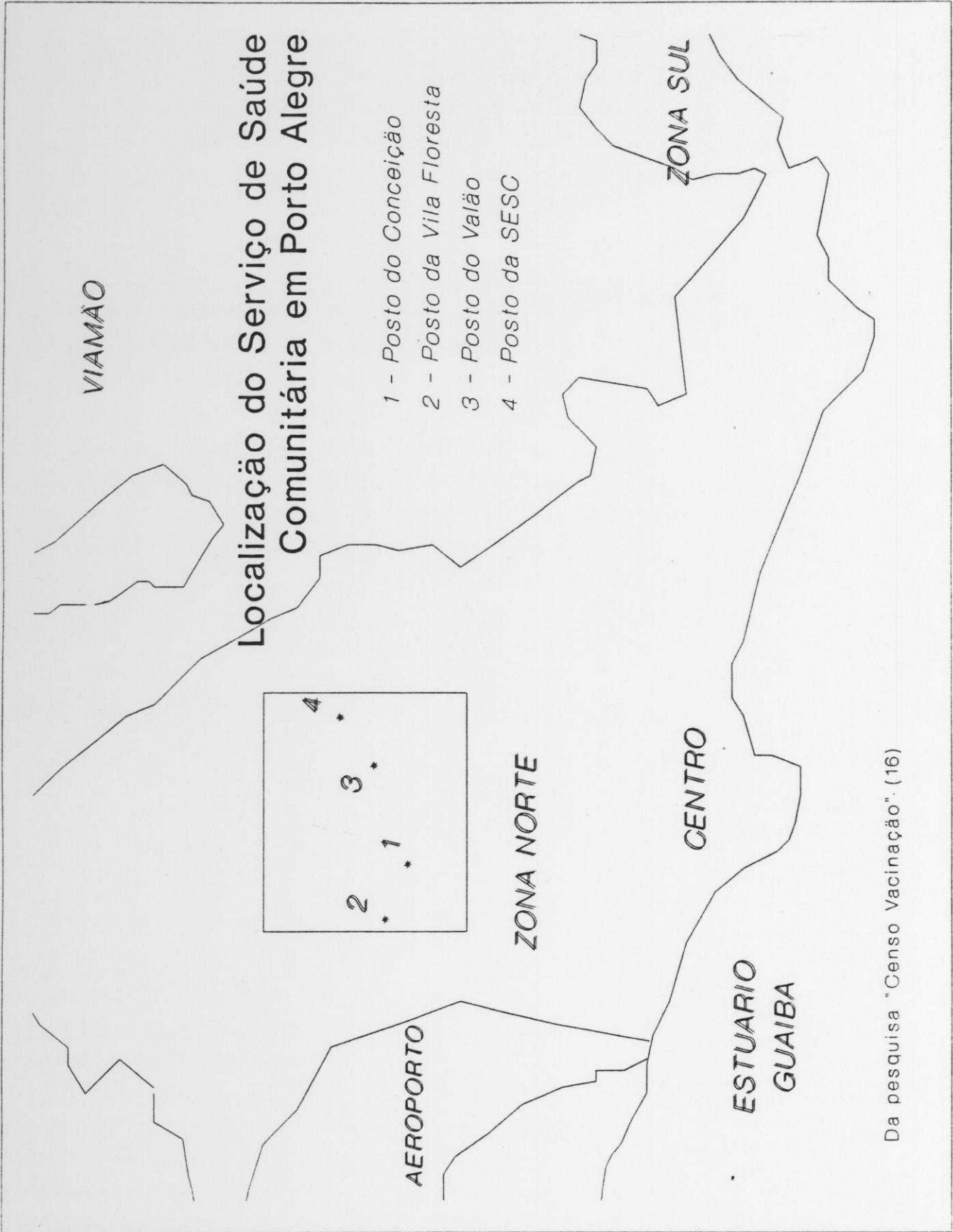


FIGURA 2

**ANEXOS**





Número do Questionário: \_\_\_\_\_ quest \_ \_ \_  
 Número do Prontuário (ficha) no Posto: \_\_\_\_\_ pront \_ \_ \_ \_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do chefe da família: \_\_\_\_\_

1. Componentes da casa: \_\_\_\_\_ pessoas

Nome	IDADE (ANOS) (se <1ano=0anos)	SEXO (M=1, F=2)	
-----	-- --	(1) (2)	<1 _ _
-----	-- --	(1) (2)	1-2 _ _
-----	-- --	(1) (2)	3-4 _ _
-----	-- --	(1) (2)	5-14 _ _
-----	-- --	(1) (2)	15-49 _ _
-----	-- --	(1) (2)	50-64 _ _
-----	-- --	(1) (2)	65+ _ _
-----	-- --	(1) (2)	
-----	-- --	(1) (2)	

ESCREVA O NOME DO ENTREVISTADO E IDENTIFIQUE SEU LAÇO DE PARENTESCO COM O CHEFE DA FAMÍLIA:

2. Tipo de família: (1) nuclear (2) extensiva tipo \_
3. Crianças entre 7 e 14 anos estão na escola?  
 (1) sim, número: \_\_\_\_\_ (2) não, número: \_\_\_\_\_  
 criança esc \_  
 criança não \_
4. A família participa regularmente de alguma das seguintes atividades?
- |                         |        |        |              |   |
|-------------------------|--------|--------|--------------|---|
| Associação de moradores | (1)sim | (2)não | assoc. morad | _ |
| Sindicatos              | (1)sim | (2)não | sindicatos   | _ |
| Associação pais/mestres | (1)sim | (2)não | assoc pais   | _ |
| Clube de mães           | (1)sim | (2)não | clube mães   | _ |
| Grupos religiosos       | (1)sim | (2)não | religiosos   | _ |
| Partido político        | (1)sim | (2)não | políticos    | _ |
| Grupos voluntários      | (1)sim | (2)não | voluntários  | _ |
| Outro                   | (1)sim | (2)não | outros       | _ |

Situação de saúde

5. Alguma pessoa da família teve no último ano:

Baixa por doença de nervos	__ pessoas	nervos	_
Baixa por outras doenças	__ pessoas	baixas	_
Pressão alta em tratamento	__ pessoas	pressão trat	_
Pressão alta não tratada	__ pessoas	pressão não	_
Problema de pulmão, em trat./tratado	__ pessoas	pulmão trat	_
Problema de pulmão, não tratado	__ pessoas	pulmão não	_

(PARA PROBL. PULMÃO PEDIR CART. DO CENTRO SAUDE)

Problema com bebida de álcool \_\_ pessoas

SE SIM PARA PROBLEMAS COM BEBIDAS DE ALCOOL,  
PERGUNTAR: (Para cada pessoa com este problema)

Que tipo de problema?

- Problemas de saúde (1)
- Problemas no trabalho (2)
- Brigas na rua (3)
- Brigas em casa (4)
- Acidentes (5)
- Outro ( )
- Não sabe/ não quer responder (6)

Pessoa 1: ( ), ( ), ( ),outro: \_\_\_\_\_

Pessoa 2: ( ), ( ), ( ),outro: \_\_\_\_\_

Pessoa 3: ( ), ( ), ( ),outro: \_\_\_\_\_

6. Alguém da família precisou consultar com médico nos últimos 3 meses? SE SIM: Qual o local procurado? (Se não passe à próxima pergunta)

1. _____	local consulta
2. _____	---
3. _____	---

7. No último ano, alguém da família usou:

chás ou ervas	(1)sim	(2)não	chás	_
benzedeira	(1)sim	(2)não	benzedeira	_
farmacêutico	(1)sim	(2)não	farmac.	_
centro espírita	(1)sim	(2)não	centro esp.	_
voluntários de saúde	(1)sim	(2)não	volunt.	_

8. Morreu alguém da casa nos últimos 3 anos?

(1)sim	(2)não	morte	_
--------	--------	-------	---

9. SE MORREU: Que idade tinha?

__ __ anos	(98=não se aplica; 99=desconhecido;	idade morte1	_	_
__ __ anos	00=menos de 1 ano)	idade morte2	_	_
__ __ anos		idade morte3	_	_

Situação socio-econômica

10. Das pessoas com 15 ANOS OU MAIS, quantas estão

trabalhando ou aposentadas?

\_\_ pessoas com renda

peessoas \_

11. Quanto ganham essas pessoas?

renda familiar

1a pessoa Cr\$ \_\_\_\_\_, \_\_ por \_\_\_\_\_  
2a pessoa Cr\$ \_\_\_\_\_, \_\_ por \_\_\_\_\_  
3a pessoa Cr\$ \_\_\_\_\_, \_\_ por \_\_\_\_\_  
4a pessoa Cr\$ \_\_\_\_\_, \_\_ por \_\_\_\_\_

-----

AS PERGUNTAS SEGUINTEs REFEREM-SE À PESSOA QUE TEM A MAIOR RENDA

12. Qual o tipo de firma onde trabalha? \_\_\_\_\_

tipo de firma \_ \_

13. Que tipo de trabalho faz? \_\_\_\_\_

tipo trabalho \_ \_

14. Qual a sua posição no serviço?

posição \_

- (1) empregado
- (2) empregador
- (3) conta própria, estabelecimento próprio
- (4) conta própria, sem estabelecimento
- (5) biscateiro
- (6) parceiro ou meeiro
- (7) aposentado ou encostado
- (8) outro \_\_\_\_\_

15. Estudou na escola? (1)sim (2)não  
SE SIM: Até que série estudou? (ANOS COMPLETOS)  
\_\_ a série, \_\_ o grau

escola \_ \_

Condições da Residência:

16. Tipo de construção:  
(1) tijolos (2) tijolos, rústico  
(3) madeira regular (4) mista  
(5) maloca (6) outro

construção \_

17. Água encanada: (1)sim, dentro de casa  
(2)sim, no terreno (3)não

água \_

18. Como é a patente da casa?  
(1)com descarga (2)casinha  
(3)comunitária c/ descarga  
(4)comunitária sem descarga  
(5)usam a de outra casa

patente \_

19. Quantas peças tem a casa? \_\_ peças  
Onde dormem as pessoas? \_\_ quartos (peças)

quartos \_



20. Existe horta na casa?      (1)sim      (2)não	horta _
21. Que fazem com o lixo?      (1)valão      (2)queimam (3)enterram      (4)DMLU      (5) outro: _____	lixo _
22. Ha quanto tempo moram nesta vila? _ _ anos (menos de 1 ano = 00)	anos _ _
23. SE MORAM NA VILA A MENOS DE 5 ANOS, de onde vieram? (1)grande Porto Alegre      (2)outra área urbana (3)zona rural      (8)não se aplica      (9)ignorado	proc. _
24. São proprietários do terreno onde moram? (1)sim      (2)não, alugam      (3)não, posseiros (4)não, outro: _____	prop. _
25. Qual o problema mais importante da vila? (01)saneamento      (06)habitação (02)escola      (07)pobreza (03)saúde      (08)segurança (04)creches      (09)transporte (05)diversão      (10)outro: _____	problema _ _
Entrevistado: idade _ _      sexo (1)M (2)F	idade _ _ sexo _
Data da entrevista: _ _ / _ _ / _ _	data _ _ _ _ _
Entrevistador: _	entrevistador _

**QUESTIONÁRIO PARA MULHERES ENTRE 13 - 49 ANOS**

Número do questionário: _ _ _ _	quest _ _ _ _
Nome: _____ Prontuário no posto: _ _ _ _	pront _ _ _ _
Idade: _ _ anos	idade _ _
1. Estudou na escola? (1)sim (2)não SE SIM: Quantos anos completou? _ _ anos (se não estudou, ou estudou menos de 1 ano = 00)	escola _ _
2. Quantos filhos nascidos vivos teve nos <u>últimos</u> 12 meses? _	filhos 12 meses _
3. Está grávida atualmente? (1)sim (2)não (3)acha que está (4)não sabe	grávida _
<b>SE ESTA GRÁVIDA: (perguntas 4,5,6,7,8. Se não -&gt; 9) :</b>	
4. Com quantos meses de gravidez está? _ meses	meses gravidez _
5. Quantas consultas pré-natais já fez? _ _	pré-natal _ _
6. Onde consultou? _____	onde _ _
7. Porque você escolheu o <LOCAL> para fazer o pré-natal? _____	porque _ _
8. Qual a data da última menstruação? DUM: __/__/__ (1)confirmada (2)não confirmada	DUM c _ _ _ _ _ DUM n _ _ _ _ _
9. Neste último mês usou algum método para não engravidar? (01) nenhum, quer engravidar (02) nenhum, está grávida (03) nenhum, fez ligadura de trompas (04) nenhum, marido fez vasectomia ( ) nenhum, outro motivo: _____ (05) pílula (06) DIU (07) camisa de vênus (08) coito interrompido (09) método de tabela ou ritmo (10) geléia ou óvulos (11) diafragma ( ) outro: _____	anticoncepcional _ _

10. Tipo de parto do ultimo filho:

(1) normal

(2) cesárea

(3) fórceps

(4) outro: \_\_\_\_\_

tipoparto \_

11. Já fez exame preventivo de câncer de útero?

(1) sim (2) não

preventivo \_

SE SIM: Quando foi a última vez? \_ \_ anos e \_ \_ meses

último \_ \_

12. Trabalha fora de casa?

(1) sim, todos os dias, turno integral

(2) sim, todos os dias, turno parcial

(3) sim, alguns dias

(4) não

trabalha \_

Data da entrevista \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

data \_ \_ \_ \_ \_

Entrevistador: \_

entrevistador \_

QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇAS COM MENOS DE 3 ANOS

=====

Número do questionário: _ _ _ _	quest _ _ _ _
Número do prontuário no posto: _ _ _ _	pront _ _ _ _
Nome: _____	
1. Data do nascimento: _ _ / _ _ / _ _	nasc _ _ _ _ _
2. Sexo: (1) masc (2) fem	sexo _
3. Consultou com médico no <u>último mês</u> ? _ _ consultas (0=não consultou)	consultou _
4. SE CONSULTOU, onde? (local da última consulta) _____	onde _ _
5. Por que <A CRIANÇA> consultou? (última consulta) _____	porque _ _
6. Foi hospitalizada alguma vez nos <u>últimos 12</u> meses? _ hospitalizações (0=não)	hospitalizada _
7. SE FOI HOSPITALIZADA: Onde foi que baixou? _____	hosp. onde _ _
8. Quantas vezes a mãe consultou durante a gravidez? _ _ consultas	pré-natal _
9. PEDIR PARA VER A CARTEIRINHA DE GESTANTES: (1) não tem porque não fez pré-natal (2) não sabe onde esta/perdeu (3) tem, _ _ consultas	pré-natal C _
10. Com que peso nasceu? _ _ _ _ gramas (9999 = desconhecido)	peso _ _ _ _ _
11. Mamou no peito? (1) sim (2) não	mamou _
12. Por quanto tempo mamou no seio? _ _ meses e _ anos	tempo _ _
13. Quem cuida da criança? (1) mãe (5) parente >= 18 anos (2) pai (6) creche (3) empregada (7) outro: _____ (4) parente < 18 anos	quem cuida _
14. Peso atual: _ _ _ _ _ gramas	peso hoje
Data da entrevista: _ _ / _ _ / _ _	data _ _ _ _ _
Entrevistador: _	entrev. _

QUESTIONÁRIO PARA PESSOAS COM 65 ANOS OU MAIS

Número do questionário: _ _ _ _	quest _ _ _ _
Nome: _____	idade _ _
1. Idade: _ _ anos      Sexo: (1)masc    (2)fem	sexo _
2. Tem aposentadoria?    (1)sim    (2)não	aposentadoria _
3. Tem alguma outra fonte de renda? (1) trabalho regular    (2) pensão (3) outra: _____	fonte de renda _
4. Tomou algum tipo de remédio todos os dias no <u>último mês</u> ? (1)sim    (2)não	remédio _
5. Se tomou, qual foi o remédio? _____ _____	remédio _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
6. Fez alguma consulta com médico no <u>último mês</u> ? _ consultas (0=não)	consulta _
7. SE CONSULTOU, onde foi? (local última consulta) _____	consultou onde _ _
8. Tem capacidade de: Locomover-se sozinho            (1)sim    (2)não Cozinhar e lavar louça            (1)sim    (2)não Realizar a higiene pessoal        (1)sim    (2)não Sair de casa sozinho                (1)sim    (2)não	locomover-se _ cozinhar _ higiene _ sair _
Data da entrevista: _ _ / _ _ / _ _	data _ _ _ _ _
Entrevistador: _	entrevistador _



MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE CAMPO  
=====

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE AS ENTREVISTAS:

A. APRESENTAÇÃO:

1. Apresentação da entrevistadora ao informante: explicar que é do postinho, e que está trabalhando em um estudo sobre a saúde. Usar sempre o crachá de identificação.
2. Explicar que o estudo é confidencial, e que as informações prestadas não serão reveladas a ninguém. Esta explicação pode ser reafirmada quando forem feitas as perguntas sobre renda familiar.
3. Se for perguntado para que serve este estudo, explicar: "Estamos estudando como está a saúde das pessoas que moram aqui para ver o que pode ser feito para melhorar o trabalho do posto".
4. Em situações difíceis é preciso ter uma abordagem especial. Se no momento da sua chegada houver alguma discussão ou briga em família, volte em outra oportunidade. Se as pessoas estiverem nervosas, tentar conversar. Se não se acalmarem, deixar para fazer a entrevista em outra ocasião.
5. Se a pessoa que for entrevistada mostrar alguns sinais de se encontrar alcoolizada no momento da entrevista, volte em outra ocasião.
6. Se em algum momento o entrevistador perceber contradição ou incoerência do entrevistado, anotar a situação e discutir com o supervisor.

B. POSTURA:

1. Manter, dentro do possível, atitudes e condutas neutras. Evitar polemizar se o entrevistado colocar assuntos delicados.
2. Procurar usar roupas discretas. Evitar perfumes fortes, evitar mascar chicletes durante a entrevista, evitar fumar, mesmo que o entrevistado o faça.
3. Procurar situações favoráveis para a entrevista, evitando ocasiões inoportunas para o entrevistado, que o obriguem a interromper outras atividades de seu interesse, ou se estiver irritado, cansado ou impaciente.

4. Manter o controle da entrevista sem se mostrar impertinente, mas reconduzindo sempre ao objeto da entrevista.

5. Não obrigar ninguém a atender contra a vontade. Se o entrevistado se recusar a responder, anotar e conversar com a supervisora.

### C. ORIENTAÇÕES PARA O QUESTIONÁRIO:

1. Procurar conversar ou responder as perguntas feitas pelo informante somente ao final das entrevista. (Se a resposta for breve poderá ser respondida durante a entrevista; se for longa, explique ao informante que você gostaria de falar sobre o assunto ao final do questionário).

2. Formular as perguntas EXATAMENTE COMO ESTÃO ESCRITAS, sem enunciar as várias opções de resposta. Se necessário, ler a pergunta de uma segunda vez. Se necessário, explicar a pergunta com outras palavras, e enunciar TODAS as opções de resposta, sem enfatizar nenhuma, tendo o cuidado de não induzir respostas.

3. SEMPRE QUE HOUVER DÚVIDA, escrever por extenso a informação dada pelo informante, e deixar para resolver com a supervisora.

4. Quando a resposta parecer pouco confiável, anotá-la e fazer um comentário sobre sua má qualidade.

5. Quando a resposta for "OUTRO", especificar segundo as palavras do informante.

6. NÃO DEIXAR RESPOSTAS EM BRANCO. Pode ser interpretado como esquecimento de fazer a pergunta.

Observar a aplicação de códigos especiais:

- IGNORADO: Código 9, 99 ou 999. Utilizado quando o informante não souber responder, ou se a informação não for nada confiável. Use a resposta "ignorado" somente em último caso;

- NÃO SE APLICA: Código 8, 88 ou 888. Utilizada quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso.

7. O código "0" não deve ser aplicado como sinônimo de "não", a não ser que isto esteja especificado claramente nas opções da pergunta. Deve-se considerá-lo com seu significado numérico. Assim: 00 meses = menos de 1 mês.

8. As instruções em letra maiúscula não devem ser perguntadas. Servem para orientar o entrevistador.

9. Atenção: Manter-se alerta em relação a erros ou contradições do entrevistado, durante e também no final da entrevista. Atento também para informações adicionais que o entrevistado estava pronto a dizer, mas não disse durante a entrevista por achar sem importância.

10. Ainda na casa do entrevistado, revise para conferir se todas as questões foram preenchidas. (É muito melhor fazê-lo neste momento,



utilizando alguns minutos, do que voltar novamente ao mesmo domicílio para complementar dados).

11. Preencha o questionário a lápis, apague e modifique o mínimo, e somente na casa do entrevistado. Não passe a limpo o questionário.

12. Se houver alguma interferência durante a entrevista, do tipo criança chorando, vizinha chamando, etc, coloque o entrevistado à vontade para resolver aquela situação e depois retome a entrevista.

#### QUESTIONÁRIO GERAL:

---

Sobre o número do prontuário ou também conhecido como ficha no posto: se o informante disser que não tem ficha no posto, registrar "não tem". Se não lembrar o número, insistir perguntando se outra pessoa da casa sabe. Se ninguém lembrar registrar "não sabe".

Em relação ao "nome do chefe da família": é considerado chefe da família a pessoa identificada como tal pelo entrevistado.

##### 1. Componentes da casa:

Perguntar quantas pessoas moram na casa. Anotar. E então perguntar, em ordem crescente de idade ("do mais novo ao mais velho"), o nome, a idade e o sexo de cada um, e ir anotando. No final conferir o número registrado com o número de moradores inicialmente informado.

##### MORAR NA CASA:

É considerado morador da casa toda pessoa que o entrevistado identifica como tal. Este é o primeiro critério. Se o entrevistado tem dúvidas em afirmar se determinada pessoa mora ou não na casa, pergunte quantas noites dorme na casa. Se dorme a maioria das noites (4 noites ou mais por semana), considere morador. Se tiver dúvidas, anote no questionário a situação para que possa ser resolvida a posteriori.

OBSERVAÇÃO: No item: "Escreva o nome do entrevistado", identifique o laço de parentesco ou qualquer outra relação com o chefe da família (ex.: inquilino).

##### 2. Tipo de família:

Família nuclear é aquela constituída por uma ou duas gerações, como um casal, ou pais e filhos, ou avós e netos. Família extensiva é aquela constituída por três ou mais gerações.

##### 3. Crianças entre 7 e 15 anos estão na escola?

O objetivo da pergunta é saber se está matriculado, cursando. Se estiver em férias, greve, ou faltando, é considerado como "está na escola".

##### 4. A família participa regularmente de alguma destas atividades?

No caso de perguntas que oferecem várias opções, listar lentamente cada uma delas e olhar para o entrevistado após a leitura de cada opção. Se o entrevistado mostrar que está em dúvida ou que não entendeu bem em que

consiste a questão, então explicar com mais detalhes.

## SITUAÇÃO DE SAÚDE

5. Alguma pessoa da família teve no último ano:

Idem à 4 - "listar lentamente cada opção e olhar para o entrevistado após a leitura de cada uma".

Como a pergunta se refere ao último ano, esclarecer que se trata de fevereiro de 1991 a fevereiro de 1992.

Para o item 'pressão alta' a orientação é a seguinte: fazer a pergunta "alguma pessoa da família teve no último ano pressão alta?". Se a resposta for positiva perguntar se está (estão) em tratamento. Se a resposta for "está em tratamento", pedir para verificar a medicação que está tomando. Somente se o entrevistador vir a medicação poderá anotar como "pressão alta em tratamento"; senão deverá preencher "pressão alta não tratada".

Para o item 'problema de pulmão', pedir para observar a carteirinha do centro de saúde (Modêlo), e somente se esta for apresentada, será registrado "problema de pulmão, em tratamento ou tratado" (tratado caso já tenha alta na carteirinha).

Situação de Saúde: "Alguém da família apresentou no último ano"...  
Foi acrescentada a pergunta:

**Problemas com bebida de álcool \_\_ pessoas.**

**SE SIM, ALGUÉM APRESENTOU PROBLEMAS COM ALCÓOL, PERGUNTAR:**

**Que tipo de problema?**

A pergunta é aberta. Pergunte e aguarde a resposta sem ler as opções. Se a pessoa entrevistada não responder nada, mostrar dúvidas, ou responder com algo do tipo "todo tipo de problema", **SÓ ENTÃO** leia todas as opções, com mesmo tom de voz:

- Problema de saúde (1)
- Problema no trabalho (2)
- Brigas na rua (3)
- Brigas em casa (4)
- Acidentes (5)
- Outro ( )
- Não sabe/ não quer responder (6)

Esta pergunta aceita múltiplas respostas. Você deve anotar a resposta na linha que diz:

Pessoa 1: ( ), ( ), ( ), outro: \_\_\_\_\_

Se a resposta for diferente daquelas listadas (item "outro"), escreva com as palavras do entrevistado.

Se houver mais de uma pessoa que tem problemas com bebidas com álcool, repita o processo para cada pessoa.

6. Se alguma pessoa da família precisou consultar com médico nos últimos 3 meses, qual o lugar que foi procurado?

Deixar claro quando uma pergunta se refere a um determinado período de tempo. Como a pergunta se refere aos últimos 3 meses, e estamos em fim de fevereiro, perguntar: "... precisou de médico em dezembro, janeiro e fevereiro?"

Esta questão permite como resposta até três diferentes locais. Se ocorrer de terem sido procurados mais que três, registrar os últimos.

7. No último ano alguém da família usou:  
Idem à 4 - "listar lentamente cada opção e olhar para o entrevistado após a leitura de cada uma".

8. Morreu alguém da casa nos últimos três anos?  
Últimos três anos significa o período compreendido entre fevereiro de 89 a fevereiro de 92.

Se a morte foi recente, sensibilizar-se brevemente com a pessoa, e se possível, continuar o questionário. Senão marcar para voltar em outro dia.

9. (SE MORREU) Que idade tinha?  
Sem comentários.

#### SITUAÇÃO SOCIO-ECONOMICA

10. Das pessoas com 15 anos ou mais, quantas estão trabalhando ou aposentadas?

O objetivo é identificar todas as fontes de renda das pessoas que moram neste domicílio (inclui pensão alimentícia, entre outras).

Se o informante responder que ninguém está trabalhando, perguntar: nem trabalhou em casa, para outros, neste mês que passou? Se trabalha somente alguns meses por ano, registrar o número de meses e a renda a cada mês.

No item: "AS QUESTOES ABAIXO SE REFEREM A PESSOA QUE TEM MAIOR RENDA:"  
- Quando mais de uma pessoa no domicílio tiver a mesma renda, SORTEAR, na hora, a pessoa a que serão feitas as perguntas sobre tipo de firma e ocupação. (Sorteio do tipo "diga um número de 1 a 3")

11. Quanto ganham essas pessoas?

a. Valor atual do salário mínimo: Cr\$ 96.037.33

b. Se o informante referir desconhecer a renda familiar, perguntar sobre uma aproximação (menos de 1 salário?; entre dois e três salários?; mais de 3?)

c. As rendas se referem a todas as pessoas do domicílio, com 15 anos ou mais, que recebem remuneração. Se espontaneamente for comentado que um dos componentes da casa recebe remuneração, mas não contribui ou só contribui parcialmente com os gastos da casa, somente registrar a renda que entra nas despesas de casa. Por exemplo, se um tio recebe 2 salários mas contribui somente com metade deste valor, e a outra metade envia para um parente distante, somente o valor de um salário será registrado.

d. Para autônomos como motoristas de táxi ou proprietários de armazém, anotar somente a renda líquida e não a bruta.

e. NO DOMICILIO EM QUE NAO HOUVER RENDA, responder com zeros, e não com 88.888,88.

f. Aceitar a resposta "ignorado" somente em último caso. E neste caso anotar detalhadamente o tipo de ocupação desta pessoa de renda ignorada, para que se possa, telefonando ao local de trabalho, ou por informações posteriores, saber seu salário.

g. Nesta questão sobre renda, especificar se os valores são por dia, semana, quinzena ou mês. Quando ganha por dia, anotar quantos dias por

- semana trabalha. Se é horista, quantas horas por dia trabalha e quantos dias por semana. Em situações onde for muito difícil obter a informação devido à irregularidade do trabalho, considere como foi a última semana.
- h. Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais, como por exemplo o 13º salário ou o recebimento de uma indenização por demissão. Nestes casos anotar esta renda ao lado.
- i. Não some o total das rendas durante a entrevista! Esta atividade deverá ser feita na revisão do questionário.
- j. Caso alguém tenha duas ou mais fontes de renda (concomitantes), todas deverão ser anotadas.

**AS PERGUNTAS SEGUINTE REFEREM-SE A PESSOA QUE TEM A MAIOR RENDA:**

12. Qual o tipo de firma onde trabalha?

OBSERVAÇÃO: Se a pessoa de maior rendimento tiver mais de uma profissão, responder as perguntas de tipo de firma, profissão e posição no serviço sobre aquele trabalho que lhe proporciona maior renda.

a. Tipos de firmas: Padaria Panamericana, Oficina de carros, Companhia de taxis, Transportes Carris, Zero Hora, Rodoviária, Hospital Conceição, Metalúrgica Zivi-Hércules, ... SEMPRE que a firma não for bem conhecida, é fundamental perguntar qual a atividade desenvolvida por esta firma - transportes, comércio de mercadorias, indústria, padaria, ...

b. Note que as perguntas sobre situação sócio-econômica dizem respeito ao trabalho atual ou ao último trabalho, e portanto não podem ser respondidas com "aposentado" ou "encostado", mas sim com o trabalho exercido quando recebeu a aposentadoria ou licença.

d. Se a pessoa trabalhou o último mês como safrista, mas o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses por ano em que exerce cada trabalho.

13. Que tipo de trabalho faz?

Anotar detalhadamente o tipo de trabalho (assim como a firma, para a questão anterior). Por exemplo: trabalha em um engenho de arroz e carrega sacos de arroz para os caminhões. Para trabalhadores da construção civil, diferenciar se são serventes, pedreiros ou mestre-de-obras. Outro exemplo: Se trabalha na Zero Hora, informar se é jornalista, digitador, motorista, ou serve cafezinho.

NOTE BEM: Biscateiro é aquele que exerce várias atividades de forma irregular (serviços de jardinagem, pequenos consertos, etc). Serventes na construção civil não são biscateiros, atente porém para a questão abaixo, que podem ser autônomos (trabalhadores por conta própria, sem estabelecimento), ou empregados (tem carteira assinada).

14. Qual a sua posição no serviço?

a) A pergunta sobre posição no serviço pode ser feita da seguinte forma: é empregado ou trabalha por conta própria?

b) Se estabelecimento próprio, perguntar se trabalha apenas com pessoas da família (conta própria, estabelecimento próprio) ou se tem empregados (empregador).

15. Estudou na escola?

Identificar os anos de escola completados.

## CONDIÇÕES DA RESIDENCIA

### 16. Tipo de construção:

Responder pelo que observou. Caracterizar o tipo de construção. Casa de madeira regular é aquela construída com tábuas iguais, regulares, sem frestas, com assoalho, forro no teto e janelas com vidros. Casa mista tem parte de madeira regular e parte de tijolos ou cimento. Maloca (casa irregular) é construída por madeira de diferentes tipos, e/ou materiais improvisados como papelão, latas, etc. O teto em geral não tem forro e as janelas não tem vidros. Casa de tijolos sem reboco (rústicas) não tem forro no teto e as aberturas são simples.

### 17. Água encanada:

Sem comentários.

### 18. Como é a patente da casa?

Sempre que possível, observar.

### 19. Quantas peças tem a casa?

Pedir para o entrevistado especificar as peças. Não incluir o banheiro e os corredores como peças da casa. Ambientes com divisões bem claras (mesmo que divididos com armários ou cortinas), devem ser considerados como peças independentes.

### 20. Existe horta na casa? Sem comentários.

### 21. Que fazem com o lixo?

Se forem enumerados mais de um destino para o lixo, anotar o que é feito em maior número de vezes.

### 22. Há quanto tempo moram nesta vila?

Identificar o número de anos. Se o entrevistado responder também o número de meses, utilizar como segue: se 6 meses ou mais, acrescentar um ano. Se menos de 6 meses, desconsiderá-los.

ex: 1 ano e 7 meses = 2 anos;

2 anos e 3 meses = 2 anos.

Obs.: observar que existe código para menos de 1 ano (00).

### 23. Se moram na vila há menos de 5 anos, de onde vieram?

Se procederam de outros bairros de Porto Alegre, considere "grande Porto Alegre".

### 24. São proprietários do terreno em que moram?

Observar que a pergunta se refere à propriedade do terreno, e não da casa.

### 25. Qual o problema mais importante da vila?

A pergunta é aberta. O entrevistado deve decidir pelo que achar mais importante, sem conhecer as opções. Se a resposta for "não tem problemas", esta é a informação a ser registrada no item "outro". Evite ler as opções, só o faça se o entrevistado responder "não sei", ou algo do gênero.

No item "outro", sempre especificar.

## QUESTIONÁRIO PARA MULHERES:

---

OBSERVAÇÃO: Este questionário deverá ser preenchido para todas mulheres com 13 anos na data da primeira visita (caso seja necessário mais de uma visita) e 50 anos INcompletos nesta data.

1. Estudou na escola? Quantos anos completou?  
Saliendar que são anos de escola COMPLETOS.

2. Quantos filhos nascidos vivos teve nos últimos 12 meses?  
Perguntar: desde fevereiro do ano passado, quantos filhos nascidos vivos teve?

3. Está grávida atualmente?  
Se a mulher acha que está grávida no momento, mas não tem certeza: anotar também na PLANILHA DE CAMPO "acha que está grávida".

4. Com quantos meses de gravidez esta?  
Registrar o número de meses completos. Respostas como: "Estou entrando para o 5º", registrar 4 meses.

5. Quantas consultas pré-natais já fez?  
Fazer consulta pré-natal quer dizer fazer uma ou mais consultas (com médico ou enfermeira) para a gravidez.

6. Onde consultou?  
O objetivo desta pergunta é saber em que local a gestante esta fazendo o pré-natal. Se a entrevistada disser que fazia em um local e que agora mudou, interessa o local onde faz atualmente. Se disser que faz em um local mas que a última consulta foi em outro, perguntar onde vai continuar a fazer o pré-natal. Se disser que pretende mudar de local de consulta (mas ainda não consultou no outro serviço), colocar aonde vem fazendo.

7. Por que você escolheu o <LOCAL> para fazer o pré-natal?  
Registrar com as palavras da entrevistada.

8. Qual a data da última menstruação?  
Sempre que possível confirmar com dados de exames (registrar épocas de HCG +, planoteste +, resultado de ecografias) ou anotações de carteirinha de gestante.  
Se a gestante não tiver carteirinha, ou na carteirinha não tiver a DUM, SEMPRE registrar resultados de exames (Planoteste, HCG, Ecografias) e as datas em que foram realizados.  
Se a gestante tiver carteirinha, havendo ou não registro de resultado de exames, anote duas medidas de altura uterina (AU) realizadas com intervalo de 4 semanas, e as datas em que foram realizadas. (Para curiosidade: este é um ótimo indicador de idade gestacional).

9. Neste último mês usou algum método para não engravidar?  
Se a mulher diz que não usa método anti-concepcional, perguntar se não usa outro que não seja a pílula.  
Se a mulher utiliza dois métodos anticoncepcionais combinados, tentar

identificar o mais utilizado. Descrever a situação com detalhes. O método da tabela ou ritmo é também conhecido como Ogino-Knauss. A resposta "ele se cuida" em geral significa coito interrompido. Mas deve-se esclarecer com a entrevistada.

10. Tipo de parto do último filho: sem comentários.

11. Já fez exame preventivo de câncer de útero?  
Registrar a época de realização do último exame.

12. Trabalha fora de casa?  
Sem comentários.

#### QUESTIONARIO PARA CRIANÇAS:

---

OBSERVAÇÃO: Este questionário se refere somente a crianças com menos de 3 anos. Crianças que já completaram 3 anos, mesmo que no dia da visita, não serão incluídas. Use como critério para calcular a idade, a data da primeira visita ao domicílio.

1. Data do nascimento: se o entrevistado tiver dúvidas pedir para ver um documento ou carteira de vacinas.

2. Sexo: sem comentários

3. Consultou com médico no último mês?  
Registrar o número de consultas realizadas nos últimos 30 dias.

4. Se consultou, onde foi?  
Se consultou em mais de um local, registrar o local onde realizou a última consulta.

5. Por quê a criança consultou? Refere-se à última consulta.

6. Foi hospitalizada alguma vez nos últimos 12 meses?  
Considerar como baixas (hospitalizações) somente aquelas que duraram mais de 24 horas. Se a criança foi internada para fazer exames ou rehidratação, perguntar se permaneceu por mais de 24 horas.

7. Se foi hospitalizada, onde foi que baixou na última hospitalização?  
Se foi em mais de um local, registrar o local da última hospitalização.

8. Quantas vezes a mãe consultou durante a gravidez?  
Se a resposta for "não me lembro", perguntar se tem carteirinha de gestantes e colocar o número de consultas registradas na carteirinha. Sem carteirinha, anotar "não me lembro".

9. Pedir para ver a carteirinha de gestantes.

10. Com que peso nasceu a <NOME DA CRIANÇA>?  
Se houver dúvidas, pedir para ver a carteirinha do hospital (ou de vacinas).

Registrar segundo a resposta do próprio entrevistado. Porém, se a entrevistadora notar a incoerência com os fatos, fazer uma anotação a respeito e discutir com a supervisora.

## QUEM RESPONDE OS QUESTIONÁRIOS?

---

Questionário Geral: um adulto, de preferência um dos donos da casa.

Questionário para mulheres: as próprias. Sempre que possível entrevistar cada mulher da casa separadamente.

Questionário para crianças com menos de 3 anos: a mãe ou responsável pela criança. Considerar responsável a pessoa que na maioria dos dias cuida da criança.

Questionário para idosos: os próprios.

## INSTRUÇÕES QUE FORAM ADENDADAS AO MANUAL, APOS O ESTUDO PILOTO:

1o) No item: "AS QUESTOES ABAIXO SE REFEREM A PESSOA QUE TEM MAIOR RENDA:"

- Quando mais de uma pessoa no domicilio tiver a mesma renda, SORTEAR, na hora, a pessoa a que serão feitas as perguntas sobre tipo de firma e ocupação. (Sorteio do tipo "diga um número de 1 a 3")

2o) Quando NINGUEM EM CASA: anotar no mapa de campo a hora em que esteve no domicilio, cada vez que o mesmo for visitado e ninguém for encontrado. Desta forma poderemos saber quantas vezes um mesmo domicilio foi visitado e não haviam pessoas em casa, e saberemos os turnos em que a casa estava vazia.

3o) No questionário da mulher, na pergunta 8: Se a gestante não tiver carteirinha, ou na carteirinha não tiver a DUM, SEMPRE registrar resultados de exames (Planoteste, HCG, Ecografias) e as datas em que foram realizados.

Se não houver registro de resultado de exames, anote duas medidas de altura uterina (AU) realizadas com intervalo de 4 semanas, e as datas em que foram realizadas. (Para curiosidade: este é um ótimo indicador de idade gestacional).

4o) MORAR NA CASA:

É considerado morador da casa toda pessoa que o entrevistado identifica como tal. Este é o primeiro critério. Se o entrevistado tem dúvidas em afirmar se determinada pessoa mora ou não na casa, pergunte quantas noites dorme na casa. Se dorme a maioria das noites (4 noites ou mais por semana), considere morador. Se tiver dúvidas, anote no questionário a situação para que possa ser resolvida a posteriori.

LEMBRE:

Quando uma pergunta NÃO SE APLICA, a resposta é: 8 / 88 ou 888.

Quando uma resposta é IGNORADA: 9 / 99 ou 999.



## INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O MAPA DE CAMPO:

1. No campo "Entrevista Completa": marcar com um "X" se, e somente se, os questionários daquele domicílio estão completos.
2. No campo "Entrevista Incompleta": NÃO anote com um "X". Descreva o que falta. Se falta tudo porque não havia ninguém em casa, anote "NINGUEM EM CASA" e no campo "Observações" escreva a hora em que esteve na casa.
3. Quando uma entrevista que era incompleta foi completada, apague ou risque a notação no campo "Entrevista Incompleta", e coloque um "X" no "Entrevista Completa".

É fundamental manter os mapas de campo sempre atualizados. Eles são os principais guias do andamento do trabalho de campo!

