REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**CÍCERA REJANE TAVARES DE OLIVEIRA**

# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM 13 UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE-CE

**FORTALEZA**
**2014**

CÍCERA REJANE TAVARES DE OLIVEIRA

# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM 13 UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE-CE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Gomes Linard

Coorientador: Prof. Me. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

O45a Oliveira, Cícera Rejane Tavares de.
Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em 13 unidades da estratégia saúde da família no município de Juazeiro do Norte-CE / Cícera Rejane Tavares de Oliveira. – 2014.
104 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2013.
Área de Concentração: Saúde da Família.
Orientação: Profa. Dra. Andréa Gomes Linard
Coorientação: Prof. Me. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Avaliação em Saúde. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD 618.24

CÍCERA REJANE TAVARES DE OLIVEIRA

# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM 13 UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE-CE

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 15 de abril de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Andréa Gomes Linard (Presidente)
RENASF/Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho (1º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (2º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ao meu marido, Taciano, pelo amor e pela amizade, que me encorajou a buscar um ideal...

À minha filha, Tirza Fernanda, que me deu o privilégio de ser mãe, de conhecer o amor na sua plenitude.

A vocês, com orgulho, amor e gratidão, dedico.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser um Amigo Fiel, mesmo quando somos infiéis; que está em toda parte, em toda situação e nos pequenos detalhes da vida. Que é incomparável e inconfundível no seu infinito amor.

Aos meus pais, José Tavares de Lucena (*in memoriam*) e Rosângela Maria Almeida, por me ensinar a sonhar, pelo cuidado, amor e incentivo. Certamente, devo-lhes parcela desta vitória.

Aos meus queridos irmãos, Cicinho, Jaqueline, Lucas e Ana Paula (*in memoriam*), por fazerem minha vida mais significativa.

Aos familiares, porque acreditaram e torceram por mim; lembrar-me-ei sempre do amor, da colaboração e do zelo.

Ao meu amigo, companheiro e amado esposo Taciano, por estar sempre presente, mesmo quando estive ausente.

À minha filha, Tirza Fernanda que me dá alegria e o desejo de ser cada dia melhor, que tornou meus dias mais felizes e compreendeu tão bem que a mamãe precisa também estudar, dando-me a tranquilidade necessária.

Aos meus sogros, Luzenira e Otaviano que se esforçaram para que minha filha não sofresse com minha ausência, cobrindo-a de carinhosos afetos.

Ao meu primo, Alexandre Vidal, carinhosamente chamado Dodó, sua ajuda e seu conhecimento foram fundamentais para realização deste feito.

Aos primos amados Rosa, Bosco, Marilene, Ernane e Rosimary pelo amor, colaboração e amizade, seus conselhos e motivações foram fundamentais.

A coordenação, que permitiu e colaborou com a realização da pesquisa, dando todo o apoio necessário.

As secretárias “Rafa” e Suerda, pela serenidade e dedicação em ajudar.

Ao coorientador Prof. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro, que ajudou na construção deste trabalho, com seus conhecimentos, sua presteza e seu incentivo. A nossa troca de ideias e cumplicidade possibilitaram a conclusão deste empreendimento.

À orientadora Profa. Andréa Gomes Linard pela disposição, colaboração e parceria.

Aos professores, Francisco Herlânio Costa Carvalho, Ana Karina Bezerra Pinheiro, Leilane Barbosa de Sousa, pelas contribuições.

Aos profissionais das unidades, que dedicaram seu tempo e me receberam de braços abertos.

Ao corpo docente, pelo exemplo de profissionalismo e acolhimento, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para minha formação.

Aos colegas (e também amigos) de mestrado, pela alegria contagiante, pelo grande apoio e pelas gentilezas ao longo dessa caminhada de idas e vindas.

Ao amigo Fernando Henrique Carvalho pela hospitalidade e aconchego em sua residência.

À amiga Elainy Fabrícia e família, pela amizade e pelo cuidado para com minha filha.

À amiga Ana Paula, pelo apoio e incentivo em todas as fases, desde o primeiro momento até a realização deste sonho. Estrelinhas para você.

Às amigas “Braboletas do Piauí”, Sandra Cecília e Danielle, pela relação de cumplicidade, nunca me esquecerei dos excelentes momentos que passamos juntas.

Ao casal Fernando e Onelliany pela amizade e colaboração.

Aos amigos que se realizam com as nossas conquistas.

“Erro é para ser corrigido, não para ser punido”.

Mário Sérgio Cortella

## RESUMO

Este estudo avalia a qualidade da atenção pré-natal, utilizando os componentes, estrutura, processo e resultados. O objetivo geral foi: avaliar a qualidade de atenção ao pré-natal realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Juazeiro do Norte–CE. Os objetivos específicos foram: avaliar os recursos físicos, humanos, materiais e organizacionais empregados na atenção pré-natal; avaliar as atividades técnicas realizadas pelos profissionais de saúde na atenção pré-natal; analisar os indicadores de resultados decorrentes da atenção pré-natal. Pesquisa avaliativa e avaliação normativa. O estudo de caso foi utilizado como estratégia metodológica. Realizada no ano de 2013, os dados foram obtidos a partir de três instrumentos. Os resultados mostram que nenhuma unidade de saúde apresentou todos os componentes da estrutura em conformidade. Os recursos físicos, materiais e organizacionais foram considerados com o padrão intermediário 66,2, 67,9 e 71,1% respectivamente. Contudo, os recursos humanos obtiveram padrão adequado, com 86,5%. A avaliação global da estrutura foi classificada em intermediária (68,3%). Quanto ao processo, verificou-se baixo registro de informações consideradas importantes no pré-natal. 76,5% das gestantes tiveram adequação no nível 1, porém quando associada aos exames laboratoriais (nível 2), o índice de adequação foi irrisório (1,2%). A essa condição, quando acrescentados os procedimentos clínicos e obstétricos (nível 3), evidenciou elevada inadequação (83,5%), sem registro de adequação. A análise dos indicadores, apesar de não refletir a realidade total do município, indicou iniquidades entre os diferentes estratos. Logo, aponta-se a necessidade de permanentes avaliações para o planejamento e a organização de ações de saúde, delimitando os aspectos mais fragilizados que carecem de investimentos, subsidiando reflexões e discussões entre profissionais e gestores, com intuito de melhoraria da qualidade da atenção pré-natal.



**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal. Avaliação em saúde. Qualidade da assistência à saúde. Estratégia Saúde Família.

## ABSTRACT

This study evaluates the quality of prenatal care using the components, structure, process, and outcomes. It overall aimed to assess the quality of prenatal care conducted by teams of the Family Health Strategy (FHS) of the municipality of Juazeiro do Norte-CE, Brazil; evaluate the physical, human, material, and organizational resources applied in prenatal care; evaluate the technical activities conducted by health professionals in prenatal care; and analyze some outcome indicators arising from prenatal care. Evaluative research and regulatory review. As methodological strategy, we used the case study. Data collection happened in 2013 through three instruments. The results reveal that no health facility presented all structure components adequate. We considered the physical, material, and organizational resources as intermediate standard, with 66.2%, 67.9%, and 71.1% respectively. Human resources, however, obtained adequate standard, with 86.5%. We classified the overall assessment of the structure as intermediate (68.3%). As for the process, we verified low record of information considered important in prenatal. 76.5% of the pregnant women were adequate at level 1, but when associated with laboratory tests (level 2) the adequacy ratio was derisory (1.2%). When including clinical and obstetrical procedures (level 3) in this condition, we evidenced high inadequacy (83.5%), with no record of adequacy. The analysis of the indicators, despite not reflecting the full reality of the municipality, indicated iniquities among different strata. Therefore, we highlight the need for ongoing assessments for planning and organization of health actions, delineating the weaker aspects that need more investment, supporting reflections and discussions among professionals and managers, aiming to improve the quality of prenatal care.



**Keywords**: Prenatal Care. Health Evaluation. Quality of Health Care. Family Health Strategy.

## LISTA DE GRÁFICOS


Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos), no Brasil e regiões, 2000 a 2011..... 25

Gráfico 2 - Taxa de Mortalidade Infantil e componentes, no Ceará, 1997 a 2013..... 26

Gráfico 3 - Número de óbitos maternos notificados entre 2002 e 2011..... 29

## LISTA DE FIGURAS


Figura 1 - Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos), no Brasil e regiões, 2000 a 2011..... 40

Figura 2 - Taxa de Mortalidade Infantil e componentes, no Ceará, 1997 a 2013..... 42

Figura 3 - Número de óbitos maternos notificados entre 2002 e 2011..... 47

Figura 4 - Classificação dos Componentes da Estrutura..... 57

Figura 5 - Grau de Adequação da Estrutura..... ..... 58

Figura 6 - Adequação do processo em níveis de complexidade..... 64

## LISTA DE QUADROS


Quadro 1 - Revisão bibliográfica dos principais estudos sobre assistência pré-natal..... 35

Quadro 2 - Distribuição das equipes de saúde por distrito e zona..... 41

Quadro 3 - Variáveis utilizadas para avaliação da estrutura das unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte..... 45

Quadro 4 - Classificação da dimensão estrutura..... 46

## LISTA DE TABELAS


Tabela 1 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil) em unidades da Federação selecionadas. Brasil, 2005 a 2011..... 29

Tabela 2 - Frequência de Recursos Físicos das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte-CE. Juazeiro do Norte..... 51

Tabela 3 - Frequência de Mobiliário, equipamentos e instrumentais das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte..... 52

Tabela 4 - Frequência de Insumos das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte..... 53

Tabela 5 - Frequência de material impresso das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte..... 53

Tabela 6 - Frequência de medicamentos das 13 Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte..... 54

Tabela 7 - Frequência de equipamentos de informática, registro de dados e agendamento, equipamento eletrônicos e meio de comunicação das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte..... 54

Tabela 8 - Frequência dos profissionais que realizam práticas educativas e de insumos para atividade educativa segundo os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte..... 55

Tabela 9 - Frequência da disponibilidade dos exames laboratoriais segundo os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte..... 55

Tabela 10 - Frequência de Recursos Humanos e Organizacionais das Unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte..... 56

Tabela 11 - Frequência dos profissionais segundo sexo, categoria e tempo de capacitação das Unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte..... 56

Tabela 12 - Frequência das ações normativas, segundo os profissionais de saúde do Município de Juazeiro do Norte ..... 59

Tabela 13 - Distribuição das gestantes segundo as variáveis escolaridade e idade,

Juazeiro do Norte..... 60
Tabela 14 - Percentual de anotações nos prontuários ou fichas perinatais, Juazeiro do Norte..... 61
Tabela 15 - Procedimentos clínico-obstétricos realizados em gestantes, Juazeiro do Norte..... 62
Tabela 16 - Avaliação do nível 1..... 63
Tabela 17 - Avaliação do nível 2..... 64
Tabela 18 - Avaliação do nível 3..... 64
Tabela 19 - Indicadores da Atenção Pré-natal nas Equipes de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte..... 65

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| **1** | **INTRODUÇÃO** | 16 |
| **1.1** | **Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família** | 18 |
| **1.2** | **Saúde Materno-Infantil** | 22 |
| **1.3** | **Avaliação em Saúde** | 31 |
| **1.4** | **Sistematização dos Estudos** | 34 |
| **2** | **OBJETIVOS** | 38 |
| **2.1** | **Geral** | 38 |
| **2.2** | **Específicos** | 38 |
| **3** | **MATERIAIS E MÉTODOS** | 39 |
| **3.1** | **Tipo de Estudo** | 39 |
| **3.2** | **Local do Estudo** | 39 |
| **3.2.1** | **Caracterização do caso** | 42 |
| **3.2.2** | **Critérios de inclusão e exclusão** | 43 |
| **3.3** | **Período do Estudo** | 43 |
| **3.4** | **Pré-teste dos Instrumentos de Coleta** | 43 |
| **3.5** | **Coleta de Dados** | 44 |
| **3.6** | **Análise dos Dados** | 44 |
| **3.6.1** | **Estrutura** | 45 |
| **3.6.2** | **Processo** | 46 |
| **3.6.3** | **Resultados** | 48 |
| **3.7** | **Aspectos Éticos** | 48 |
| **4** | **RESULTADOS** | 50 |
| **4.1** | **Avaliação da Estrutura** | 50 |
| **4.2** | **Avaliação do Processo** | 58 |
| **4.3** | **Análise da Adequação do Pré-natal em Níveis de Complexidade** | 62 |
| **4.4** | **Análise dos Indicadores de Resultados** | 65 |
| **5** | **DISCUSSÃO** | 66 |
| **6** | **CONCLUSÕES** | 80 |
| **7** | **RECOMENDAÇÕES** | 82 |
| | **REFERÊNCIAS** | 83 |
| | **APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA ESTRUTURA** | 91 |

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**.... 95
**APÊNDICE C - FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DO PRONTUÁRIO OU FICHA PERINATAL**..... 98
**APÊNDICE D - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**..... 100
**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**..... 101
**ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA** ..... 103
**ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**..... 104

# 1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher é uma prioridade no contexto das políticas públicas de saúde, especialmente no que diz respeito ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2004). A gravidez, por ser um evento fisiológico, não descarta a necessidade de cuidados adequados, além disso, patologias prévias ou desenvolvidas durante a gestação transformam-se em situação de risco. Assim, o objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o recém-nascido saudável, sem impacto para saúde materna, abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas (GAIO, 2004; BRASIL, 2012d).

A inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto das ações básicas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família propiciou o aumento do acesso, no entanto, mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 1998; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012d; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001). Estes aspectos refletem o comprometimento da qualidade da atenção prestada, pois, essas mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal (MEDRONHO et al., 2006; BRASIL, 2012 d).

A oferta de cuidados qualificados à gestante exige, além de unidades de saúde com infraestrutura adequada e, profissionais capacitados, que a organização dos processos de trabalhos desenvolvidos esteja baseada em uma gestão participativa, compreendendo as dificuldades em contextos diversos, possibilitando melhorias contínuas, autonomia, vínculo, decisões compartilhadas e satisfação de todos os atores envolvidos. Outro aspecto fundamental é garantir o acesso precoce e acolhimento de gestantes às diversas unidades de atenção, sempre que necessário (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010). Portanto, o acesso à assistência pré-natal e os cuidados assistenciais no primeiro trimestre é o principal indicador de qualidade dos cuidados.

Nesse contexto, a avaliação dos serviços de saúde merece destaque, já que as ações desenvolvidas por esses serviços podem modificar favoravelmente ou não a situação de saúde de uma determinada população.

Assim, avaliar os serviços de saúde deve ser considerado como prática importante, uma vez que tem como objetivo o diagnóstico situacional de uma determinada realidade de saúde para assim fornecer subsídio ao planejamento e à organização de ações em saúde, de

construir e aprimorar programas de atenção, adequando-os à realidade específica (SAMICO et al., 2010).

A Estratégia Saúde da Família no Brasil e em Juazeiro do Norte vivencia um momento ímpar, cuja avaliação de suas atividades aparece como ícone necessário para o alcance da qualidade claramente evidenciada pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica (PMAQ).

O pré-natal sempre foi uma atividade prioritária, muito discutida e exigida pelos gestores e embora barreiras sociais, econômicas, culturais estejam presentes no cotidiano da Estratégia Saúde da Família, acredito ser possível buscar melhorias na qualidade da atenção prestada.

Na vivência da atividade assistencial e gerente da unidade de saúde a pesquisadora experimentou muitas situações de angústia, de dúvidas relativas à assistência pré-natal. A pluralidade de situações associado a um conjunto de incertezas e instabilidade, ora por modificações no grupo gestor, ora por alterações na equipe de saúde a qual compunha, ora por mudança de local e da população sob a qual tinha a responsabilidade sanitária a conduziram a procurar respostas que pudessem preencher as lacunas que se manifestavam e, os obstáculos ou dificuldades no processo de cuidar de gestantes pudessem ser enfrentados.

Sentiu-se a necessidade de aprimorar, no sentido de compreender de maneira mais consistente a realidade que a envolvia. Iniciou uma especialização em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde, no momento que adentrou no contexto da avaliação de serviços, compreendeu que a avaliação é uma ferramenta de gestão importante que auxilia a identificar problemas que comprometem a qualidade. Percebeu muitos pontos de intercessão entre aquilo que me angustiava e o que almejava e que poderia ser sistematizado e aprofundado em busca de soluções por meio da avaliação do serviço.

Realizou um primeiro estudo que avaliava apenas o processo da assistência pré-natal. Com o tempo começou a desenvolver um olhar mais acurado sobre tal questão, as limitações do estudo anterior a instigaram a conhecer melhor a qualidade do serviço considerando a tríade estabelecida por Donabedian: estrutura, processo e resultado. Nesse sentido uma pergunta passou a ser bem evidente dentro do seu complexo de inquietações: O que seria de fato um pré-natal de qualidade? Que elementos são essenciais (físicos, materiais, humanos e organizacional) para que este serviço garanta um atendimento de qualidade, integral e humanizado?

Nessa vertente, as respostas para essas indagações podem ser encontradas pela avaliação de serviços através dos componentes: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980).

Diante da importância atual da avaliação da qualidade no serviço de saúde, o estudo buscou contribuir para reflexão e proposição de melhorias na atenção pré-natal de baixo risco desenvolvida em unidades básicas de saúde, na perspectiva de obter qualidade, excelência, utilidade e relevância social.

Assim, este estudo é relevante porque aspira compreender as dificuldades encontradas, para que assistência pré-natal seja mais eficiente, resoluta; e conhecer mais profundamente os processos envolvidos que se constitui o todo, uma vez que a organização dos serviços e a assistência oferecida são fatores que influenciam nas condições de saúde de uma população e, por conseguinte, os resultados.

Outro aspecto é que o município de Juazeiro do Norte está empreendendo esforços para construção de novos protocolos que orientem o fluxo e condutas para o atendimento às gestantes. Portanto, é fundamental conhecer a qualidade do serviço prestado, bem como sua organização funcional, estrutural e de gestão.

Neste estudo, pretendeu-se avaliar a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco realizada pelas equipes de saúde da família, utilizando os componentes, estrutura, processo e resultados. A aproximação para com este recorte buscou estabelecer o contexto em que se insere esta assistência: a "Atenção Primária à Saúde" e "Saúde da Família", bem como os impactos deste na saúde, a partir de uma revisão conceitual e de estudos sobre a tal questão.

## 1.1 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Os questionamentos relativos ao modelo praticado na assistência provocaram o debate, partindo da percepção de que as técnicas adotadas obedeciam a uma lógica de valores sociais, em que a tecnologia aparece como o ícone máximo na assistência. Com esse pressuposto, a organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e pacientes desenham-se com princípios mercadológicos e de produtos (SERRUYA et al., 2004).

A partir desta conjuntura, a atenção primária à saúde (APS) passou a ser alvo de grandes discussões. Estudo sobre o processo saúde-doença-cuidado tem progressivamente modificado os objetivos primordiais da prática em saúde, em uma ótica positiva sobre tal processo (BRASIL, 2002a).

O conceito de “atenção primária” surgiu em 1920, quando o relatório Dawson preconizou a regionalização do sistema de saúde do Reino Unido em diversos níveis, entre estes os “Centros de Atenção Primária à Saúde” ou “Centros de Saúde Primários” (KUSCHNIR; CHRONY, 2010; MENDES, 2012).

O Relatório Flexner instituiu a medicina científica, que tem foco na doença, na livre demanda e ação individual curativa e mecanicista, resultando em baixa resolutividade, fragmentação do cuidado e altos custos (MENDES, 2012). A crise gerada pelo paradigma flexneriano incentivou a organização de vários fóruns e em 1978, com a Conferência Internacional de Alma-Ata, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi formulada a APS que recomendava uma abordagem à saúde voltada para coletividade e integração das ações de promoção, prevenção e cura (BRASIL, 2002; MENDES, 2012; STARFIELD, 2002).

Mendes (2012) destaca que a APS reflete em melhores indicadores de saúde, com melhores resultados sanitários com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e causas específicas por doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, maior satisfação dos usuários e com menor custo agregado. Os sistemas de atenção à saúde nos países de baixa renda com forte APS tenderam a ser mais equitativos e mais acessíveis.

Um dos primeiros estudos realizados em todos os 50 estados dos EUA mostraram que estados com maiores proporções de médicos de atenção primária à população tinham melhores resultados em saúde, incluindo as taxas de mortalidade geral, as taxas de mortalidade por doenças cardíacas e câncer, mortalidade neonatal, expectativa de vida, e baixo peso ao nascer (BPN). Em contrapartida, o número de médicos por especialidade estava relacionada com maus resultados de todos estes (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

No Brasil, na década de 1980, surgiu movimento sanitário que propôs a reforma do sistema de saúde, que visava substituir o modelo tradicional de saúde, baseado no paradigma flexneriano, por um novo modelo em que se priorizassem a prevenção e a promoção da saúde, baseado nos princípios de universalização do acesso, descentralização e participação popular (SENNA, 2002).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi motivado pela crise do financiamento do modelo médico-assistencial da Previdência Social e da mobilização política que culminou no movimento da reforma sanitária. A crítica ao modelo assistencial vigente, a defesa da ideia de que a saúde tem determinação social e a promoção da saúde aliada ao processo de redemocratização viabilizou firmar o SUS, que começou com tendência

universal de cobertura das ações de saúde até então destinada apenas a uma parcela da população beneficiada do INAMPS (ANDRADE et al., 2004; SOUZA, 2002).

Em 1988, com a Constituição Federal, o SUS foi criado e vários dispositivos legais foram adotados para viabilizá-lo, como a Lei n° 8.080/90 que trata dos princípios e das diretrizes, a Lei n° 8.142/90 que dispõe sobre as transferências dos recursos financeiros e a participação social (BRASIL, 1990a-1990b).

O Ministério da Saúde (MS) institucionalizou (1991) o PACS, tendo o objetivo inicial de contribuir para redução dos índices de mortalidade infantil e materna na região Nordeste e Norte do Brasil. O programa visava ampliação de cobertura dos serviços de saúde às populações mais vulneráveis (VIANA; DAL POZ, 1998).

Assim, o PACS e, posteriormente, o PSF, atual Estratégia Saúde da Família (ESF), tiveram papel importante na saúde materno infantil (VIDAL et al., 2009).

O PACS pela primeira vez expressou o enfoque na família e não no indivíduo, de agir preventivamente, de não "esperar" a demanda procurar o serviço, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda, não médico centrado, elementos essenciais para construção do PSF (VIANA; DAL POZ, 1998). As limitações do PACS como estratégia efetiva de organização dos serviços básicos de saúde fomentou o PSF, um modo mais abrangente de se garantir o direito universal à saúde.

O PSF surgiu como estratégia de reorientação ao modelo assistencial, a proposta era fornecer nova roupagem e dinâmica na organização dos serviços de saúde, materializando os princípios e as diretrizes do SUS, tais como a integralidade, a vigilância à saúde, a equidade, baseando-se no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização, entendidas como formas de se buscar uma atenção qualificada para população. As equipes de saúde da família passaram a realizar assistência contínua, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, assegurando a referência, quando necessária (NIQUINI, 2010).

Nesse contexto, o termo "Programa", que tem o caráter temporário, passou a ser substituído por "Estratégia" em Saúde da Família, para alterar a ideia anterior de prestação de assistência à saúde, representando um caráter mais democrático e permanente do modelo de atenção à saúde vigente (SOUSA, 2001).

Piccini et al. (2007) relatam aspectos positivos do PSF, no que se refere à assistência pré-natal e puericultura, como ações programáticas, atividades de grupo, adoção de protocolos específicos, aumento no número de consultas e capacitação profissional em saúde da criança e da mulher.

Partindo da visão sistêmica do indivíduo e que este se insere em um contexto social, torna-se necessário que as várias categorias de profissionais de saúde trabalhem em conjunto, com objetivo de responder adequadamente às necessidades de saúde da população (que ocorre muitas vezes em situações complexas), promovendo a qualidade de vida.

A ESF tem o objetivo de substituir as práticas de saúde, conforme Sousa (2014, p.49):

> A ESF mantém os princípios constituídos no Sistema Único de Saúde (SUS), apoiada nos atributos da Atenção Primária à Saúde. Apresenta uma proposta consecutiva de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, em situação de injustiças sociais.

A ESF apresenta uma nova concepção da intervenção em saúde, no sentido de garantir a promoção da saúde, de agir sobre a população preventivamente e organização da rede de serviços. Além disso, outros aspectos, como a integração com a comunidade, o enfoque interdisciplinar, a família como objeto de atenção a partir do ambiente em que se vive, são sublinhados.

A Equipe de Saúde da Família nuclear deve-se constituir por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1997). Em 2000, foi incorporada por meio da Portaria GM/MS n° 1444/00 a equipe de saúde bucal (ESB), composta pelo cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário (ACD) ou técnico saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2000b).

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento, que de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.488/11 de no máximo quatro mil pessoas, sendo que a média recomendada de três mil pessoas, em uma área geográfica delimitada, sobre a qual tem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011b).

Entre as atribuições dos profissionais incluem: territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde. Devem ainda realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. Além da busca ativa e a notificação de doenças e agravos, a participação dos profissionais nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização do controle social, e de atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012d).

## 1.2 A Saúde Materno-Infantil

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas de saúde nas primeiras décadas do século XX, direcionada, nesse período, às questões relativas à gravidez e ao parto, denominado Programa de Saúde Materno-Infantil. Esses programas priorizavam as ações como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. A verticalização e a carência de integração com os demais programas era outra característica marcante. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais, resultando na fragmentação da assistência e no baixo impacto dos indicadores de saúde (BRASIL, 2011a).

Com a elaboração do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), este passou a constituir o modelo assistencial às necessidades de saúde da mulher, elucidada propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como integralidade e equidade da atenção. O conteúdo do programa destacava ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, além da assistência pré-natal, parto e puerpério, efetividade dos serviços de saúde à anticoncepção, esterilidade, adolescência, detecção precoce do câncer ginecológico, DST, sexualidade e climatério, destacando ainda aspectos psicológicos e sociais, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. A disseminação, de forma mais ampla, do programa de atenção pré-natal ocorreu com a implantação do PAISM (BRASIL, 2011a).

Em 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), construído com várias ações, que visou, sobretudo, assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e neonatal. O principal objetivo deste programa era fazer com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido fosse de qualidade e humanizada, no intuito de reduzir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal no país (BRASIL, 2002b).

Para Araújo et al. (2010), o pré-natal pode reduzir a mortalidade materna e neonatal, desde que se tenha acompanhamento precoce e eficaz. A assistência pré-natal foi normatizada através do Manual de Assistência Pré-Natal do MS, no intuito de subsidiar a organização da rede assistencial, capacitar os profissionais e aplicação de normas que visem melhoria da qualidade. A assistência pré-natal de baixo risco faz parte das ações da ESF, como uma atividade que envolve procedimentos simples, mas essencial para redução dos índices de mortalidade perinatal e materna (BRASIL, 2000a).

O pré-natal influencia diretamente os coeficientes de morbidade e mortalidade materna e infantil e é indicativo da qualidade dos serviços de saúde. Além disso, a cobertura do pré-natal é um dos principais indicadores do pacto da Atenção Básica do SUS (BRITO et al., 2008).

Neste sentido, faz-se necessária assistência pré-natal organizada para atender às reais necessidades das gestantes, através da utilização dos conhecimentos científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis (BRASIL, 1998; BRASIL, 2012d; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001; RIBEIRO FILHO, 2004).

O MS estabelece 10 passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2012d). São eles:

**1° PASSO:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

**2° PASSO:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

**3° PASSO:** Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

**4° PASSO:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

**5° PASSO:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

**6° PASSO:** É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

**7° PASSO:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

**8° PASSO:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

**9° PASSO:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

**10° PASSO:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

A atenção pré-natal é realizada para estabelecer um processo promoção e vigilância à saúde das gestantes. O início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, entretanto o número ideal de consultas ainda é controverso, ou seja, acredita-se que um número mais reduzido de consultas, porém com maior ênfase para o conteúdo, em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos, sendo que atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. Segundo a OMS, o número adequado de consultas seria igual ou superior a 6 (seis). Para o Ministério da Saúde as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo, não existindo alta do pré-natal (BRASIL, 2012d).

A gravidez, apesar de processo fisiológico, provoca modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Se a gestante não for acompanhada adequadamente, a superposição de estados patológicos prévios transforma-se em situação de risco tanto para mãe quanto para o concepto (BRITO et al., 2008; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001; TREVISAN et al., 2002).

Gaio (2004) define a gravidez de baixo risco como aquela cuja morbidade e mortalidade materna e perinatal são menores do que as da população geral, ou seja, somente pode ser confirmado ao final do processo gestacional, após parto e puerpério, o que exige avaliações contínuas e específicas em cada período.

Tendo em vista que o objetivo primordial da assistência pré-natal é preservar a vida materna e do concepto, a morte materna e a morte perinatal são indicadores de que condições adversas podem influir no desfecho de uma gestação, entre estes, citam-se: situação socioeconômica, qualidade do atendimento no pré-natal, parto e puerpério, disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, entre outros (BRASIL, 2000a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) considera a diversidade, ressaltando o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde e as diversas variáveis que influenciam o processo saúde-doença, buscando alocar esforços na melhoria da atenção prestada (BRASIL, 2011a).

Dentre as inciativas, destaca-se a Rede Cegonha, uma estratégia do MS, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência. Os recursos são aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança. Esta estratégia é composta por um conjunto de medidas que objetiva garantir atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê. O início de sua implantação conta com a

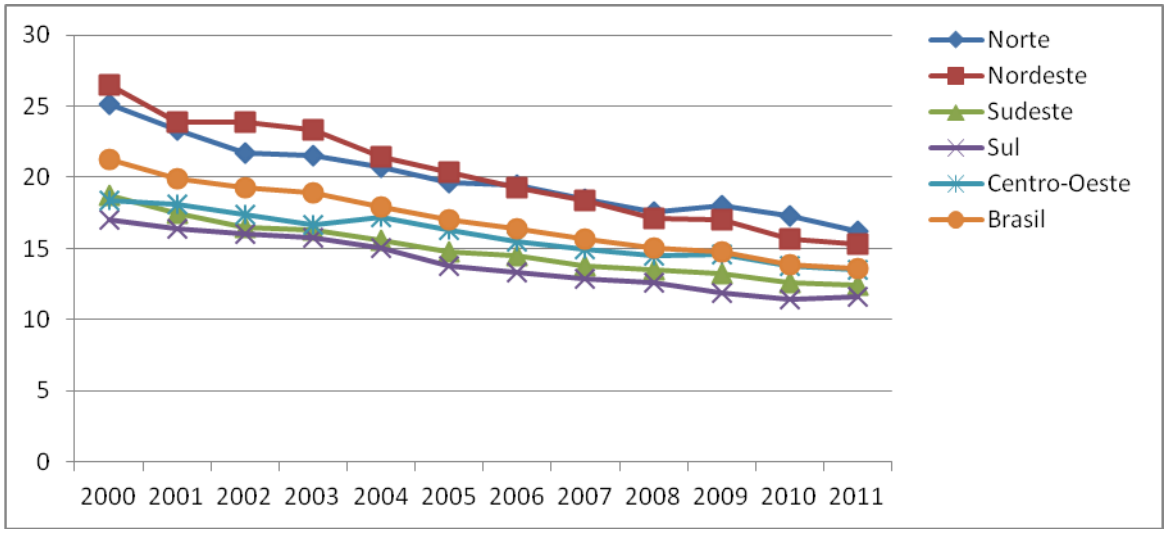
observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional (BRASIL, 2012a).

Segundo o MS, tem ocorrido, nas últimas décadas, o aumento do acesso de gestantes ao pré-natal. No entanto, as informações demonstram que apesar da ampliação da cobertura, há elevado índice de morbimortalidade materna e perinatal e, portanto, comprometimento da qualidade desta atenção (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012d; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001). Assim, garantir sua qualidade permanece como maior desafio para gestores e profissionais de saúde.

Destaca-se que mesmo a assistência pré-natal sendo preconizada pelo MS e sempre ter sido preocupação e incorporada nas ações dos serviços de saúde, ainda se verifica déficit, tanto em acesso como em qualidade da assistência (GONÇALVES et al., 2008; MINAGAWA et al., 2006).

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal deve sempre ser perseguida, na perspectiva de garantir cuidados que favoreça a manutenção da saúde, tanto para a mulher quanto para o concepto, bem como de possibilitá-la experiência de vida gratificante nesse período. Para isso, é necessário potencializar os recursos humanos e materiais existentes, capacitar profissionais e normatizar as práticas de saúde, com objetivo de organizar a rede assistencial. Niquini (2010) destaca a assistência pré-natal como fator protetor contra baixo peso ao nascer, óbito fetal e neonatal precoce.

**Gráfico 1 -** Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos), no Brasil e regiões, 2000 a 2011.



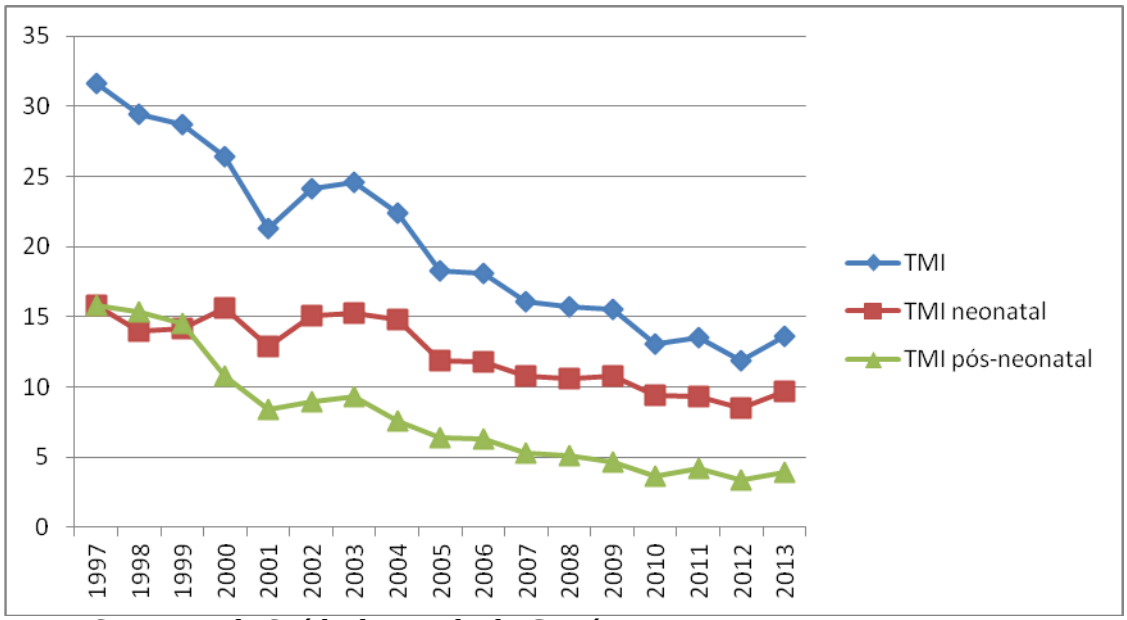

Fonte: Elaborado pela autora

No Brasil e regiões, a taxa de mortalidade infantil reduziu expressivamente no período de 2000 a 2011 conforme se verifica no Gráfico 1. Apesar da redução dos coeficientes de mortalidade infantil, o Brasil ainda apresenta coeficientes altos em relação a outros países. Além disso, tem-se observado desigualdade regional, pois os óbitos infantis permaneceram concentrados nas regiões mais pobres do país, no Norte e Nordeste.

Em 2011, de acordo com Pesquisa do IBGE, a Taxa de Mortalidade Infantil foi reduzida para 16,1 óbitos a cada mil nascidos vivos. Esse levantamento constatou que, o componente pós-neonatal (mortes de crianças com idade entre 28 e 364 dias) prevalecia no Brasil até o fim da década de 80 e partir dessa data, começaram a predominar os óbitos do componente neonatal (precoce e tardia), que em 2011 atingiu 68,3% do total de óbitos de menores de 1 ano (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2014a).

É evidente o declínio da mortalidade infantil pós-neonatal no Brasil e vários fatores contribuíram para este resultado como redução dos óbitos por diarreias, infecções e doenças imunopreveníveis, reflexo do aumento da cobertura vacinal da população, o uso da terapia de reidratarão oral, o aumento da cobertura do pré-natal e dos serviços de saúde, a redução contínua da fecundidade, a melhoria das condições ambientais, o aumento do grau de escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno (MEDRONHO et al., 2006; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2014a).

**Gráfico 2.** Taxa de Mortalidade Infantil e componentes, no Ceará, 1997 a 2013.




Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2014a)

No Ceará, a mortalidade infantil acompanha o contexto nacional de redução progressiva. A queda do componente pós-neonatal, passando de 15,8 óbitos por mil nascidos vivos em 1997 para 3,9 em 2013, representou uma redução de 75%, entretanto, o componente neonatal para o mesmo período mostra-se praticamente estável (Gráfico 2). No ano de 1997, observa-se que os componentes pós-neonatal e neonatal representavam percentuais iguais a 50%. A partir do ano de 2000, tem-se uma progressiva inversão, em que óbitos pós-neonatais apresenta redução acentuada. Por outro lado, os óbitos neonatais passam a representar, proporcionalmente, a maior parte dos óbitos menores de 1 ano, chegando a 71% dessas mortes no ano de 2013 (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2014a).

Em Juazeiro do Norte, a taxa de mortalidade infantil, especialmente a neonatal, aumentou de 8,17 para 13, 81 por mil nascidos no período de 2009 a 2011, e o número de sífilis congênita elevou a incidência de 8 para 18 (JUAZEIRO DO NORTE, 2012).

A análise da mortalidade infantil por meio desses componentes permite a compreensão das causas que levam ao óbito, nestes dois períodos de vida e, assim implantar estratégias adequadas para sua redução.

No primeiro mês de vida, a morte ocorre por causas geralmente associadas ao período pré-natal: acompanhamento insuficiente ou inadequado da gravidez, desnutrição, infecção, hipertensão e hemorragia materna e outras causas que geralmente vão ocasionar prematuridade e/ou crianças com baixo peso ao nascer. Isto pode levar a complicações no pós-parto imediato, como anóxia (dificuldade respiratória) ou sepse (infecção generalizada) nos recém-nascidos. Além destas causas, as anomalias congênitas podem ser causas de óbitos. No período pós-neonatal e, a partir de então, fica mais suscetível a agressões do ambiente, propiciando as doenças respiratórias (principalmente a pneumonia) e gastrointestinais (diarreia) e outras doenças transmissíveis, algumas das quais podem ser prevenidas pelo uso de vacinas (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2014).

Portanto, a mortalidade neonatal, especialmente a precoce, apresenta maior sensibilidade à atenção prestada à gestante no pré-natal e à assistência ao parto, assim é mais sensível a políticas de saúde que propiciem maior oferta e acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

A mortalidade materna é também importante indicador da saúde, não somente da mulher, mas do nível socioeconômico da população. Assim como o coeficiente de mortalidade infantil, sua análise permite observar as iniquidades, quando taxas elevadas se apresentam e quando comparadas aos valores de áreas desenvolvidas (BRASIL, 2006b).

De acordo com a OMS, a morte materna é definida como aquela que decorre de complicações da gravidez, parto e 42 dias após o desfecho da gravidez, por qualquer causa que seja atribuída ou agravada por ela, ou por procedimentos executados referentes (MEDRONHO et al., 2006).

Na perspectiva de buscar compreender essa imbricação de fatores que condicionam o padrão de saúde da mulher, especificamente da grávida, a mortalidade materna e infantil são indicadores eficazes para avaliar as condições de saúde da população. É por meio da investigação das condições em que e como as mulheres morrem que se pode avaliar o nível de desenvolvimento de uma sociedade (MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003; MEDRONHO et al., 2006; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006).

A mortalidade materna tem apresentado declínio contínuo nos países desenvolvidos, contudo ainda se configura como grande problema nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006b). No Brasil e em outros países em desenvolvimento, tem-se observado escassez dos recursos ou utilização de forma menos eficiente, o que tem resultado em ingresso tardio do acompanhamento pré-natal, consultas irregulares, rápidas, com longo tempo de espera e excesso de solicitação de exames (GAIO, 2004).

Isso tem repercussão direta nos indicadores de saúde. O reflexo deste cenário é observado pela ocorrência de mortes maternas, e o mais alarmante é o conhecimento de que a maioria dessas mortes pode ser evitada. A OMS afirma que ¾ das mortes maternas em países em desenvolvimento são evitáveis; 26% destas, somente com o pré-natal (VIDAL et al., 2011).

O Brasil apresenta elevadas taxas de mortalidade materna, sendo 92% destas mortes evitáveis quando as informações são analisadas, mediante assistência pré-natal adequada e organização apropriada dos serviços (BRASIL, 2005). Além disso, a elevada incidência de sífilis congênita, sendo a causa mais frequente de morte materna é a hipertensão arterial. Ademais, pequena parcela das gestantes consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas (BRASIL, 2005).

A assistência pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto, mas algumas intervenções no pré-natal poderão favorecer o prognóstico materno e prevenir a morte materna (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

No Nordeste, a razão de mortalidade materna é muito alta, se comparada com a região Sudeste, a mais desenvolvida do país, 62,8 e 41,7(BRASIL, 2006b) respectivamente, o que induz a concluir que é a possui mais recursos para enfrentar as condições adversas que possam ocorrer durante a gravidez e culminar em óbito.

A Tabela 1 descreve a razão de mortalidade no Brasil e em unidades da Federação selecionadas nos anos de 2005 a 2011.

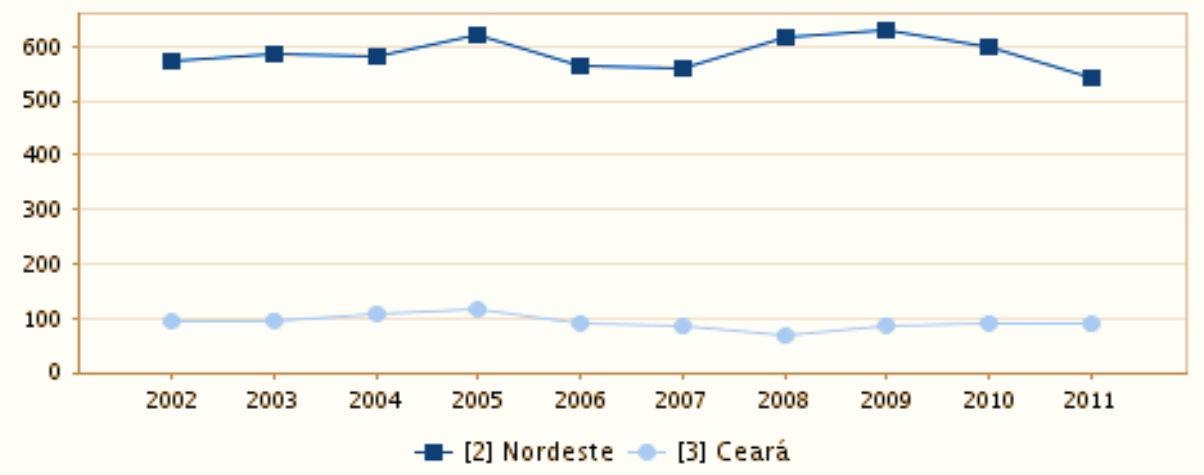
**Tabela 1 -** Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil) em unidades da Federação selecionadas. Brasil, 2005 a 2011.

| UF/ANO | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Espírito Santo | 53,4 | 64,1 | 41,2 | 54,0 | 85,5 | 65,6 | 60,3 |
| Rio de Janeiro | 63,2 | 75,1 | 79,3 | 69,5 | 93,7 | 83,6 | 74,3 |
| São Paulo | 35,4 | 40,8 | 42,3 | 40,9 | 56,6 | 45,1 | 40,8 |
| Paraná | 66,1 | 61,9 | 59,6 | 58,2 | 71,7 | 59,2 | 51,7 |
| Santa Catarina | 33,1 | 42,8 | 41,5 | 37,5 | 22,8 | 28,4 | 25,2 |
| Rio Grande do Sul | 55,7 | 59,4 | 52,5 | 60,7 | 56,1 | 59,3 | 48,7 |
| Mato Grosso do Sul | 70,0 | 83,5 | 57,0 | 82,5 | 89,4 | 74,8 | 68,8 |
| Distrito Federal | 41,4 | 46,5 | 38,6 | 58,9 | 54,6 | 45,2 | 43,7 |
| **Brasil** | **74,7** | **77,2** | **77,0** | **68,7** | **72,0** | **68,2** | **64,8** |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Comparando a evolução do número de óbitos maternos do Estado do Ceará e a região Nordeste (Gráfico 3), observa-se que o Ceará tem se mantido praticamente estável, com pequena melhoria entre os anos de 2005 e 2008. Neste período, houve melhoria do acesso ao serviço, resultante do incentivo financeiro diferenciado denominado Piso Assistencial Básico Variado (PAB variável) que ampliou o incremento na adesão dos municípios ao PSF. Este incentivo proporcionou expansão significativa da cobertura populacional, que passou de menos de 1%, em 1994, para mais de 46,2%, em 2007 (RIBEIRO, 2009).

**Gráfico 3.** Número de óbitos maternos notificados entre 2002 e 2011.




Fonte: SIM (2014)

A região Nordeste do Brasil, em que se percebeu maior expansão da ESF no período mencionado, segue o mesmo padrão do Estado do Ceará em relação ao número de óbitos maternos. Entretanto, nos anos de 2009 a 2011, na região Nordeste, observou-se redução nesse número, diferentemente do que ocorreu no Estado do Ceará que elevou o número de óbitos maternos em 2009, seguido de estabilidade.

Ao analisar a Razão da Mortalidade Materna (RMM) do Estado do Ceará em 2013 por Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) 5 (22,7%) foram considerados como muito alta, ou seja, com RMM acima de 150 óbitos por 100.000 NV: Caucaia, Sobral, Tauá, Crateús e Camocim. Foram consideradas como de alta mortalidade entre (50 a 149 óbitos) por 100.000 NV 12 (54,5%) CRES: Fortaleza, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Tianguá, Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte e Cascavel. As 4 (18,1%) CORES, com média mortalidade entre (20 a 49 óbitos) foram: Canindé, Maracanaú, Limoeiro do Norte e Acaraú (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2014b).

Considerando o número de óbitos maternos da Região de Saúde Juazeiro do Norte composta pelos municípios de Barbalha, Caririaçu, Granjeiro, Jardim, Juazeiro do Norte, Missão Velha, no período de 2007 a 2010, o município de juazeiro do Norte foi responsável por 78,2 % dos óbitos maternos ocorridos no período (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2013).

São necessárias, portanto, informações sobre níveis e tendências da morbidade e mortalidade materna e infantil, não somente pelo que conota sobre os riscos na gravidez e no parto, mas também pelo que traduz acerca da saúde, em geral, da mulher e, por extensão, do seu contexto social e econômico. Assim, a qualidade do pré-natal ainda é um desafio, sendo urgente ampliar o objeto de intervenção, considerando não apenas a saúde da mulher, como também a infantil.

Para Medronho et al. (2006), as causas de mortes maternas específicas do ciclo gravídico-puerperal predominam no contexto em que os índices são elevados. A proporção de óbitos por causas obstétricas reflete o nível de saúde da população feminina e a qualidade dos serviços prestados, cuja maioria dessas mortes pode ser evitada mediante ações apropriadas.

Santos Neto (2012, p.18) afirma que, “apesar dos esforços políticos para atenção à saúde materno-infantil ao longo das décadas, o acesso e o processo de assistência pré-natal não acontecem de modo adequado no SUS”.

## 1.3 Avaliação em Saúde

A avaliação em saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão, devendo-se considerar a tendência das particularidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

É incorporada a ideia de que os serviços de saúde têm que ser capazes de produzir o efeito desejado, de maneira adequada e menor custo e tempo. Destaca-se que para avaliar a atenção, devem ser utilizadas informações contidas nos registros de atenção ou nos prontuários dos clientes, pois permitem a reconstrução histórica de todos os processos, além de ser suporte para assistência prestada, servir de comunicação entre os profissionais de saúde, pesquisa e ensino, auditoria e para fins jurídicos e éticos (RIBEIRO FILHO, 2004).

Para Starfield (2002), o prontuário em APS cumpre algumas funções, como memória dos encontros profissional e paciente, ferramenta epidemiológica que auxilia o planejamento no contexto das coletividades, documento legal e fonte de informação sobre o estado de saúde das pessoas e da qualidade dos cuidados.

Para Médici (1991 apud SCOCHI 1994), uma gerência subsidiada na informação não é simplesmente uma necessidade, mas uma nova filosofia mundial de trabalho. Ou seja, a compreensão dos processos de trabalho que ocorre em uma organização, possibilita a melhoria da qualidade, uma vez que os problemas são mais facilmente identificados e solucionados, a partir da realidade construída pelas informações disponíveis. Assim, avaliar o desempenho de um serviço de saúde é indispensável para aprimorar a qualidade da atenção prestada.

Para facilitar o planejamento e a organização da assistência pré-natal no Brasil, foi elaborado pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) um Sistema de Acompanhamento do PHPN – SISPRENATAL. Este sistema permite a construção de indicadores de acesso e processo. A sua alimentação garante o repasse de recursos (SANTOS NETO, 2012).

Moimaz et al. (2010, p. 388) observaram que “os registros que alimentam este sistema mostraram-se divergentes, falhos e ineficazes” quanto ao preenchimento das fichas de cadastro, atendimento e controle escasso dos prontuários e do agendamento das consultas nos estabelecimentos.

Para Santos Neto (2012), as falhas no registro de informações sobre assistência à saúde materno-infantil podem estar expressando a baixa qualidade dos serviços de pré-natal.

Segundo Scochi (1994), há relação direta da qualidade da assistência com a qualidade da informação, pois sem o registro da informação não há como deduzir o nível de qualidade da assistência. Portanto, a avaliação do processo, com base nos registros da atenção prestada, vem contribuir para melhoria da qualidade tanto desses registros como da assistência.

Ribeiro Filho (2004, p.24) sinaliza que "para realizar uma avaliação, há necessidade de se especificar o que será avaliado, que medidas serão utilizadas para essa avaliação e, qual ou quais serão as referências de qualidade". A avaliação remete ao "juízo de valor", seria a relação entre o nível de adequação ao que se propõe realizar ou alcançar ao que se é de fato alcançado. Em outras palavras, a avaliação da qualidade seria uma mensuração do quanto um serviço distancia do padrão exigido ou determinado.

Na assistência pré-natal, algumas normas são estabelecidas pelo manual técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), com objetivo de melhorar a qualidade dessa assistência. Nesse sentido, o descumprimento a essas normas e rotinas e o registro inapropriado das informações reflete as dificuldades de se alcançar "a qualidade".

Parada (2008) afirma ser essencial, pois a partir deste é possível obter informações detalhadas sobre os serviços de saúde. Permite o diagnóstico situacional que fundamentam diretrizes para o planejamento, melhoria dos serviços de atenção à saúde materno-infantil. Santos Neto (2012) salienta que a fonte de informação utilizada para definir os critérios de adequação da assistência podem ter alguma influência nos resultados dos índices de julgamentos avaliativos.

Para avaliar a assistência pré-natal, vários índices têm sido propostos, dentre os quais o índice de Kessner, o GINDEX, o APNCU. Estes índices consideram o número de consultas e o início do pré-natal (COIMBRA et al., 2003).

O Índice de Kessner é um algoritmo baseado no trimestre em que o cuidado pré-natal se inicia e no número de consultas, ajustado para a idade gestacional, sendo definido por três categorias de utilização: pré-natal adequado, intermediário e inadequado. Destaca que o pré-natal deve iniciar até o terceiro mês de gestação, com a realização de nove consultas, em gestações maiores ou iguais a 36 semanas (SILVEIRA; SANTOS, 2004; SANTOS NETO, 2012).

O GINDEX considera o número de consultas em relação idade gestacional de ingresso e de parto. Além dos três níveis adequado, intermediário e inadequado, considera as categoriais nominais "sem o pré-natal" ou "ausente", "intensivos" (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 1996).

O APNCU considera duas dimensões: a adequação início do cuidado pré-natal, e a adequação da atenção recebida, baseada no número esperado de consultas, de acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), A razão entre o observado e o esperado categoriza a utilização em sobreadequada, adequada, intermediária e inadequada (SILVEIRA; SANTOS, 2004).

Desta maneira, a essência do gerenciamento baseado na qualidade está intimamente ligada à busca de melhoria contínua, na obtenção de resultados cada vez melhores que somente poderão ser comparados com base nas informações disponíveis. Portanto, a avaliação é relevante quando expõe resultados dos principais atributos referentes às características das práticas de saúde e da sua organização ao trabalhar a eficiência, eficácia, efetividade, qualidade, impacto, acessibilidade, equidade, cobertura e satisfação do usuário (BRASIL, 2009).

Avaliar é uma atividade que

> Consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente)um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS, 2006 p.706).

Em suma, a avaliação normativa é definida como uma atividade capaz de se fazer um julgamento de valor, comparando recursos estruturais e organizacionais (estrutura) com bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas; são de grande importância para a gestão de uma intervenção.

Em conformidade com Donabedian (1980), pode-se avaliar a qualidade da assistência em saúde através de recortes dos componentes, estrutura, processo e resultados, com a elaboração de indicadores plausíveis de comparação para cada componente a ser avaliado.

Acerca da temática, Silva e Formigli (1994, p.80) salientam que "a avaliação ganha relevância, por um lado associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários", e a partir da constatação das dificuldades encontradas, estas são capazes de alterar indicadores de morbidade e mortalidade em outras tantas circunstâncias.

O Ministério da Saúde tem, em seu arcabouço de diretrizes, o monitoramento e a avaliação dos processos e resultados. Neste sentido, esforços têm sido empreendidos para

identificar o nível de qualidade dos serviços de Atenção Básica. Dentre as várias iniciativas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo objetivo central é ampliar o a acesso e a melhoria da Qualidade da Atenção Básica, estimulando a avaliação como ferramenta de planejamento, organização e gestão dos serviços (BRASIL, 2012b).

No que se refere à saúde materno-infantil no elenco de indicadores de saúde do PMAQ, estes indicadores permitem a análise quanto à captação das gestantes para realização do pré-natal com a equipe de saúde da família da área que as gestantes residem, da suficiência da oferta desses atendimentos diante da demanda potencial das gestantes cadastradas, avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento pré-natal, bem como a adesão e regularidade ao acompanhamento pré-natal, cobertura vacinal, monitora a situação de saúde de todas as gestantes da área por meio de visitas domiciliares, permite avaliar a efetividade das ações educativas desenvolvidas no pré-natal, como incentivo ao aleitamento materno, à importância da puericultura, da vacinação etc. (BRASIL, 2012c).

## 1.4 Sistematização dos Estudos

Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa: biblioteca virtual de saúde (BIREME), utilizando descritores de ciências da saúde (DeCS), nas bases LILACS e SciELO.

Na pesquisa eletrônica, foram buscados os seguintes descritores: cuidado pré-natal, avaliação em saúde e qualidade da assistência à saúde. Combinando-os para encontrar o total de artigos: sendo selecionados 14 artigos e 3 dissertações.

Foram escolhidos os estudos que tratavam da avaliação da assistência ou comparação dos serviços. São vários os estudos que tratam da avaliação da assistência pré-natal. Alguns destacam os procedimentos mínimos que devem ser contemplados durante a prestação do cuidado, ou seja, o processo. Outros abordam a estrutura ou a combinação com o processo, e uma minoria estrutura, processo e resultados. Destaca-se a variedade de critérios utilizados nos estudos que dificulta a comparação entre os mesmos.

Apesar da importância do pré-natal no conjunto das ações de saúde na Estratégia Saúde da Família e dos esforços ao longo de anos, os estudos revelam em parte, que a assistência é desarticulada, repercutindo desfavoravelmente na saúde materno-infantil.

Dessa forma, foi desenhada a necessidade do estudo apresentado, que contribuirá para avaliação dos resultados das ações desenvolvidas na atenção pré-natal e as medidas

necessárias ao aperfeiçoamento da Estratégia Saúde da Família, da qual a autora/pesquisadora é parte integrante.

O Quadro 1 descreve a sistematização dos estudos encontrados e considerados de relevância para o contexto desta pesquisa.

**Quadro 1** - Revisão bibliográfica dos principais estudos sobre assistência pré-natal.

| **Autores** | **Estudo** | **Principais conclusões** |
|---|---|---|
| Sword et al. (2012) | Women's and care provider's perspective of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. | Aspectos da estrutura foram identificados como fundamentais para a atenção pré-natal de qualidade, porém os processos de cuidados e a relação interpessoal emergiram como os mais essenciais. O cuidado deve ser centrado na mulher e abraçar a decisão compartilhada. |
| Santos Neto (2012) | Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil | O estudo evidenciou um panorama da assistência pré-natal muito distante do preconizado pelas políticas nacionais de saúde. Portanto, estratégias para melhoria do acesso ao pré-natal e aprimoramento da prática avaliativa no SUS devem ser implementadas. |
| Niquini et al. (2010) | Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil | Destacou a importância da dimensão correta da equipe mínima e da implantação do NASF na ampliação da abrangência e da integralidade da assistência pré-natal. |
| Coutinho et al. (2010) | Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro | Persistência da baixa adequação, apesar da boa cobertura e da implantação do PHPN, confirmou-se a necessidade de incrementar a adesão dos gestores, profissionais de saúde e usuárias às normas/rotinas do atendimento, incluindo a institucionalização de um programa de monitoramento da assistência pré-natal. |
| Costa et al. (2009) | Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família | O cenário produzido na atenção à saúde da gestante pelo PSF foi intermediário (52,2%), caracterizado pela fragmentação de suas ações, mas que possui alguns avanços na organização da atenção para este grupo. Apesar de tais avanços na implantação do PSF, o cenário encontrado revela que o programa ainda apresenta marcas características do modelo hegemônico centrado nos procedimentos e na atenção biomédica. |
| Oliveira (2009) | Avaliação da Qualidade da Assistência pré-natal na Atenção Básica no Município de Juazeiro do Norte – CE | Os resultados apontam baixa adequação da assistência, destacando a importância do pré-natal e da necessidade de se executar adequadamente as normas e rotinas da atenção pré-natal, bem como de equipes capacitadas. |

| | | |
|---|---|---|
| Gonçalves, R. et al. (2009) | Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma valiação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo | Os resultados evidenciam que os indicadores de processo e resultados, servem para estabelecer a adequação de assistência pré-natal oferecida. E o Programa de Saúde da Famíliapropicia assistência pré-natal de qualidade, e que o vínculo estabelecido entre os profissionais da Unidade e os Agentes Comunitários de Saúde com as gestantes é imprescindível para a adesão das mesmas. |
| Nogueira (2008) | Avaliação da assistência pré-natal na XIX R. A. do município do Rio de Janeiro | Não ficaram evidentes deficiências nos aspectos físicos, materiais e financeiros que pudessem influenciar na assistência prestada, o mesmo não ocorrendo em relação aos recursos humanos, que embora, quantitativamente suficientes, não o foram qualitativamente. |
| Passos; Moura, (2008) | Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006) | Analisando indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Ceará, Brasil, de 2001 a 2006, o pré-natal ainda não tem uma cobertura completa para tais elementos básicos, como exames laboratoriais e vacinação antitetânica. |
| Nascimento; Paiva; Rodrigues, (2007) | Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil | No âmbito do PHPN, apresentou-se baixa cobertura de consultas pré-natais nas unidades de saúde, assim como baixa cobertura de vacinação antitetânica e de teste anti-HIV. Destaca que a principal causa de morte materna é o aborto. |
| Koffman; Bonadio (2005) | Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo | Aplicou-se o índice de Kessner adaptado por Takeda, classificando o pré-natal como adequado para 38,4% das gestantes, inadequado para 24,7% e intermediário para 36,9%. |
| Moraes et al. *(*2004) | Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil | Verificou-se melhoria em alguns dos indicadores avaliados, embora o acolhimento nos serviços mereça ser problematizado em São José do Rio Preto. |
| Moura; Holanda; Rodrigues (2003) | Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. | O estudo apresenta uma análise situacional da atenção pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará que apesar da melhoria da cobertura e acesso, necessita-se avaliar o impacto das ações na vida dessas mulheres. |
| Coutinho et al. (2003) | Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG | Verificou-se baixa adequação do pré-natal, recomendando avaliações periódicas como instrumentos imprescindíveis de aperfeiçoamento. |

| | | |
|---|---|---|
| Coimbra et al. (2003) | Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal | A inadequação do uso da assistência esteve associada a vários fatores indicativos da persistência de desigualdade social. |
| Trevisan et al. (2002) | Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul | A atenção pré-natal foi considerada inadequada em 64,8% e adequada em 35,2% dos casos. A escolaridade materna e a paridade mostraram associação significativa com a qualidade da atenção pré-natal. |
| Silveira; Santos; Costa (2001) | Atenção Pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e processo | A qualidade do cuidado pré-natal oferecido foi precária. Incentivar as equipes de saúde aos procedimentos e à lógica do programa necessitam ser desenvolvidos. |

Fonte: Elaborado pela autora

# 2 OBJETIVOS

## 2.1 Geral

Avaliar a qualidade de atenção ao pré-natal realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Juazeiro do Norte – CE.

## 2.2 Específicos

- Avaliar os recursos físicos, humanos, materiais e organizacionais empregados na atenção pré-natal;
- Avaliar as atividades técnicas realizadas pelos profissionais de saúde na atenção pré-natal;
- Analisar os indicadores de resultados decorrentes da atenção pré-natal.

# 3 MATERIAIS E MÉTODOS

## 3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa avaliativa e avaliação normativa. Como estratégia metodológica utilizada, teve-se o estudo de caso. Champagne et al. (2011 p.54) afirmam que "A pesquisa avaliativa visa a analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de "adequação" entre os diferentes componentes de uma intervenção", visando subsidiar decisões e o gerenciamento de programas e projetos.

A avaliação normativa permite emitir julgamento sobre a estrutura (os recursos), o processo (os serviços ou atividades) e os resultados de uma intervenção, no que diz respeito aos critérios e normas (CHAMPAGNE et al., 2011). Considerando o tipo de avaliação proposta por este estudo e as diferentes estratégias de desenho possíveis, utilizou-se o estudo de caso.

O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. Utiliza um número pequeno de unidades de análise, porém seu potencial explicativo decorre da análise do caso em profundidade. A utilização desta estratégia é apropriada quando é centrada na dinâmica de interação entre as variáveis para o entendimento de um fenômeno complexo, ou contemporâneo ou se tem pouco controle dos acontecimentos (CHAMPAGNE et al., 2011).

## 3.2 Local do Estudo

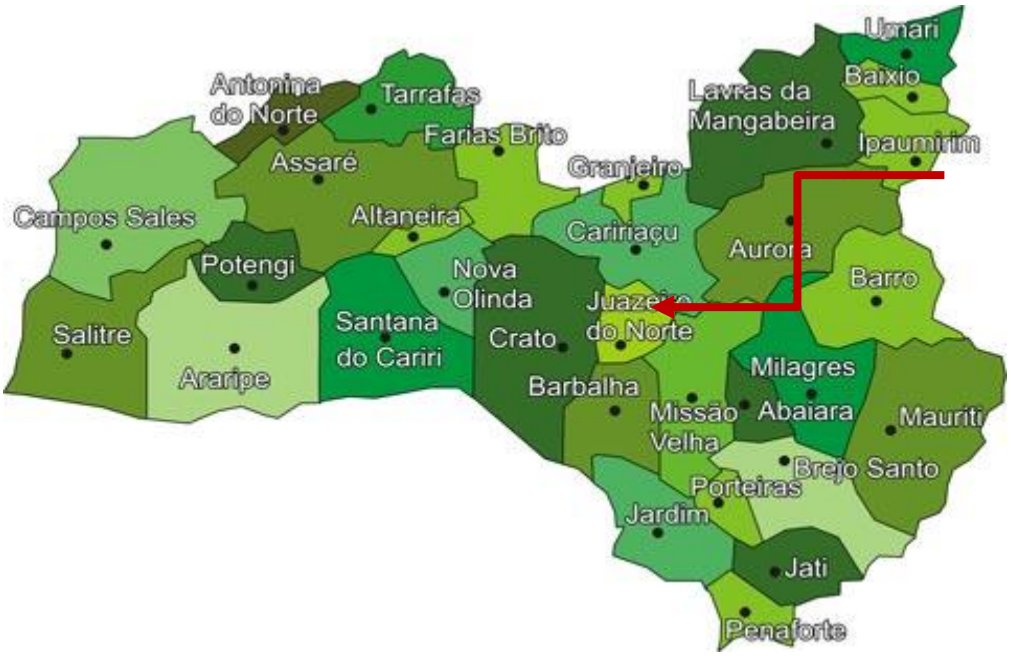
O estudo foi desenvolvido no município de Juazeiro do Norte/CE. A referida cidade é uma das menores do estado do Ceará, com área total de 248,558 km², sendo o segundo município do Estado em desenvolvimento. A sede do município possui área estimada de 141Km², correspondendo a 60% da área total. Localiza-se na zona sul do estado do Ceará, a 538,4 Km distantes da capital, Fortaleza, tendo como vias de acesso a BR 116 e as CE 060 e 096. É equidistante das principais capitais da região nordeste. Limita-se ao norte com o município de Caririaçu; ao sul com os municípios de Crato, Barbalha e Missão Velha; ao leste com os municípios de Missão Velha e Caririaçu e ao oeste, com o município Crato.

Juazeiro do Norte era, inicialmente, um distrito da cidade de Crato, antigamente conhecida como Vila de Tabuleiro Grande, até que Padre Cícero fixou-se como pároco do lugarejo e tempos depois foi responsável pela emancipação e independência da cidade, ocorrida em 22 de julho de 1911. O nome da nova cidade remete à árvore típica da região, Juazeiro. A cidade é considerada um dos maiores centros de religiosidade popular da América Latina, atraindo milhões de romeiros todos os anos, por conta dos inúmeros milagres alcançados atribuídos ao Padre Cícero. Exerce forte influência sobre o sul do Ceará, e áreas dos Estados de Pernambuco, Piauí, Paraíba e Rio Grade do Norte, sendo importante centro de compras e serviços regionais. Todo esse desenvolvimento resultou em uma integração com os municípios de Crato e Barbalha, que juntas formam a chamada conurbação Crajubar (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

A crescente formalização da economia elevou o PIB de Juazeiro do Norte em 157%, entre 2004 e 2008, sendo o segundo maior crescimento entre os municípios do Estado e a terceira maior economia do Ceará, atrás apenas de Fortaleza e Maracanaú (JUAZEIRO DO NORTE..., 2010).

Juazeiro do Norte faz parte da Região Metropolitana do sul do Estado. O Polo Cariri Cearense ocupa uma área de 6.342,3km², correspondente aos municípios de Abaiara, Barbalha, Brejo Santo, Crato, Jardim, Juazeiro do Norte, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Porteiras e Santana do Cariri.

**Figura 1** - Mapa da Região Metropolitana do Cariri no Sul do Ceará.




Fonte: http://sifeufccariri.blogspot.com.br/p/o-cariri_12.html.

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística, Juazeiro do Norte possui uma população estimada de 254.320 habitantes, sendo 52,8% (134.405 habitantes) do sexo feminino e destas 60,4% (84.174) estão em idade fértil. O município tem uma concentração urbana em torno de 95,3%, com crescimento populacional médio nas contagens populacionais em torno de 8 a 12% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Atualmente, o município conta com 64 equipes de Saúde da Família (Quadro 2) cadastradas e em funcionamento, organizadas em seis distritos, totalizando sete equipes em zona rural e 57 equipes em zona urbana (JUAZEIRO DO NORTE, 2011a).

**Quadro 2 –** Distribuição das Equipes de Saúde por Distrito e Zona. Juazeiro do Norte-CE, 2013.

| **Distritos** | **Equipes de Zona Urbana** | **Equipes de Zona Rural** |
|---|---|---|
| I | 05, 10, 11, 16, 20, 35, 43, 44, 47, 61 | |
| II | 13, 15, 25, 29, 36, 37, 38, 59 | 02, 03, 49 |
| III | 26, 27, 34, 40, 41, 42, 54, 55, 56, 60 | |
| IV | 07, 09, 19, 23, 39, 48, 51, 53, 58 | |
| V | 17, 18, 22, 24, 28, 30, 32, 33, 52 | 01, 04, 45, 50 |
| VI | 06, 08, 12, 14, 21, 31, 46, 57, 62, 63, 64 | |

Fonte: Elaborado pela autora

As equipes atuavam no primeiro nível da atenção, tendo em suas atribuições a assistência pré-natal de baixo risco. Estas equipes realizavam em média, 1.345 consultas de pré-natal por mês que correspondia a 94,72% das gestantes cadastradas, conforme dados do SIAB municipal (JUAZEIRO DO NORTE, 2011b).

O horário de funcionamento das unidades de saúde da zona urbana eram oito horas diárias, enquanto as equipes de zona rural funcionavam seis horas diárias, ambas, de segunda-feira a sexta-feira.

### 3.2.1 Caracterização do caso

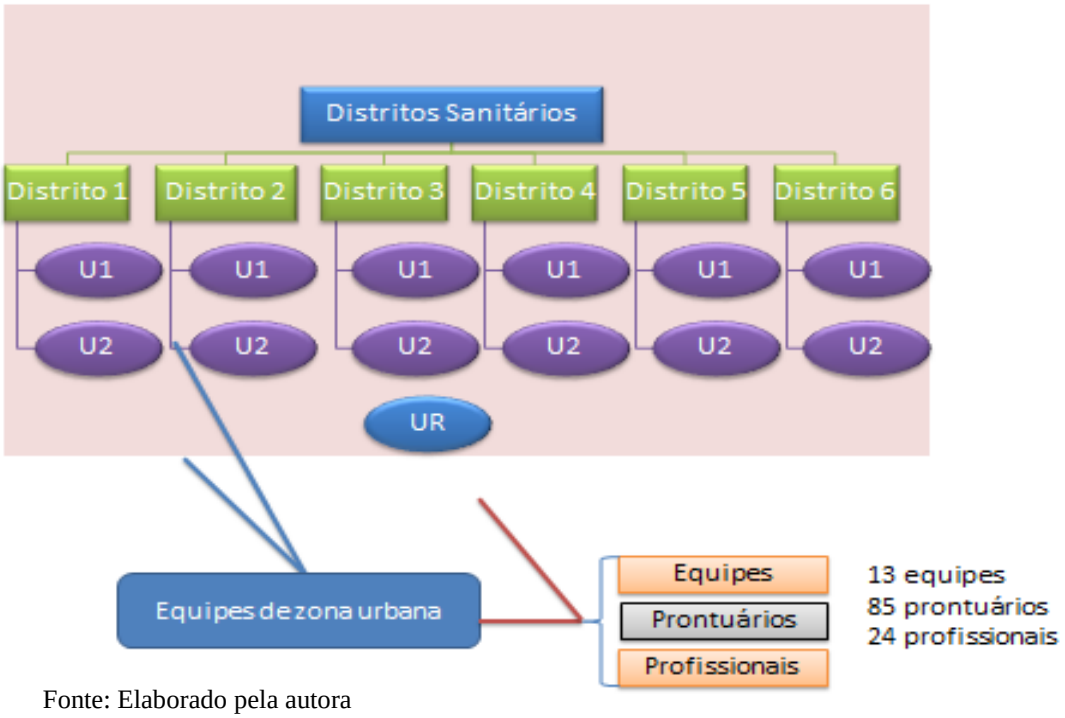
Nos estudos de caso, o caso é a unidade primária de análise, portanto, a unidade de análise deste estudo é a equipe de saúde da família. Considerando a necessidade de construir cenários para a compreensão das práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família relativas à atenção pré-natal, foram eleitos como fonte de informação: as unidades de saúde da família, os profissionais médicos e enfermeiros e os prontuários das gestantes das unidades participantes (Figura 2).

Para garantir a participação equânime de equipes por distrito, foi sorteada uma equipe de zona urbana em cada distrito, verificando se atendiam os critérios de inclusão. No distrito IV, apenas duas (2) equipes de zona urbana atendiam a prerrogativa, definindo assim o número de equipes participantes dos demais distritos. Com a finalidade de abranger as diferentes características e refletir melhor a realidade do município foi sorteado uma equipe de zona rural, totalizando 13 equipes.

O total de profissionais participantes foi de 24. Do total programado, 2 não participaram (1 estava de licença e o outro não atendia o critério de um ano de atuação).

Foram localizados 85 prontuários que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

**Figura 2** – Categorias de análise




Fonte: Elaborado pela autora

### 3.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Para seleção das equipes, foram excluídas do estudo:

- As equipes que não prestavam assistência pré-natal ou que, por qualquer razão, não disponibilizavam o atendimento pré-natal no momento da pesquisa;
- As equipes com menos de um ano de atuação no território.

Na seleção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que iriam participar do estudo, foram ponderados os seguintes critérios:

- Pertencer à equipe de saúde da família selecionada para o estudo;
- Atuar no mínimo há um ano.

Em relação aos prontuários ou fichas perinatais das gestantes, obedeceram-se aos seguintes critérios de inclusão:

- Gestantes de baixo risco;
- Ter sido acompanhada pela mesma equipe durante toda a gestação e puerpério.
- O pré-natal iniciado a partir de julho de 2012 e finalizado até julho de 2013;

Excluíram-se os prontuários/fichas perinatais das gestantes que tinham:

- Evoluído para um pré-natal de alto risco, parto prematuro ou abortamento;
- Sido transferida para outra unidade de atendimento;
- Mudado para outra área;
- Sido cadastrada fora do período estabelecido ou não localizado na unidade..

## 3.3 Período do Estudo

O estudo transcorreu de novembro de 2013 a dezembro de 2013.

## 3.4 Pré-teste dos Instrumentos de Coleta

O estudo piloto envolveu o teste dos instrumentos elaborado para coleta de dados, em uma unidade de saúde não incluída no estudo. Esta etapa da pesquisa consistiu na adequação do instrumento. O processo foi realizado no período de 04 a 09 de novembro e teve como objetivo a verificação sobre o entendimento dos seus itens.

### 3.5 Coleta de Dados

Após a qualificação do Projeto de Dissertação de Mestrado e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), iniciou-se a pesquisa.

Para elucidar as etapas realizadas, estas foram divididas da seguinte forma:

**1ª Fase** - Foi realizado o sorteio das equipes para identificar se atendiam aos critérios de inclusão, atentando-se em garantir a participação igualitária do número de equipes por distrito. Em seguida, foi realizado contato inicial com as equipes para identificar os profissionais das equipes que iriam participar do estudo, o acesso ao local e agendar o dia mais oportuno para a coleta de dados.

**2ª Fase** - Nesta, foi aplicado formulário para observação direta da estrutura (Apêndice A). A especificação dos recursos mínimos necessários será baseada na recomendação contida em documentos oficiais do MS foram baseadas no modelo proposto para Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), relacionada à atenção pré-natal (BRASIL, 2009).

**3ª Fase** - Foram distribuídos os questionários aos profissionais (médico e enfermeiros). Esclareceram-se dúvidas e foram dadas as orientações gerais sobre o preenchimento e devolução do questionário (Apêndice B). Este instrumento foi construído baseado nas variáveis contidas na ficha perinatal e cartão da gestante, adotados pelo município, e em recomendações do MS contidos Caderno de Atenção Básica, n° 32 (BRASIL, 2012d).

**4ª Fase** - Nesta etapa, foram selecionados os prontuários/fichas perinatais que atendesse aos critérios estabelecidos. Em seguida, procedeu-se à coleta de informações (Formulário C). A auditoria seguiu as variáveis contidas no índice proposto por Coutinho et al., (2003). Algumas variáveis foram ampliadas de acordo com recomendações do MS (BRASIL, 2012d).

### 3.6 Análise dos Dados

Os dados obtidos foram tabulados no Microsoft Excel e exportados para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para Windows. Os dados qualitativos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual. Os dados foram devidamente registrados e organizados em tabelas e a análise seguiu sequência estabelecida nos objetivos específicos.

### 3.6.1 Estrutura

Para avaliação da estrutura, utilizou-se a análise de frequência (absoluta e relativa), considerando o percentual do total de pontos obtidos em relação ao esperado. Os componentes da estrutura foram classificados em adequados, intermediários e inadequados. Para análise da estrutura física das unidades, as variáveis utilizadas estão no Quadro 3.

**Quadro 3 -** Variáveis utilizadas para avaliação da estrutura das unidades de saúde da família do município de Juazeiro do Norte-CE.

| Componente | Critérios | Variáveis |
|---|---|---|
| **Estrutura** | **Recursos físicos** | Instalação física |
| | | Sala de espera |
| | | Sala de reuniões |
| | | Acesso para pessoas com necessidades especiais |
| | | Recepção |
| | | Consultórios (M/E) |
| | | Consultórios com privacidade |
| | | Consultórios com biombo |
| | | Sala de dispensação de medicamentos |
| **Estrutura** | **Recursos materiais** | Mobiliário, equipamentos e instrumentais |
| | | Insumos/material para atividades assistenciais |
| | | Equipamentos eletrônicos |
| | | Apoio laboratorial* |
| | | Meios de comunicação |
| | | Impressos |
| | | Medicamentos |
| | | Insumos para atividades educativas* |
| | | Equipamentos de Informática |
| | | Sistema de registro de dados e agendamento |
| | **Recursos organizacionais** | Sistema de distribuição de fichas |
| | | Consultas de seguimento são agendadas previamente |
| | | Atendimento nos dois turnos |
| | | Garantia do retorno à primeira consulta* |
| | | Existência de normas, livros, protocolos, manuais, cartazes explicativos, fluxograma. |
| | | Categoria profissional usa crachá de identificação |
| | | Realizações de ações educativas* |
| | | Atendimento prioritário |
| | **Recursos humanos** | Equipe completa |
| | | Profissionais capacitados* |

Fonte: Adaptado de Melo (2009)
*Apêndice B

A classificação da dimensão estrutura adotou os pontos de corte descritos no Quadro 4.

**Quadro 4** - Classificação da dimensão estrutura.

| | |
|---|---|
| **Adequado** | De 80 a 100% de respostas positivas; |
| **Intermediário** | Entre 60% ├ 80% de respostas positivas; |
| **Inadequado** | Abaixo de 60% de respostas positivas |

Fonte: Elaborado pela autora

Este ponto de corte já foi utilizado em outros estudos (MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003; MELO, 2009).

### 3.6.2 Processo

A análise do processo foi categorizada em três componentes: acesso ao pré-natal, realização dos exames de rotina e os procedimentos clínico-obstétricos.

O acesso ao pré-natal compreende o período que realizou a primeira consulta e o número de consultas realizadas. Neste estudo considerou que o início deveria ser anterior a 14ª semana de gestação e o mínimo de seis consultas.

A realização dos exames de rotina inclui o número de registro dos seguintes exames: Tipagem sanguínea e fator Rh, Toxoplasmose IgM e IgG; Hemograma, Anti-HIV, HBsAg, Glicemia, VDRL e Urina tipo 1. No índice proposto por Coutinho et al. (2003) não consta os exames de Toxoplasmose, Anti-HIV, HBsAg.

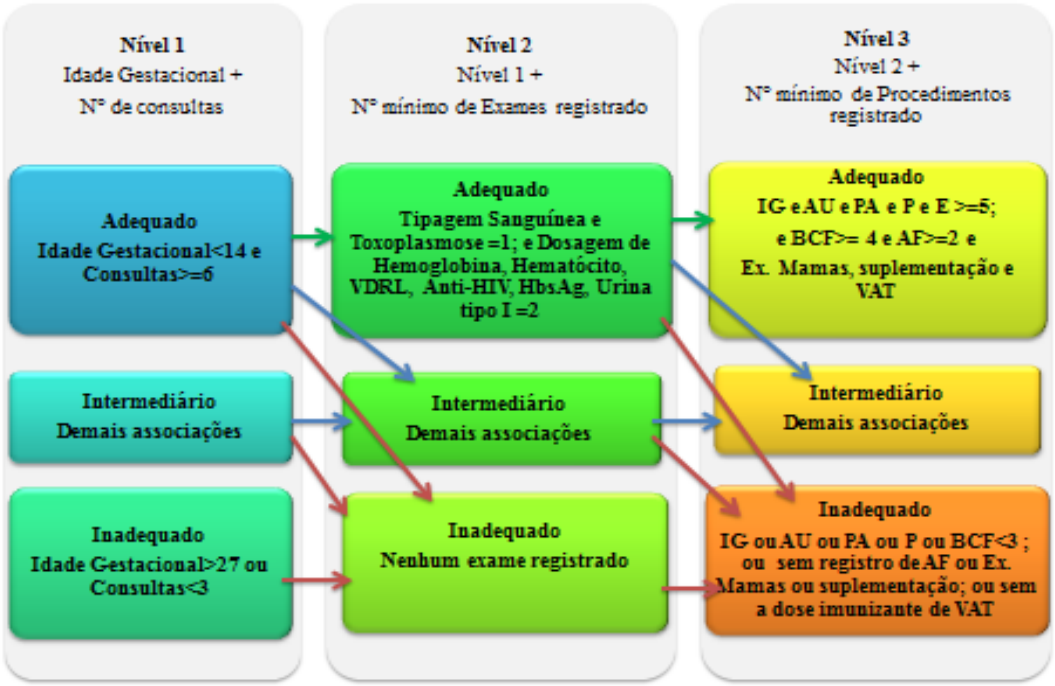
Os procedimentos clínico-obstétricos abrange um conjunto de ações e intervenções a serem realizados pelos profissionais de saúde tais como: registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso, batimentos cárdicos fetais, apresentação fetal, registro da dose imunizante da vacina antitetânica ou situação vacinal em dia, profilaxia de anemia, exame das mamas.

Para classificação do processo, a adequação do acompanhamento pré-natal, utilizou os padrões descritos no trabalho de Coutinho et al. (2003), no qual esta atividade é classificada como adequada, inadequada ou intermediária, obedecendo a uma sequência de avaliação em níveis de complexidade de acordo com a presença ou não, de registros nos prontuários que fazem parte do processo de atendimento rotineiro de pré-natal.

Para avaliação geral do processo adaptou-se o Índice de Adequação do Processo de Assistência Pré-natal (COUTINHO et al., 2003). Algumas variáveis foram acrescentadas no índice proposto, pois algumas recomendações da atenção pré-natal foram ampliadas de

acordo com o Caderno de Atenção Básica, n° 32 que trata do pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012d).

**Figura 3 –** Classificação do Processo por níveis de complexidade




Fonte: Elaborado pela autora

No **nível 1** foi considerado a assistência como adequada para as gestantes que realizaram seis ou mais consultas e início de pré-natal antes de 14 semanas. Inadequada, se o início do pré-natal após 27 semanas ou menos de três consultas. Intermediário a demais situações.

Para o **nível 2**, a assistência foi considerada adequada para as gestantes que tiveram o nível 1 adequado e o mínimo de registros recomendado de cada um dos exames; Inadequada, se nenhum exame realizado ou nível 1, inadequado. As demais situações definiram como intermediária a assistência.

O **nível 3**, teve a assistência classificada como adequada, as gestantes que tiveram o nível 2 adequado e número mínimo de registro dos procedimentos clínico-obstétricos. Inadequada, se a ocorrência de pelo menos uma das seguintes condições: menos de três anotações de altura uterina, ou de idade gestacional, ou de pressão arterial, ou de pesquisa de edema ou de peso ou de batimentos cardíacos fetais; ou nenhum registro de apresentação fetal, ou da dose imunizante da vacina antitetânica ou de profilaxia da anemia ou do exame

das mamas; ou ainda, nível 1 ou nível 2 inadequado. As demais situações definiram a assistência como intermediária.

Foi considerado neste estudo, no item apresentação fetal como positivo, a localização do foco de ausculta em quadrantes que sugere a posição fetal, como quadrante inferior direito (QID), quadrante inferior esquerdo (QIE), quadrante superior direito (QSD), quadrante superior esquerdo (QSE).

### 3.6.3 Resultados

A análise do resultado final da atenção depende do objetivo para qual foi criada (CHAMPAGNE et al., 2011). A atenção pré-natal foi instituída para reduzir as taxa de morbidade e mortalidade materna e infantil. Diante do exposto, para avaliar os resultados da assistência pré-natal optou-se pelos seguintes indicadores de saúde.

- Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos;
- Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos;
- Número absoluto de óbitos neonatais;
- Número absoluto de óbitos maternos;

A partir dos resultados encontrados, discutiu-se sua relação com a qualidade da atenção.

## 3.7 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme n° CAEE: 17018113.9.0000.5054, na perspectiva de atender aos aspectos contidos na Resolução n° 466 de dezembro 2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e).

Por se tratrar também de uma pesquisa com prontuários e/ou fichas perinatais e observação da estrutura das unidades de saúde, a autorização para coleta de dados foi assegurada por meio do Termo de Fiel Depositário (Apêndice D).

Aos profissionais foi realizada explicação sobre a importância da pesquisa, os objetivos, o método de coleta e o sigilo de sua identidade. Após apresentação da pesquisa, foi

garantido o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo, e, mesmo após seu consentimento, poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento, ficando uma cópia com o sujeito e outra com a pesquisadora e, quando de acordo, foi solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice E).

Além disso, as informações serão utilizadas apenas em trabalhos de caráter exclusivamente científico (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa) elaborados somente pela pesquisadora e orientador.

# 4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta o resultado do tratamento realizado com os dados obtidos a partir dos formulários aplicados para observação da estrutura e dos prontuários, bem como o questionário aos profissionais de saúde em estudo, atendendo ao propósito principal da pesquisa, que foi avaliar a qualidade da atenção pré-natal realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Juazeiro do Norte – CE.

## 4.1 Avaliação da Estrutura

Para análise da estrutura física das unidades, foram considerados os seguintes recursos: físicos, materiais, organizacionais e humanos, necessários ao desenvolvimento de ações básicas de saúde para as gestantes.

Os resultados da análise da adequação da estrutura apresentados a seguir baseiam-se nos critérios de avaliação de qualidade estabelecidos nos Quadros 3 e 4 no capítulo da metodologia. Para classificação, adotou-se o percentual de resposta positivas.

Referente aos recursos físicos, foram observadas as seguintes condições dos espaços: instalação física, sala de espera, sala de reuniões, sala de dispensação de medicamentos, consultórios com privacidade, consultórios para médico e enfermeiro, biombos no consultório para exames ginecológicos, recepção e instalação para portadores de necessidades especiais.

Verificou-se que os itens referentes à instalação física ficaram abaixo dos 80% de concordância com as normas, exceto a pia para higienização das mãos e conservação de portas, que esteve presente em 84,6% das unidades. Entretanto, as instalações hidráulicas e o teto apresentaram-se em más condições em quase metade das unidades de saúde (53,8%) e a conservação das paredes foi constatada em apenas 30,8%. Elementos como ventilação e iluminação, em 76,7%, encontravam-se em condições adequadas nas unidades.

Quanto à instalação física para pessoas portadoras de necessidades especiais (Tabela 2), identificou-se que nenhuma unidade de saúde possuía os itens necessários à acessibilidade. Uma unidade possuía banheiro adaptado (7,7%). A rampa esteve presente em 53,8% das unidades. Identificou-se adequada largura das portas (38,5%) e presença de corrimão (15,4%). A cadeira de rodas foi o item de acessibilidade verificado com maior

frequência nas unidades (69,2%). As unidades de saúde, em geral, apresentaram problemas de acessibilidade.

**Tabela 2 -** Frequência de Recursos Físicos das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte-CE. Juazeiro do Norte (n=13).

| **Recursos Físicos** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Instalação Física | | |
| Espaço coberto | 12 | 92,3 |
| Portas | 11 | 84,6 |
| Pia de higiene mãos | 11 | 84,6 |
| Iluminação | 10 | 76,9 |
| Ventilação | 10 | 76,9 |
| Instalações elétricas | 9 | 69,2 |
| Conservação de piso | 9 | 69,2 |
| Sanitários | 9 | 69,2 |
| Sala reuniões | 9 | 69,2 |
| Janelas | 8 | 61,5 |
| Conservação do teto | 7 | 53,8 |
| Instalações hidráulicas | 7 | 53,8 |
| Conservação de parede | 4 | 30,8 |
| Recepção | 13 | 100,0 |
| Sala dispensação medicamentos | 13 | 100,0 |
| Consultórios médico e enfermagem | 12 | 92,3 |
| Privacidade visual e auditiva | 10 | 76,9 |
| Biombo consulta ginecologia | 10 | 76,9 |
| Instalação p/ portadores de necessidades especiais | | |
| Cadeira de rodas | 9 | 69,2 |
| Rampa | 7 | 53,8 |
| Largura portas | 5 | 38,5 |
| Corrimão | 2 | 15,4 |
| Banheiros | 1 | 7,7 |

Fonte: Elaborado pela autora

As unidades de saúde dispunham de recepção para prestar informações ao público e sala de dispensação de medicamentos, 69,2% possuíam sala destinada a atividades de educação em saúde ou reuniões. Em 92,3% das unidades, existia sala de espera compatível com a demanda e consultórios em quantidades que permitiam atendimento de médicos e enfermeiros.

No tocante à garantia de privacidade no momento da consulta, 76,9% das unidades atendiam esta prerrogativa.

As informações a respeito dos recursos materiais das equipes em estudo estão organizadas nas tabelas 3,4,5,6,7,8,9.

Ao considerar mobiliários, equipamentos e instrumentais mínimos necessários para consulta pré-natal, estavam disponíveis em todas as unidades, mesa e cadeiras, mesa ginecológica, escada de dois degraus, Sonnar ou estetoscópio de Pinard e fita métrica. Em menores percentuais, foram encontrados foco de luz e estetoscópio clínico, em 92,3% das unidades; balança com estadiômetro e esfigmomanômetro havia disponibilidade, em 84,6% das unidades. Constataram-se espéculos e gestograma, em 76,9% das unidades; pinças de Cheron e disco para IMC disponíveis, em 69,2 e 53,8% das unidades de saúde, respectivamente (Tabela 3).

**Tabela 3 -** Frequência de Mobiliário, equipamentos e instrumentais das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte (n=13).

| **Mobiliário, equipamentos e instrumentais mínimos para o atendimento às gestantes** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Mesa e cadeira | 13 | 100,0 |
| Mesa ginecológica | 13 | 100,0 |
| Escada de dois degraus | 13 | 100,0 |
| Fita métrica inelástica | 13 | 100,0 |
| Sonnar | 13 | 100,0 |
| Foco de luz | 12 | 92,3 |
| Estetoscópio clínico | 12 | 92,3 |
| Esfingmomamometro | 11 | 84,6 |
| Balança com estadiômetro | 11 | 84,6 |
| Espéculos de vários tamanhos | 10 | 76,9 |
| Gestograma | 10 | 76,9 |
| Pinça de Cheron | 9 | 69,2 |
| Disco IMC | 7 | 53,8 |
| Estetoscópio de Pinard | 3 | 23,1 |

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto aos insumos, a disponibilidade era aquém do desejado, face às expectativas de resolubilidade das equipes de saúde da família. O pior desempenho encontrado foi para os itens: saco de lixo (23,1%), papel toalha (15,4%) e sabonete líquido (0%). Identificou-se, também, carência de material para coleta da colpocitologia oncótica (Tabela 4).

Os impressos, como ficha de cadastro da gestante, receituário, ficha perinatal, cartão da gestante, livro de gestantes, estavam disponíveis na grande maioria das equipes de saúde da família, em percentuais sempre superiores a 84% (Tabela 5).

O conjunto de medicamentos pesquisado restringiu-se àqueles essenciais ao tratamento de problemas de saúde mais frequentes nas gestantes e puérperas, de acordo com

documentos oficiais do MS (BRASIL, 2005). Não considerou a sua suficiência, mas apenas a presença do item na unidade (Tabela 6).

**Tabela 4 -** Frequência de Insumos das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte (n=13).

| **Insumos** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Termômetro | 12 | 92,3 |
| Algodão | 10 | 76,9 |
| Mascara | 10 | 76,9 |
| Batas ou camisolas | 10 | 76,9 |
| Lençóis | 9 | 69,2 |
| Fixador | 8 | 61,5 |
| Abaixador de língua | 8 | 61,5 |
| Lamina bisturi | 7 | 53,8 |
| Esparadrapo | 6 | 46,2 |
| Ácido acético | 6 | 46,2 |
| Gazes | 4 | 30,8 |
| Lugol | 4 | 30,8 |
| Álcool 70 | 4 | 30,8 |
| Porta lâmina | 4 | 30,8 |
| Saco de lixo | 3 | 23,1 |
| Papel toalha | 2 | 15,4 |

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 5 -** Frequência de material impresso das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte (n=13).

| **Material impresso para o desenvolvimento regular das ações de saúde** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Número sisprenatal | 13 | 100,0 |
| Ficha cadastro gestante | 12 | 92,3 |
| Ficha perinatal | 12 | 92,3 |
| Cartão gestante | 12 | 92,3 |
| Receituário | 11 | 84,6 |
| Livro de gestante | 11 | 84,6 |
| Ficha B Ges | 9 | 69,2 |
| Mapa diário | 7 | 53,8 |
| Ficha SISVAN | 4 | 30,8 |

Fonte: Elaborado pela autora

Os percentuais de equipes com disponibilidade de medicamentos por tipo foram os seguintes, por ordem de frequência: ácido fólico, sulfato ferroso, amoxicilina 500mg e azitromicina 500mg (92,3%); cefalexina 500mg, metildopa 250mg, metronidazol gel (84,6%); vitamina A (69,2%); dipirona e fenoterol (53,8%); metoclopramida gotas (38,5%); Miconazol creme a 2% (7,7%). Os demais medicamentos não foram encontrados (dimeticona, hidróxido de alumínio, paracetamol, hioscinabutilescopolamina, nitrofutantoína).

**Tabela 6 -** Frequência de medicamentos das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte (n=13).

| **Medicamentos** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Ácido fólico | 12 | 92,3 |
| Amoxicilina 500mg | 12 | 92,3 |
| Azitromicina 500mg | 12 | 92,3 |
| Sulfato ferroso | 12 | 92,3 |
| Cefalexina 500mg | 11 | 84,6 |
| Metildopa 250mg | 11 | 84,6 |
| Metronidazol creme vaginal | 11 | 84,6 |
| Dipirona | 7 | 53,8 |
| Fenoterol | 7 | 53,8 |
| Vitamina A | 9 | 69,2 |
| Metoclopramida gotas | 5 | 38,5 |
| Miconazol creme 2% | 1 | 7,7 |

Fonte: Elaborado pela autora

No concernente à regularidade do fornecimento dos medicamentos, 70,8% dos profissionais referiram não haver problemas. Ou seja, mensalmente, a Farmácia Central repunha o estoque de medicamentos das unidades mediante solicitação.

A disponibilidade de equipamentos eletrônicos para atividades educativas (TV, aparelho de som, aparelho de videocassete e aparelho de DVD) foi muito baixa. Nenhuma unidade possuía equipamentos de informática. O registro de dados era feito manualmente em 61,5% das unidades. Quanto aos meios de comunicação somente uma unidade possuía linha telefônica funcionando (Tabela 7).

**Tabela 7 -** Frequência de equipamentos de informática, registro de dados e agendamento, equipamento eletrônicos e meio de comunicação das Unidades de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte (n=13).

| **Equipamentos** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| De informática e registro de dados agendamento | | |
| Registro de dados agendamento | 8 | 61,5 |
| Eletrônicos | | |
| TV | 3 | 23,1 |
| Aparelho de videocassete | 2 | 15,4 |
| Aparelho de DVD | 1 | 7,7 |
| Linha telefônica funcionando | 1 | 7,7 |

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação a atividades educativas, 79,2% dos profissionais afirmaram realizar algum tipo de prática educativa direcionada à gestante. Contudo, os insumos destinados à

atividade educativa obtiveram-se baixo percentual de concordância. Quando indagados a respeito da existência de qualquer material educativo, menos de 1/3 dos profissionais afirmaram dispor deste recurso.

**Tabela 8 -** Frequência dos profissionais que realizam práticas educativas e de insumos para atividade educativa segundo os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte-CE (n=24).

| **Variáveis** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Profissional realiza práticas de educação em saúde | 19 | 79,2 |
| USF tem materiais e insumos atividade educacional | 7 | 29,2 |

Fonte: Elaborado pela autora

A pesquisa investigou, junto aos profissionais de saúde, a garantia de realização de exames laboratoriais quando solicitados pelas equipes. Segundo os profissionais de saúde, havia disponibilidade total dos exames laboratoriais, com exceção da urocultura que foi listada como disponível por 91,3% dos profissionais, o teste de tolerância à glicose 75g e Coombs indireto, 87,5%, e colpocitologia oncótica, 79,2% (Tabela 9).

Dos profissionais, 37,5% referiu haver dificuldade na realização dos exames. As dificuldades apontadas foram demora na entrega de resultados e erros nos resultados.

**Tabela 9 -** Frequência da disponibilidade dos exames laboratoriais segundo os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte-CE (n=24).

| **Exames Laboratoriais** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Hemograma | 24 | 100,0 |
| Tipagem sanguínea | 24 | 100,0 |
| VDRL | 24 | 100,0 |
| Glicemia jejum | 24 | 100,0 |
| Urina tipo I | 24 | 100,0 |
| Anti-HIV | 24 | 100,0 |
| HBsAg | 24 | 100,0 |
| Sorologia rubéola | 24 | 100,0 |
| Sorologia toxoplasmose | 24 | 100,0 |
| Urocultura | 21 | 87,5 |
| TTG | 21 | 87,5 |
| Coombs indireto | 21 | 87,5 |
| Colpocitopatologia oncótica | 19 | 79,2 |
| Há dificuldade realização exames | 9 | 37,5 |

Fonte: Elaborado pela autora

Referente à organização do serviço (Tabela 10), 84,6% das equipes possuíam o sistema de distribuição de fichas para organização do atendimento. Apenas 7,7 % das equipes não realizavam o agendamento das consultas previamente.

A respeito da existência de protocolos ou normas, 76,9% das equipes possuíam algum tipo de protocolo que orientava sobre o atendimento às gestantes e, menos da metade das equipes disponibilizavam o atendimento em dois turnos (46,2%). O atendimento às gestantes foi considerado prioritário em todas as equipes. Entretanto, a consulta puerperal era garantida independente do cronograma por 79,2% dos profissionais (Tabela 10).

**Tabela 10 -** Frequência de Recursos Humanos e Organizacionais das Unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte-CE (n=13)

| **Recursos humanos e organizacionais** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Consultas agendadas | 12 | 92,3 |
| Sistema de distribuição fichas | 11 | 84,6 |
| Normas da USF | 10 | 76,9 |
| Atendimento feito à gestante em 2 turnos | 6 | 46,2 |
| Identificação dos profissionais | | |
| Medico* | 7 | 58,3 |
| Enfermeiro | 7 | 53,8 |
| Técnico ou Auxiliar de Enfermagem | 4 | 30,8 |
| Prioridade atendimento a gestantes | 13 | 100,0 |
| Equipe completa com profissionais de saúde | 12 | 92,3 |
| Equipe completa com profissionais administrativos | 12 | 92,3 |

Fonte: Elaborado pela autora
*n=10

**Tabela 11 -** Frequência dos profissionais segundo sexo, categoria e tempo de capacitação das Unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte-CE (n=24).

| **Variáveis** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Sexo do profissional | | |
| Feminino | 19 | 79,2 |
| Masculino | 5 | 20,8 |
| Categoria profissional | | |
| Enfermeiro | 13 | 54,2 |
| Médico | 11 | 458 |
| Capacitação em Pré-natal | 21 | 87,5 |
| Tempo da última capacitação (em anos) | 5.8±4.6* | |

Fonte: Elaborado pela autora
*Dados expressos em forma de Média±Desvio-padrão.

Quanto ao parâmetro “profissional com identificação”, foi observado que 58,3% dos médicos utilizavam alguma identificação, os enfermeiros 53,8% e os técnicos ou auxiliar de enfermagem 30,8% (Tabela 10). O dentista, o técnico de saúde bucal ou auxiliar de

consultório dentário e os profissionais do NASF foram excluídos, por atender em mais de uma equipe e não se encontrar no momento da pesquisa nas referidas unidades em estudo.

No tocante aos recursos humanos, em conformidade com as diretrizes preconizadas, 11 das 13 equipes estavam completas com profissionais de saúde e administrativos concomitantes.

A pesquisa revelou que a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros era do sexo feminino, e 87,5% haviam recebido alguma capacitação para atender gestantes (Tabela 11).

**Figura 4 –** Classificação dos Componentes da Estrutura

| RECURSOS FÍSICOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Questões/Variáveis** | **N** | **n** | **%** | **Adequação** |
| 1 – Instalação Física | 143 | 95 | 66,4% | Intermediário |
| 2 - Sala de Espera | 13 | 12 | 92,3% | Adequado |
| 3 - Sala de reuniões | 13 | 9 | 69,2% | Intermediário |
| 4 – Acesso p/ pessoas c/ necessidades especiais | 65 | 24 | 36,9% | Inadequado |
| 5 -Recepção | 13 | 13 | 100,0% | Adequado |
| 6 – Consultórios(M/E) | 13 | 12 | 92,3% | Adequado |
| 7 - Consultótios c/ privacidade | 13 | 10 | 76,9% | Intermediário |
| 8 - Consultórios c/biombo | 13 | 10 | 76,9% | Intermediário |
| 9 - Dispensário de medicamentos | 13 | 13 | 100,0% | Adequado |
| TOTAL | 299 | 198 | 66,2% | Intermediário |
| **RECURSOS MATERIAIS** | | | | |
| **Questões/Variáveis** | **N** | **n** | **%** | **Adequação** |
| 10 – Mobiliário – Equipamentos – Instrumentais | 182 | 150 | 82,4% | Adequado |
| 11 - Insumos | 234 | 117 | 50,0% | Inadequado |
| 12 – Equipamentos Eletrônicos | 52 | 6 | 11,5% | Inadequado |
| 13 – Telef Func. | 13 | 1 | 7,7% | Inadequado |
| 14 – Impressos | 117 | 91 | 77,8% | Intermediário |
| 15 – Medicamentos disponíveis | 221 | 123 | 55,7% | Inadequado |
| 16 – Equi. Inform. | 13 | 0 | 0,0% | Inadequado |
| 17 – Reg. Dados e Agendam. | 13 | 8 | 61,5% | Intermediário |
| 18 – Insumos para atividade educativa | 24 | 7 | 29,2% | Inadequado |
| 19 – Apoio Laboratorial | 312 | 299 | 95,8% | Adequado |
| TOTAL | 1181 | 802 | 67,9% | Intermediário |
| **RECURSOS ORGANIZACIONAIS** | | | | |
| **Questões/Variáveis** | **N** | **n** | **%** | **Adequação** |
| 20 – Sist. Dist. Fichas | 13 | 11 | 84,6% | Adequado |
| 21 – Agend. Prévio consulta | 13 | 12 | 92,3% | Adequado |
| 22 – Atend. em dois turnos | 13 | 6 | 46,2% | Inadequado |
| 23 – Normas p/ atend. Pré-natal | 13 | 10 | 76,9% | Intermediário |
| 24 – Identificação | 39 | 18 | 46,2% | Inadequado |
| 25 – Atendimento prioritário | 13 | 13 | 100,0% | Adequado |
| 26 – Garante consulta puerperal | 24 | 19 | 79,2% | Intermediário |
| 27 – Práticas educativas | 24 | 19 | 79,2% | Intermediário |
| TOTAL | 152 | 108 | 71,1% | Intermediário |

Fonte: Elaborado pela autora

Destaca-se que nenhuma unidade de saúde da família apresentou adequação a todos os componentes da estrutura, ou seja, recursos físicos, materiais, organizacionais e humanos. Os recursos físicos e recursos materiais e organizacionais foram considerados como padrão intermediário 66,2, 67,9 e 71,1% respectivamente (Figura 4).

Contudo, os recursos humanos foram classificados como adequado com 86,5%. Sintetizando, de acordo com a soma total de pontos obtidos, a estrutura foi classificada em intermediária, 68,3% (Figura 5).

**Figura 5 –** Grau de Adequação da Estrutura

Fonte: Elaborado pela autora

## 4.2 Avaliação do Processo

A dimensão processo é caracterizada pelo cuidado fornecido ou recebido. Avaliação desta dimensão correspondeu a uma análise das práticas de saúde direcionadas às gestantes pelos profissionais, bem como auditoria dos prontuários e/ou fichas perinatais.

O tempo gasto nas consultas referido pela maioria dos profissionais (75%) foi em torno de 15 a 30 minutos. Sobre as anotações em prontuários, 95% dos profissionais afirmou realizar.

Das atividades normatizadas destacadas na tabela 12, 26 encontraram-se superior a 80% de concordância entre os profissionais pesquisados. Contudo, menos de 30% dos profissionais referiram realizar o exame ginecológico e a consulta puerperal na primeira semana. Em relação ao exame das mamas, 75% dos profissionais afirmou realizar rotineiramente na consulta de pré-natal (Tabela 12).

Foram analisados, também, os prontuários e/ou fichas perinatais de 85 gestantes, das referidas equipes de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte em estudo (Tabelas 13,14).

**Tabela 12 -** Frequência das ações normativas, segundo os profissionais de saúde do Município de Juazeiro do Norte (n=24).

| **Ações normativas do atendimento** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Tempo duração consulta | | |
| 15-30 minutos | 18 | 75,0 |
| 30-60 minutos | 3 | 12,5 |
| < 15 minutos | 2 | 8,3 |
| Anota no Cartão gestante | 24 | 100,0 |
| Verifica calendário vacinação | 24 | 100,0 |
| Observa existência edema | 24 | 100,0 |
| Anota no Prontuário | 23 | 95.8 |
| Realiza calculo e anota idade gestacional | 23 | 95,8 |
| Faz palpação obstetrícia e medida uterina | 23 | 95,8 |
| Avalia pressão arterial | 23 | 95,8 |
| Avalia peso materno toda consulta | 23 | 95,8 |
| Revisão ficha pré-natal | 22 | 91,7 |
| Realiza anamnese | 22 | 91,7 |
| Avalia risco nutricional | 22 | 91,7 |
| Avalia crescimento fetal | 22 | 91,7 |
| Determina IMC | 21 | 87,5 |
| Faz exame ginecológico pelo menos uma vez na gestação | 7 | 29,2 |
| Faz exame das mamas pelo menos uma vez na gestação | 18 | 75,0 |
| Reavalia risco obstetrício | 24 | 100,0 |
| Solicita e avalia os exames | | |
| Grupo sanguíneo Rh | 24 | 100,0 |
| Sorologia sífilis | 24 | 100,0 |
| Urina tipo I | 24 | 100,0 |
| Sorologia hepatite B | 24 | 100,0 |
| Hemograma | 24 | 100,0 |
| Toxoplasmose | 24 | 100,0 |
| Glicemia em jejum | 23 | 95,8 |
| Teste anti-HIV | 23 | 95,8 |
| Colpocitopatologia oncótica | 22 | 91,7 |
| Avalia movimentos percebidos | 23 | 95,8 |
| Realiza ausculta batimentos | 22 | 95,8 |
| Realiza consulta puerperal | 20 | 83,3 |
| Realiza praticas educação usuária | 19 | 79,2 |
| Garante retorno na primeira consulta puerperal | 19 | 79,2 |
| Realiza consulta puerperal até 42 dias pós-parto | 17 | 70,8 |
| Realiza consulta puerperal 1ª semana | 5 | 20,8 |

Fonte: Elaborado pela autora

Verificou-se que 71,7% (61) das gestantes atendidas apresentaram menos de 30 anos de idade. Sendo que deste total, 26,2% estiveram na faixa etária de adolescentes. Quanto à escolaridade das gestantes, verificou que mais da metade tinha o nível médio (50,6%) de escolaridade. Nenhuma era analfabeta e o nível fundamental sendo este completo ou incompleto totalizou 43,5% das gestantes.

O endereço das gestantes estava anotado em 100% dos prontuários e a idade em 98,8%.

**Tabela 13 –** Distribuição das gestantes segundo as variáveis escolaridade e idade, Juazeiro do Norte (n=85).

| **Variáveis** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Endereço residencial gestante | 85 | 100,0 |
| Grau de instrução gestante | | |
| Ensino médio completo | 43 | 50,6 |
| Ensino fundamental completo | 29 | 34,1 |
| Ensino fundamental incompleto | 8 | 9,4 |
| Não informado | 5 | 5,9 |
| Idade da gestante | | |
| 16-19 | 16 | 18,8 |
| 20-29 | 45 | 52,9 |
| 30-39 | 21 | 24,7 |
| 40 ou mais | 2 | 2,4 |
| Não informado | 1 | 1,2 |

Fonte: Elaborado pela autora

A informação sobre a DUM e DPP estava presente em 100% dos prontuários revisados e, ao checar as informações da DUM e DPP, verificou-se que na maioria dos prontuários, de todas as unidades, estas informações estiveram coerentes (Tabela 14).

Os antecedentes de morbidade familiares estiveram ausentes em 3,5% dos prontuários das gestantes e os pessoais em 5,9%. Em relação aos antecedentes obstétricos, foi considerado como positivo se houvesse o registro ao menos do número de gravidez, parto e/ou aborto, e nascidos vivos. Assim, 96,5% dos prontuários continham essa informação.

O procedimento exame das mamas esteve ausente em 78,8% dos prontuários ou fichas perinatais e a citologia oncótica, considerando os últimos 12 meses, 30,6% das gestantes havia realizado.

As ações em relação à suplementação foram abordadas na pesquisa. Verificou-se que 15,2% dos prontuários não havia registro. A profilaxia de anemia com ácido fólico e sulfato ferroso estava registrada em 78,8% dos prontuários ou fichas perinatais.

**Tabela 14 –** Percentual de anotações nos prontuários ou fichas perinatais, Juazeiro do Norte (n=85).

| **Variáveis** | | |
|---|---|---|
| DPP | 85 | 100,0 |
| DUM | 85 | 100,0 |
| Estatura | 78 | 91,8 |
| Peso anterior | 62 | 72,9 |
| Dados da ultrassonografia | | |
| IG | 51 | 60,0 |
| ILA | 45 | 52,9 |
| Placenta | 45 | 52,9 |
| Peso fetal | 43 | 50,6 |
| Exames de mama | 18 | 21,2 |
| IG na primeira consulta | 11,0±5,7* | |
| VAT (em doses) | | |
| Não | 21 | 24,7 |
| 1 | 2 | 2,4 |
| 2 | 6 | 7,1 |
| 3 | 19 | 22,4 |
| Completou esquema | 2 | 2,4 |
| Imune | 13 | 15,3 |
| Reforço | 22 | 25,9 |
| Antecedentes | | |
| Familiares | 82 | 96,5 |
| Obstetrícios | 82 | 96,5 |
| Pessoais | 80 | 94,1 |
| Suplementação | | |
| Ácido fólico e sulfato ferroso | 67 | 78,8 |
| Ácido fólico (apenas) | 2 | 2,4 |
| Sulfato ferroso (apenas) | 2 | 2,4 |
| Outro | 1 | 1,2 |
| Citologia oncótica | 26 | 30,6 |
| Realiza consulta puerperal | | |
| Na primeira semana pós-parto (apenas) | 25 | 29,4 |
| Até 42 dias pós-parto (apenas) | 28 | 32,9 |
| Não realizou | 31 | 36,5 |
| As duas escolhas | 1 | 1,2 |
| Registrou da data parto | 65 | 76,5 |
| Assinatura profissional em todas as consultas | 70 | 82,4 |

Fonte: Elaborado pela autora

Sobre a vacinação contra o tétano, não havia registro sobre a situação vacinal em 24,7% dos prontuários. No que concerne aos procedimentos obstétricos, salienta-se a ausência do registro referente à presença de edema em 52,9% dos prontuários. As informações relativas a consultas das gestantes revelaram que itens como anotação de peso e pressão arterial, idade gestacional eram relativamente bem anotados. Em contrapartida, os dados da ultrassonografia,

como idade gestacional, peso fetal, índice de liquido amniótico e placenta, obtiveram baixos percentuais de anotação.

No que se refere aos exames laboratoriais, constatou-se variedade de frequência para cada um dos oitos exames. Destaca-se a ausência de registro dos seguintes exames nos prontuários: Hemograma e VDRL (5,9%), Urina tipo 1 (8,2%), ABO-Rh e Glicemia de jejum (9,4%), teste anti-HIV(14,1%), Toxoplasmose IgG e IgM (17,6%), HbsAg (32,9%).

A tabela 15 sintetiza a frequência dos procedimentos classificados como fundamentais nas consultas às gestantes, considerando o número mínimo adequado de registros recomendado neste estudo para cada um dos itens.

**Tabela 15** – Procedimentos clínico-obstétricos realizados em gestantes, Juazeiro do Norte (n=85).

| **Procedimentos** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Idade Gestacional (5 ou mais) | 76 | 89,4 |
| Peso (5 ou mais) | 76 | 89,4 |
| Pressão Arterial (PA) | 76 | 89,4 |
| Altura Uterina (AU) (5 ou mais) | 67 | 78,8 |
| Batimentos cardíacos fetais (BCF)(4 ou mais) | 69 | 81,2 |
| Apresentação Fetal (2 ou mais) | 43 | 50,6 |
| Pesquisa de Edema (5 ou mais) | 27 | 31,8 |

Fonte: Elaborado pela autora

Das 85 gestantes atendidas nas equipes de saúde, 69 (81,2%) iniciaram o acompanhamento com a idade gestacional inferior a 14 semanas. Em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes, verificou-se que 73 (85,9%) delas realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.

Para 54 (63,5%), verificou-se o registro da consulta de puerpério. Quanto ao período que foi realizado a consulta puerperal, a pesquisa revelou que 46,3% realizou essa consulta precocemente, uma semana após o parto. O quantitativo de mulheres que conseguiu realizar seis ou mais consultas e a consulta de puerpério foi 48 (56,5%).

### 4.3 Análise da Adequação do Pré-natal em Níveis de Complexidade

A análise dos dados coletados foi realizada por meio da sua categorização em três níveis complementares e de complexidade crescente (níveis 1, 2 e 3), facilitando a identificação da origem dos problemas porventura existentes. Por meio desses três níveis, realizou-se a avaliação da adequação do processo da assistência pré-natal, com base no estudo

de Coutinho et al. (2003). O resultado final da avaliação permitiu classificar o processo da assistência pré-natal em adequado, inadequado ou intermediário em cada um dos níveis.

Em relação à captação precoce da gestante, 81,2% delas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. A idade gestacional média de ingresso foi de 11 semanas. A média de consultas por gestante foi de 7,2 sendo que 14,1% das pacientes não compareceram ao mínimo de seis atendimentos.

No tocante ao **nível 1** (Tabela 16), no qual combina-se o início do pré-natal com o número de consultas, 76,5% das gestantes tiveram adequação, ou seja, início do acompanhamento anterior a 14 semanas de gestação e o comparecimento de seis ou mais consultas. O padrão inadequado foi encontrado em 3,5% das gestantes, no qual tiveram o início do acompanhamento pré-natal posterior a 27 semanas de gestação ou menos de três consultas, enquanto 20% apresentaram o padrão intermediário, ou seja, as demais possibilidades de associações.

**Tabela 16** – Avaliação do nível 1.Combinando-se o número de consultas com a época do início do pré-natal. Juazeiro do Norte, 2013.

| **Parâmetro** | **(a) Início** | | **(b) Consultas** | | **(a + b)** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Adequado | 69 | 81,2 | 73 | 85,8 | 65 | 76,5 |
| Intermediário | 14 | 16,4 | 10 | 11,8 | 17 | 20,0 |
| Inadequado | 2 | 2,4 | 2 | 2,4 | 3 | 3,5 |

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à realização dos exames, considerando o conjunto de exames e o mínimo de registro para cada um dos exames recomendados, os dados revelaram que 1,2% das gestantes atenderam esta prerrogativa e em 4,7% não havia registro de qualquer exame laboratorial.

Em relação à classificação do pré-natal no **nível 2**, no qual combina-se o nível 1com o número de vezes em que os exames laboratoriais foram registrados, os dados da Tabela 17 evidenciam que 1,2% das gestantes obtiveram o pré-natal adequado. Foram classificadas como tendo o pré-natal intermediário 91,8% das gestantes, enquanto 7,0% das gestantes tiveram a inadequação no pré-natal no segundo nível de complexidade, ou seja, ocorreu pelo menos uma das seguintes situações: início de pré-natal após 27 semanas, ou menos de três consultas ou nenhum exame registrado.

**Tabela 17** – Avaliação do nível 2. Combinando-se o nível 1 e o número de vezes que os exames complementares são registrados. Juazeiro do Norte, 2013.

| Parâmetro | (a) Início | | (b) Consulta | | (c ) Exame | | (a+b+c) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Adequado | 69 | 81,2 | 73 | 85,8 | 1 | 1,2 | 1 | 1,2 |
| Intermediário | 14 | 16,4 | 10 | 11,8 | 80 | 94,1 | 78 | 91,8 |
| Inadequado | 2 | 2,4 | 2 | 2,4 | 4 | 4,7 | 6 | 7,0 |

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao conjunto dos procedimentos clínicos e obstétricos considerados como essenciais para qualidade do atendimento à gestante, observou-se que 17,7% das gestantes obtiveram o quantitativo mínimo de registro dos procedimentos recomendados, conforme estabelecido nesta pesquisa. Entretanto, concernente ao **nível 3,** no qual acrescenta-se ao nível 2 o número de vezes em que os procedimentos nas consultas foram registrados, merece atenção o elevado percentual de gestantes (83,5%) que tiveram o acompanhamento pré-natal inadequado. Não houve registro de adequação e 16,5% das gestantes tiveram o pré-natal intermediário para este nível (Tabela 18).

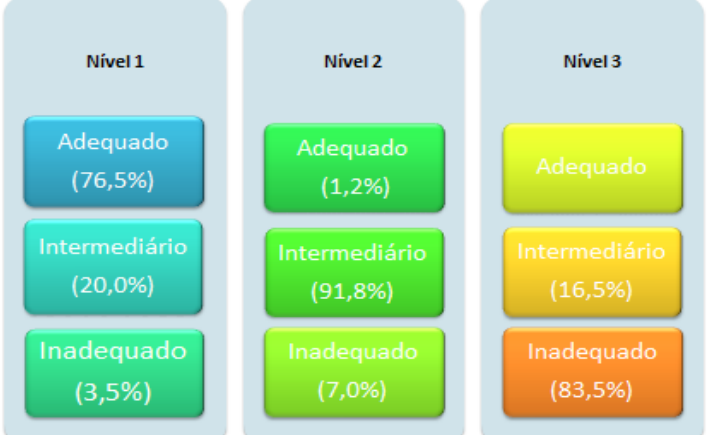
**Tabela 18** – Avaliação do nível 3. combinando-se o nível 2 e o número de vezes que os procedimentos são registrados. Juazeiro do Norte, 2013.

| Parâmetro | (a) Início | | (b)Consulta | | (c) Exames | | (d)Procedimentos | | (a+b+c+d) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Adequado | 69 | 81,2 | 73 | 85,8 | 1 | 1,2 | 15 | 17,7 | 0 | 0,0 |
| Intermediário | 14 | 16,4 | 10 | 11,8 | 80 | 94,1 | 0 | 0,0 | 14 | 16,5 |
| Inadequado | 2 | 2,4 | 2 | 2,4 | 4 | 4,7 | 70 | 82,3 | 71 | 83,5 |

Fonte: Elaborado pela autora

A figura 6 esquematiza a análise da adequação final do processo em níveis.

**Figura 6 –** Adequação do processo em níveis de complexidade




Fonte: Elaborado pela autora

### 4.4 Análise dos Indicadores de Resultados

A análise do resultado considerou as informações oriundas das equipes, não considerando a totalidade do município. Das 13 equipes, duas não informaram o número de nascidos vivos dos últimos 12 meses. O total informado de nascidos vivos foi de 445.

De acordo com a disponibilidade dos dados, foi possível demonstrar quatro indicadores de resultados: coeficiente de mortalidade materna; coeficiente de mortalidade infantil, percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita e percentual de recém-nascidos com tétano neonatal. Todos referentes a estas unidades, considerando-se que são indicadores de qualidade de assistência à mulher, durante a gestação, parto e puerpério.

Os óbitos infantis foram registrados em oito das 13 equipes investigadas. Todos neonatais. Em relação aos óbitos maternos, haviam sido confirmados 2 óbitos maternos, nas equipes em estudo. Porém, no momento da pesquisa não foi encontrada a investigação desses óbitos.

Para estabelecer os coeficientes de mortalidade considerou apenas o universo das equipes que informaram o número de nascidos vivos. Assim, o coeficiente de mortalidade neonatal foi calculado baseado no número de 13 óbitos e não de 14. A tabela 19 sintetiza os indicadores de saúde.

Não foram encontrados registro de recém-nascidos com sífilis congênita ou tétano neonatal.

**Tabela 19** – Indicadores da Atenção Pré-natal nas Equipes de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte – CE.

| **Parâmetro** | |
|---|---|
| Número absoluto de nascidos vivos das equipes* | 445 |
| Número absoluto de óbitos neonatais das equipes** | 14 |
| Número absoluto de óbitos maternos das equipes*** | 02 |
| Coeficiente de mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos | 29, 2 |
| Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos | 449,2 |

Fonte: Elaborado pela autora

*11 equipes informaram o número de nascidos vivos. **Os óbitos em menores de um ano (todos neonatais) ***13 equipes informaram o número de óbitos maternos

# 5 DISCUSSÃO

Segundo Donabedian (1980), para avaliar a qualidade da assistência em saúde são necessários considerar três componentes, estrutura, processo e resultados. Ressalta-se que a estrutura da unidade é essencial, pois não há como fornecer os cuidados, sem as condições mínimas necessárias.

A estrutura dos serviços envolve área física, disponibilidade de equipamentos e insumos, os recursos humanos e organizacionais. Percebe-se que quanto mais adequada a estrutura, maior a assistência de qualidade. Deste modo, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender necessidades das gestantes, através dos recursos mais adequados e disponíveis (BRASIL, 1998; BRASIL, 2012d).

Neste estudo, observou-se que as unidades de saúde, em sua maioria, apresentaram problemas quanto aos recursos físicos, especialmente ao acesso para pessoas com necessidades especiais e más condições da instalação física, especialmente o teto, paredes e instalações hidráulicas.

Estudo de Silveira, Santos e Costa (2001) que avalia a estrutura e o processo de atendimento pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde em Pelotas, Sul do Brasil também apontam deficiências nos recursos físicos. Contudo, estudos mais recentes evidenciam que as unidades de saúde, em sua maioria, não apresentam problemas quanto à estrutura física, a não ser em relação a local para realização de atividades educativas (NOGUEIRA, 2008; ROCHA; SILVA, 2012). Este aspecto também é válido para o cenário pesquisado, cuja ausência de local para realização de atividades educativas foi verificada em algumas unidades de saúde.

A Política Nacional de Humanização destaca os princípios gerais para o acompanhamento adequado, entre elas a garantia de privacidade, seja nas consultas ou na realização de exames. Salienta-se o compromisso com ambiência (que deve ser acolhedora e confortável, que respeitem a privacidade), melhoria das condições de trabalho e atendimento (BRASIL, 2004b).

Acesso e acolhimento também são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS; LIMA, 2003). Garantir o acesso e acolher de forma a atender às necessidades individuais e coletivas, é também humanizar o serviço.

Quando se analisam as instalações físicas das unidades de saúde, estas devem garantir o acesso a todos os usuários e incluir as pessoas com necessidades especiais. Estes

elementos podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada por meio de arquitetura que facilite a entrada, a acolhida e saída dos usuários. O acesso extrapola a dimensão geográfica, inclui também as dificuldades a enfrentar para obtenção do atendimento em filas, local e tempo de espera (RAMOS; LIMA, 2003). Neste sentido, organizar o serviço de modo a oferecer às gestantes horários em dois turnos, pode ser uma estratégia para reduzir o número de faltosas e abandono do pré-natal.

Dessa maneira, o atendimento pré-natal deve ser organizado para atender as reais necessidades de toda a população de gestantes da área de atuação, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados disponíveis (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001; BRASIL 2012d).

Ainda sobre o aspecto físico da unidade, como a presença de pia nos consultórios para higienização das mãos, dados muitos próximos a este estudo também foram encontrados no trabalho de Ximenes Neto (2008), que trata da qualidade da atenção ao pré-natal nos territórios da Estratégia Saúde da Família, do município de Sobral.

As mãos se constituem a principal via de transmissão de micro-organismos durante a assistência prestada aos pacientes por ser um potencial reservatório de micro-organismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio do contato pele com pele, ou através do contato com objetos e superfícies contaminados. Desta maneira, somente a presença de pia não garante que esta medida de controle de infecção seja realizada. Quando se analisaram os insumos, sabonete não foi encontrado em nenhuma unidade e papel toalha esteve ausente na maioria das unidades.

Por isso, além de garantir os recursos físicos, é necessário assegurar os recursos materiais. Contudo, é importante ressaltar que a existência do material não garante a qualidade do atendimento, pois não assegura o uso pelo profissional e nem que o seja de modo correto. Na pesquisa realizada por Rocha e Silva (2012), também se verificou a existência de pia dentro dos consultórios, porém não verificando seu o uso entre as consultas.

Assim, a higienização das mãos pode repercutir na saúde dos indivíduos e refletir na qualidade da atenção, pois é uma medida de proteção e redução da transmissão das infecções cruzadas e veiculadas por contato, para pacientes e profissionais de saúde. Portanto, todo profissional que atua em serviços de saúde que mantém contato direto ou indireto com pacientes, deve e tem o direito de realizá-la.

De acordo com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, preconiza-se que deva ser garantida existência de equipamentos, instrumental e insumos mínimos para realização das consultas de pré-natal (BRASIL, 2005).

Com relação aos equipamentos e outros insumos, também, foram observados deficiências em algumas unidades para realização do exame físico geral, como a medição da altura, peso e pressão e do exame de colpocitologia oncótica que necessita de equipamentos e insumos específicos. Esse ponto merece especial atenção, haja vista que em outros estudos sobre a avaliação do pré-natal, não identificam deficiências nos recursos materiais, inclusive estudos realizados em outras regiões do Estado do Ceará (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; NOGUEIRA, 2008; XIMENES NETO et al., 2008; ROCHA; SILVA, 2012).

Portanto, a ausência ou a quantidade insuficiente ou, ainda, qualidade desses insumos comprometem a assistência a ser oferecida à gestante, pois é indispensável para identificar alguns estados patológicos prévios ou alterações no estado de saúde que porventura venham ocorrer durante a gestação, como a hipertensão, a principal causa de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Outro aspecto é a garantia de realização dos exames básicos laboratoriais que diagnosticam ou previnem agravos, tais como anemia, sífilis, hepatite, infecção urinária dentre outros, permitindo a redução dos riscos maternos, perinatais e neonatais. Esses agravos podem causar complicações graves como um aumento no risco de aborto, antecipação do trabalho de parto e até septicemia.

Constatou-se neste estudo haver apoio laboratorial para realização dos exames de rotina do pré-natal, esta realidade corrobora dados dos estudos de Nogueira (2008), Silva e Rocha (2012). Porém, a demora dos resultados, bem como equívocos nos resultados, foi apontada como dificuldades por parte dos profissionais.

Contudo, para garantir uma adequada atenção ao pré-natal que favoreça a saúde materna, perinatal e infantil, esses exames devem ser realizados em tempo oportuno, o mínimo recomendado e com qualidade nos resultados, para que se alcancem os objetivos desejados. Assim, é fundamental permitir o acesso dos exames, quando pertinentes (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001).

O Ministério da Saúde destaca obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal, como a carência de infraestrutura, a retaguarda laboratorial insuficiente e a descontinuidade da oferta de medicamentos básicos (BRASIL, 2000c).

Nesta pesquisa ficou evidente a carência de alguns medicamentos nas unidades de saúde para o tratamento de pirose, náuseas e vômitos, candidíase vaginal, dor abdominal, cólicas, flatulência e cefaleia. Embora o uso de medicamentos deva ser evitado ao máximo e as queixas mais comuns na gestação sejam manifestações ocasionais e transitórias que diminui ou desaparece muitas vezes sem uso de medicamentos, em alguns casos ou situações clínicas haverá a necessidade de serem prescrito medicamentos, por elevar os riscos maternos ou perinatais. Portanto, a disponibilidade de medicamentos para o tratamento dos principais problemas de saúde da gestante e da futura puérpera, também, é um pré-requisito de qualidade do serviço prestado.

Rocha e Silva (2012) afirmam ser imprescindível que as unidades de saúde disponham medicamentos essenciais. Logo, é necessário não apenas identificar os problemas de saúde, mas tratá-los adequadamente, prevenindo complicações, reduzindo os riscos.

O MS preconiza a utilização de instrumentos de registros, como o cartão da gestante, a ficha perinatal, a ficha de cadastramento de gestante e o mapa de registro diário. Embora disponível muitos dos instrumentos, percebeu-se não utilização pelas equipes, excetuando-se a ficha perinatal e o cartão da gestante. Sobre esse aspecto, salienta-se a importância de tais instrumentos de registro permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, possibilitando a seleção de elementos necessários para avaliação das estatísticas do serviço (BRASIL, 1998, 2005).

Sobre o agendamento das consultas de pré-natal e a distribuição de fichas para ordenar o serviço, a maioria das equipes a utilizavam como estratégia de organização. Ramos e Lima (2003) afirmam haver vários pontos positivos, contudo salientam a importância da flexibilidade da rotina. Ximenes Neto (2008) certifica que tal prática organiza e humaniza a atenção, reduzindo o tempo de espera, as filas, propiciando conforto e segurança para gestante.

A educação em saúde é considerada a principal ferramenta a ser utilizada na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudanças de hábitos e transformação no modo de viver. Experiências, informações, e conhecimentos devem ser trocados entre as mulheres e os profissionais (BRASIL, 2005). Diante disso, a pesquisa mostrou que 79,2% afirmaram realizar algum tipo de atividade educativa com a gestante e ou familiares e menos de 30% dos profissionais revelaram dispor de materiais educativos e 69,2% das equipes dispunham de um ambiente específico. Também foram encontrados nos resultados da pesquisa realizada em Sobral que alguns dos centros de saúde da família não possuíam espaço

para atividades de educação em saúde. Em estudo realizado no município de Fortaleza, a sala para realização de educação em saúde foi o aspecto menos cotado (ROCHA; SILVA, 2012).

Figueiredo e Rossoni (2008) destaca a importância do trabalho educativo como garantia da integralidade. Rios e Vieira (2007, p.478) salienta que "é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação".

Assim, é importante garantir espaço para realização do trabalho educativo, bem como insumos necessários, tendo em vista as diferentes formas de abordagem nesse processo. Dentro da política de humanização, esta garante propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual etc. (BRASIL, 2004b).

O Ministério da Saúde preconiza que assistência pré-natal seja realizada por profissionais de saúde treinados e capacitados para um cuidado de qualidade e integral à saúde da mulher (BRASIL, 2005).

Considerando os recursos humanos, sua maioria era do sexo feminino e suficiente na maior parte das unidades. Havia médicos e enfermeiros conduzindo o pré-natal. Não se pôde constatar a existência de profissionais adequadamente treinados na área, contudo a maioria havia recebido capacitação, porém o tempo da última capacitação, em média, foi superior a cinco anos. Outra pesquisa que avaliou os recursos humanos concluiu serem quantitativamente suficientes (ROCHA; SILVA, 2012).

Com relação a variável tempo, a média de duração da consulta no pré-natal variou entre 15 e 30 minutos nas consultas, chegando até 60 minutos. Conforme parâmetro estipulado pela OMS, a média do tempo é de 15 minutos por cliente (RIOS; VIEIRA, 2007).

Ao avaliar o tempo gasto pelo médico no atendimento à gestante, Évora et al. (1987) verificaram que o tempo variou de 3 a 30 minutos e a grande maioria foi assistida pelo médico em um tempo mínimo de 15 minutos. Em estudo mais recente, o tempo da consulta de pré-natal ficou entre 5e 60 minutos, com a média de 26,5 minutos, corroborando dados deste (JUSTO; TOLEDO; TAVARES, 2009).

O tempo de duração da consulta é uma variável que pode influenciar na qualidade da assistência fornecida, pois as ações de saúde (que demandam tempo), dispensadas neste momento do pré-natal, pode se configurar em uma oportunidade única de cuidar dessa mulher. Ou seja, um atendimento muito rápido impede uma escuta qualificada dessas mulheres e a identificação dos sinais de alerta, configurando-se num obstáculo para o alcance da qualidade do pré-natal. Portanto, as consultas de pré-natal necessitam de um tempo maior

que a média estabelecida pela OMS. Este aspecto também pode refletir na organização da demanda e no agendamento das consultas, devido ao menor número de usuárias a serem atendidas por turno.

Quanto às características das gestantes, o estudo considerou o nível de escolaridade e a idade da gestante. Do total de gestantes investigadas, 18,8% tinham menos de 20 anos. A média da idade das gestantes foi de 26,25, com desvio-padrão de 6,15 e mediana de 26,5. O coeficiente de variação foi de 23,43%.

Contudo, consultando as informações disponíveis no DATASUS, em 2013, o percentual de gestantes do município, menores de 20 anos, foi de 21,8%. No Ceará, esse percentual foi de 21,4% e, no Brasil, 20,1%.

Ao revisar outros estudos, o percentual da população de adolescentes encontrada foi superior ao deste estudo (COSTA et al., 2009; JUSTO; TOLEDO;TAVARES, 2009). Por outro lado, no estudo realizado por Ricarte (2011), esse percentual ficou muito próximo ao encontrado.

Rios e Vieira (2007, p. 483) afirmam que

> as mães mais jovens têm um risco perinatal mais elevado, menor experiência e a gravidez poderá representar uma grande pressão psicológica, principalmente entre as primigestas, o que exige uma assistência voltada não somente para o aspecto físico, mas também, para o emocional e para a educação em saúde.

Coimbra (2003) mostrou haver associação entre baixo nível de escolaridade materna e não aderência ao programa. Contudo, a idade materna inferior a 20 anos surte efeito contrário. Ricarte (2011) destaca que a gravidez na adolescência quase sempre ocorre sem planejamento, e está mais associada ao ingresso tardio ao pré-natal e um menor número de consultas, constituindo fator de risco. Esse aspecto é também confirmado pelo estudo em questão, quando se observou que mais de 1/3 das adolescentes grávidas ingressaram tardiamente no pré-natal, porém não sendo válida assertiva para o número de consultas.

Quando se analisou a variável escolaridade, do total de gestantes que não realizaram o mínimo de seis consultas, uma (8,3%) tinha menos de oito anos de estudo, contrapondo-se ao estudo de Coimbra (2003). Deste modo, infere-se que apenas uma variável não é determinante para a inadequação do pré-natal, mas a combinação de fatores.

Os resultados indicaram que o registro no prontuário ou ficha perinatal do endereço da gestante, idade gestacional, pressão arterial e do peso, bem como a data da última menstruação, e data provável do parto estão estabelecidos como rotinas do pré-natal. Também

indicou sub-registro de: estatura, peso pré-gestacional, edema, resultados de exames, situação vacinal contra o tétano, apresentação fetal, exame de das mamas e Papanicolau.

Em estudo realizado por Silveira, Santos e Costa (2001), também, identificou-se baixa frequência de registros, dos procedimentos considerados importantes no pré-natal, em parte em função dos sub-registros das informações e, em parte, pela não realização em todos os momentos. Ribeiro Filho (2004) complementa quando afirma que a ausência de dados nos prontuários dificulta o acompanhamento e a tomada de decisões sobre ações e procedimentos preventivos e terapêuticos.

No tocante ao número de consultas no pré-natal, o MS recomenda que as gestantes tenham pelo menos seis consultas realizadas. Quanto à garantia do acompanhamento da gestante durante a gravidez, a fim de estabelecer um processo de vigilância do estado de saúde da mulher e concepto na amostra (n=85), verificou-se que 85,9% de gestantes realizaram o mínimo recomendado de consultas.

A realização do indicador de processo de seis ou mais consultas, constata-se em outros estudos percentuais abaixo ao nosso (PARADA, 2008; RICARTE, 2011; SERRUYA et al., 2004). A exceção foi encontrada por Trevisan et al. (2002), demonstrando que 90,3% das gestantes realizaram seis consultas ou mais.

Comparando aos dados encontrados na pesquisa de Moura, Holanda Júnior e Rodrigues (2003), entre as gestantes que realizaram pré-natal, 50% tinham o número mínimo adequado e esperado de consultas. No estudo de Ricarte (2011), 71% das gestantes conseguiram realizar o número mínimo de consultas, o que revela o aumento do acesso e da cobertura do pré-natal ao longo dos anos.

Rocha e Silva (2012) salientam que o número excessivo de consultas pré-natal não garante uma assistência adequada, mas a qualidade das consultas realizadas com escuta qualificada, esclarecendo dúvidas, orientando as condutas adotadas, desenvolvendo ações educativas e fornecendo informações sobre a gravidez e cuidados com o recém-nascido, bem como a execução procedimentos essenciais, como exames laboratoriais básicos, imunização e consulta de puerpério.

Para o MS, qualificar e humanizar a atenção pré-natal e puerperal é necessária, entre outros, a realização de pelo menos seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2005).

Quanto ao percentual de captação precoce da gestante (considerado, anterior a 14 semanas), observou-se que o resultado do cenário pesquisado revela percentual maior do que em outros estudos (MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003; ROCHA; SILVA,

2012; COUTINHO, 2003; RICARTE, 2011). Isto reflete um indicador de qualidade da assistência pré-natal.

Nagahama e Santiago (2006) consideram que quanto mais precoce, mais adequado o cuidado pré-natal. O início precoce propicia maiores possibilidades de receber uma assistência de qualidade, à medida que aumenta as oportunidades de ações de promoção e educação, diagnóstico, prevenção, tratamento de agravos à saúde (RICARTE, 2011; RIBEIRO FILHO, 2004).

No estudo de Coutinho et al. (2003), que utilizou o início do pré-natal somado ao número de consultas, permite-se constatar os baixos níveis de adequação, em torno de 27%, enquanto, no estudo de Ricarte (2011), a adequação é em torno de dois terços. No presente estudo, utilizando o mesmo parâmetro, revelou-se percentual de adequação de 76,5%, (nível 1).

A variação de exames laboratoriais encontrada nos registros avaliados revela a discordância com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em relação aos exames considerados como critério indispensável para o acompanhamento pré-natal, uma vez que estes exames são preponderantes na detecção de problemas que porventura possam existir ou ocorrer durante a gestação, como anemia, diabetes, infecções urinárias, sífilis etc.

Os exames como hemograma, VDRL, sumário de urina, glicemia de jejum, anti-HIV, HbsAg devem ser repetidos por volta da 30ª semana de gestação (BRASIL, 2012d). No entanto, foi encontrada frequência menor na segunda amostra, embora fossem disponibilizados para grávida em pré-natal, gratuitamente. Assim, a realização do conjunto de exames obteve baixíssima adequação.

A avaliação do PHPN também aponta fragilidades, como baixo percentual de gestantes que realizavam a segunda bateria de exames complementares (BRASIL, 2008). O estudo de Serruya et al. (2004), avaliando as gestantes inscritas no Programa de Humanização do Pré-natal de do Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde, evidenciou que o percentual de mulheres que realizaram seis consultas de pré-natal é em torno de 20%, em 2001 e 2002, e a combinação desse critério com os exames obrigatórios reduz esse percentual para 11,35%, em 2002.

Nesta pesquisa, o registro de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos considerando o número recomendado, foi irrisório (1,2%). Situação similar também descrita no estudo de Rocha e Silva (2012). Uma hipótese para explicar esse achado seria a distância dos serviços, tendo em vista que a coleta não era realizada na unidade e as gestantes tinham que se deslocar tanto para realizar a coleta quanto

para buscar os resultados. Outra hipótese seria e o desconhecimento da gestante e ou profissionais da necessidade de repetir os exames, ou simplesmente o não registro, e ainda a demora na entrega dos resultados, ou seja, um percentual de gestantes chega ao final da gestação sem ter acesso aos resultados.

Outros estudos também verificaram a redução do percentual de adequação, quando combinaram o número de consultas, o início do pré-natal e os exames obrigatórios (COUTINHO et al., 2003; RICARTE, 2011; ROCHA; SILVA, 2012; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). Este ponto merece atenção, tendo em vista que ao combinar o nível 1 com número mínimo dos exames obrigatórios, encontrou-se baixíssima frequência de adequação, ratificando a assertiva do Ministério da Saúde quando afirma ainda ser um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2012d). Evidencia-se a necessidade de medidas imediatas que corrijam tais fragilidades. Para o estudo em questão, avaliação do nível 2 foram adaptadas, considerando as recomendações do caderno de pré-natal de baixo risco.

Para Nogueira (2008, p.65), à medida que se acrescentam outros indicadores, piora o desempenho. Acrescenta que a falta de registros pode ser fator crucial desta situação.

A investigação no que tange à vacinação antitetânica, a porcentagem de mulheres que receberam a dose imunizante ou a dose de reforço recomendada foi de 72,9%. No estudo anterior realizado no mesmo munícipio, o percentual encontrado foi de 70% (OLIVEIRA, 2009), não havendo mudanças significativas. Na avaliação de Serruya et al. (2004), essa percentagem ficou abaixo da pesquisa em questão, em torno de 40%, em 2002, porém observou-se aumento de 100% se considerado o ano anterior, que ficou em torno de 20%, o que demonstra crescimento considerável em relação à prevenção do tétano neonatal. Este indicador também se manteve superior quando comparado com outros estudos (ROCHA; SILVA, 2012; RICARTE, 2011, COUTINHO, 2003; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Serruya et al. (2004, p. 1284) relatam que "à medida que se adicionam os critérios assistenciais, os percentuais diminuem, indicando que é a realização do conjunto das atividades o maior desafio na atenção pré-natal".

Acerca dos procedimentos não dependentes de algum período específico da gravidez para sua realização, como pressão arterial, peso materno e idade gestacional, foi verificada em sua maioria (89,4%). A altura uterina estava presente em 78,8% dos registros dos prontuários. A frequência de registro esperado era de cinco ou mais vezes.

De acordo com a Pesquisa Materno-Infantil do Ceará - Pesmic IV (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2003), o percentual de gestantes que tiveram peso e

pressão arterial registrados em todas as consultas de pré-natal foi de 69 e 74%, respectivamente, constatando que os procedimentos básicos ainda não são realizados em todas as consultas, sendo esta assertiva válida também para o cenário pesquisado.

A pesquisa de edema e o exame das mamas configuram em prática pouco realizada, embora não necessite de recursos materiais para sua realização. Investigando o cuidado a gestante, Costa et al. (2009) verificaram que nenhuma gestante relatou ter sido examinada quanto à presença de edema, e menos de 1/3 teve as mamas examinadas, constatando que o exame da mama e a verificação de edema ainda não é rotina no pré-natal.

A ausência total de pesquisa de edema em 52,9% dos prontuários constitui observação relevante, especialmente quando se analisou que 100% dos profissionais afirmou realizar. Além disso, o edema apresenta-se como indicador sugestivo de hipertensão, principal causa de morbidade e mortalidade na gestação (BRASIL, 2005). Ribeiro Filho (2004) também verificou a ausência de registro de edema em 76% dos prontuários.

Quanto ao exame ginecológico, Ricarte (2011) verifica que é pouco realizado pelas gestantes, ponto comum também verificado nessa pesquisa. Algumas questões podem estar relacionadas à baixa adesão ao exame. Uma delas, como constatado nesse estudo, a falta de material e insumos necessários para a coleta, ou a demora na entrega dos resultados. Ou ainda falha no registro dessa informação no prontuário ou ficha perinatal por parte dos profissionais, ou possivelmente o medo deste exame possa provocar algum malefício ao bebê, por parte de algumas gestantes, merecendo uma investigação mais acurada sobre o assunto.

Entretanto, a preocupação maior em relação às gestantes é o fato de que as mesmas, em não tratando as infecções ginecológicas, podem desenvolver complicações na gravidez e no momento do parto. Muitas das doenças sexualmente transmissíveis são diagnosticadas por ocasião da gravidez, no pré-natal (YASSOYAMA; SALOMÃO; VICENTINI, 2005).

De acordo com os resultados da pesquisa realizada por Coutinho (2003) e Ricarte (2011) a adequação no nível 3 alcançou baixos percentuais. A análise do nível 3 combina o nível 2 com os procedimentos clínico e obstétricos. Nesta pesquisa, evidenciou-se elevada inadequação, sem registro de adequação.

Ricarte (2011) sublinha que é justamente quando as ações dependem mais do fator humano (exames, profilaxia etc.) que os índices de adequação reduzem. Para autora, urge a necessidade de treinamento e supervisão da ação profissional para um pré-natal de qualidade.

No puerpério podem manifestar problemas de saúde ainda relacionados à gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres. A consulta puerperal deve ser realizada até o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2012d).

De acordo com esta pesquisa, o percentual de gestantes que conseguiu realizar seis ou mais consultas de pré-natal e consulta puerperal (56,5%) foi equiparável ao estudo de Parada (2008) que revela total de 58,7%. No Brasil, dados já apontam escassa realização da consulta de puerpério (BRASIL, 2008). Uma possível causa é a incompreensão dos profissionais da importância de oportunizar a vinda da mulher à unidade de saúde por outros motivos e independentemente do cronograma ou agendamento realizar a consulta. A outra seria o não registro da consulta. Ambas as situações não garantem uma boa qualidade do atendimento.

A ausência dessa informação verificada nos prontuários destaca a importância de organizar o serviço para garantir a consulta puerperal independente do cronograma e dos profissionais reconhecê-la como atividade de rotina necessária e normativa. Embora o estudo não se ativesse a investigar a qualidade desse registro, a observação dos prontuários revelaram a escassez de padronização nas consultas e poucas informações sobre o estado de saúde da mulher e filho, bem como das orientações fornecidas.

A realização de no mínimo seis consultas pré-natal, de todos os exames laboratoriais, da vacinação antitetânica e consulta puerperal, não foi observado. No estudo realizado em Fortaleza, esse indicador correspondeu a somente 0,85% do total de gestantes (ROCHA; SILVA, 2012). Assim, ainda permanece como desafio garantir uma assistência de pré-natal integral e de qualidade, constatando que à medida que o conjunto de ações é acrescentado, os percentuais de adequação reduzem.

Essa situação converge com o PHPN que instituiu critérios para qualificar a assistência pré-natal e um sistema de informações (SISPRENATAL) para acompanhar indicadores de qualidade definidos pelo programa e monitorar o seu cumprimento. Esse sistema possibilitou uma avaliação nos dois anos iniciais (2001 e 2002) e apontou que a maioria das gestantes cadastradas recebeu assistência desarticulada e parcial, em que 25% apenas conseguiram o mínimo de seis consultas, ressaltando, ainda, as dificuldades em realizar a consulta puerperal e exames laboratoriais (SERRUYA et al., 2004).

Para o Ministério da Saúde, apenas uma pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo de procedimentos preconizados pelo programa (BRASIL, 2006). É evidente a necessidade de uma discussão abrangente no intuito de melhorar a qualidade da atenção

oferecida e, assim, concorda-se com Silveira, Santos e Costa (2001, p. 138), quando afirma que:

> É necessário, ampliar a cobertura do programa, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantir a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal, o tratamento das intercorrências comuns da gravidez e organizar o sistema de atendimento.

Para Serruya et al. (2004, p. 1288), os baixos percentuais das atividades assistenciais no pré-natal registrados confirmam "a necessidade de permanentes avaliações com o objetivo de melhorar a qualidade dessa atenção, garantindo, além de melhores resultados maternos e perinatais, o direito inalienável de cada mulher de gestar e parir com segurança e bem-estar".

A avaliação da assistência pré-natal por meio de indicadores objetiva identificar os problemas de saúde, verificar o desempenho do serviço e melhorar a atenção prestada (BRASIL, 1998). Os indicadores referem-se à expressão numérica que permite mensurar os resultados de uma determinada ação. Esses indicadores do pré-natal também permitem o repasse de incentivos financeiros, pela alimentação do SISPRENATAL (BRASIL, 2012).

Dada à complexidade que envolve o campo da saúde, avaliar a realidade apresentada pelo serviço torna-se difícil. Para análise dos resultados, alguns indicadores foram selecionados, considerando a disponibilidade de dados obtidos no estudo e não ponderando o universo de gestantes do município.

Não houve registro de tétano neonatal neste estudo. A mesma situação foi encontrada no estudo realizado em Sobral (XIMENES NETO et al., 2008). Todavia, um percentual considerável de gestantes não possuía o registro da dose imunizante da vacina contra o tétano em seus prontuários ou fichas perinatais. Analisando os cartões das gestantes, em pesquisa, Santos Neto et al. (2012) verificou que o percentual de ausência da vacinação antitetânica foi superior aos 50%.

Esses dados podem refletir tanto a subnotificação, pois depende do sistema de vigilância epidemiológica para que os casos sejam detectados e notificados, como o sub-registro da vacinação. Contudo, a falha no registro reflete a baixa qualidade do serviço, ou seja, a qualidade da assistência tem relação direta com a da informação (SOCHI, 1994; SANTOS NETO, 2012).

Não foram também registrados casos de sífilis congênita por parte das equipes. Este contraponto é bastante instigante quando se analisam dados da literatura, nos quais prevalecem altos os níveis de ocorrência de sífilis congênita e falhas no diagnóstico e

tratamento apontadas (ROCHA; SILVA, 2012). Desse modo, merece reflexão sobre este aspecto no presente estudo.

Embora o pré-natal não previna as complicações do parto, mas as ações do pré-natal favorecem o prognóstico materno (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006). A morte materna é um evento adverso que indica o nível de qualidade dos serviços (MEDRONHO, 2006). No que tange a esta investigação, considerando o número de nascidos vivos das equipes em estudo e apenas os óbitos maternos das equipes que continham essas informações, a razão de mortalidade materna foi de 449,4/100.000 nascidos vivos.

Apesar desse resultado não refletir a realidade do município, indica a iniquidades entre os diferentes estratos. Os óbitos maternos das equipes em estudo corresponderam ao total de óbitos maternos ocorridos no município. Comparando esses óbitos maternos com o número de nascidos vivos do município, do período mesmo período, o coeficiente de mortalidade materna representou aproximadamente 81/100.000.

Este dado é alarmante quando se comparam os parâmetros estabelecidos pela OMS: baixa, até 20/100.000 nascidos vivos; média, de 20 a 49/100.000 nascidos vivos; alta, de 50 a 149/100.000 nascidos vivos; muito alta, quando maior que 150/100.000 nascidos vivos. Diante deste cenário, fica evidente a necessidade urgente de melhorar a assistência pré-natal, especialmente quando 98% das mortes maternas são evitáveis (XIMENES NETO et al., 2008).

O Coeficiente de Mortalidade Infantil é um dos mais sensíveis indicadores de saúde, pois a morte de crianças menores de um ano é diretamente influenciada por condições de pré-natal, gravidez e história materna, condições e tipo de parto, etc.

A cobertura e a qualidade da assistência pré-natal e perinatal são fatores importantes na determinação da mortalidade infantil neonatal (MEDRONHO et al., 2006). Algumas ações foram instituídas pela Rede cegonha, chamada a “Primeira Semana de Saúde Integral” com atividades as puérperas e recém-nascidos, com intuito de reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2012d).

Os óbitos infantis, mesmo em número pequeno em termos absolutos, foram óbitos neonatais, considerando somente as equipem em estudo. No entanto, não se pôde constatar se precoces, por não dispor esses dados na unidade de saúde.

Esses óbitos representaram um coeficiente de mortalidade neonatal elevado (29,2/1000), superando o estudo realizado em Fortaleza/CE de 11,2 por 1.000 nascidos vivos (ROCHA; SILVA, 2012). Esses autores acrescentam que tão importante quanto investir a na tecnologia de ponta é subsidiar uma atenção de nível primário adequado. Segundo a

Secretaria Estadual de Saúde (2014a), o risco de morte neonatal representa a maior parte dos óbitos menores de 1 ano em 2013, no Ceará;

Coeficientes de morbidade e mortalidade materna e infantil podem estar refletindo problemas na notificação dos dados e/ou na qualidade de assistência à saúde no município. Portanto, o primeiro passo, a ser dado em busca de uma assistência pré-natal de qualidade perpassa pela cobertura e pelo acesso ao pré-natal, conhecer o perfil da mortalidade materna e infantil, qualificar a atenção prestada à mulher, reduzir os riscos por meio de políticas, recursos e ações de saúde adequadas, e avaliações permanentes, de modo a favorecer o cumprimento de suas funções que é reduzir a morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal.

Por fim, conclui-se que avaliação é peça fundamental do planejamento e na organização de ações de saúde, permite a compreensão da realidade, e a partir da constatação das dificuldades, é urgente a união de esforços com o propósito de modificá-la.

# 6 CONCLUSÕES

Este estudo forneceu panorama da situação da atenção pré-natal em unidades de saúde da família do município, delimitando os aspectos mais fragilizados que carecem maiores investimentos. Estas informações possibilitam maior compreensão sobre a realidade, subsidiando reflexões e discussões entre profissionais e gestores, com intuito de melhoraria da qualidade da assistência oferecida às gestantes. Contudo, dada à complexidade que envolve avaliar a realidade apresentada pelo serviço, salienta-se a limitação dos dados apresentados por não ter contemplado todas as equipes.

A tríade estabelecida por Donabedian mostrou ser um modelo para apreciação avaliativa, ao mesmo tempo, sugere alternativas para se alcançar um cuidado mais humanizado e de qualidade. Esta avaliação indicou ainda algumas lacunas e deficiências do serviço do pré-natal que têm sido ponto crucial para o alcance da qualidade.

A avaliação da conformidade da estrutura apontou que as unidades estudadas apresentaram deficiências quanto aos recursos físicos, materiais e organizacionais, enquanto os recursos humanos revelaram ser adequados. No entanto, mostra-se oportuno destacar que não se pôde constatar, a existência de profissionais adequadamente treinados. Também não foi contemplado o sistema de referência e apoio para as equipes.

Observou-se que o registro no prontuário ou ficha perinatal do endereço da gestante, idade gestacional, pressão arterial e do peso, bem como a data da última menstruação e data provável do parto estão estabelecidos como rotinas do pré-natal. Entretanto, o preenchimento dos campos referentes à estatura, peso pré-gestacional, edema, situação vacinal, procedimentos clínico-obstétricos, resultados de exames e da consulta de puerpério, exame das mamas e Papanicolau apontam para a baixa valorização desses aspectos nas consultas.

O baixo registro de informações importantes reitera a importância da utilização dos instrumentos de registro, tanto como instrumento de assistência como ferramenta de avaliação, pois comprometem a qualidade da atenção oferecida como também o processo avaliativo. Estes resultados reforçam a necessidade de treinamento e supervisão das equipes de saúde da família para valorização e adequada realização e registro dos procedimentos.

Ainda que os resultados revelem que a maioria das gestantes tenha sido captada precocemente, com o número de consultas conforme preconizado, constatou-se, baixa

adequação da assistência à gestante, pois uma grande parcela das mulheres apresentaram inadequação nos cuidados especialmente nos níveis 2 e 3.

Os coeficientes de mortalidade não foram positivos com relação ao preconizado pela OMS ou MS. Destaca-se, apenas a ausência de casos de tétano neonatal e sífilis congênita.

A avaliação neste estudo possibilitou a análise da estrutura e do acompanhamento do pré-natal e o resultado do cuidado às gestantes. Diante disto, a inadequação do pré-natal esteve associada tanto a problemas na estrutura como à ação profissional, evidenciando indicadores preocupantes. Apesar das limitações inerentes à avaliação, esta pesquisa revelou ser de aplicabilidade prática e recomendada para o aperfeiçoamento do serviço oferecido, visando assegurar a obtenção de indicadores positivos, e que estes possam ser mantidos, contribuindo para o fortalecimento das ações da Estratégia Saúde da Família, bem como para a melhoria da saúde materno-infantil.

# 7 RECOMENDAÇÕES

Diante dos objetivos propostos e dos resultados obtidos foram delineadas as seguintes recomendações:

- Elaboração de um instrumento padrão de avaliação que possibilite o monitoramento da atenção prestada pelas equipes de saúde da família;
- Garantir a educação permanente dos profissionais de saúde, bem como a criação de um núcleo de educação permanente na secretaria de saúde para avaliar as demandas desses profissionais;
- Avaliar periodicamente o impacto da atenção pré-natal na saúde materno-infantil;
- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a necessidade de realização e registro dos procedimentos realizados durante o pré-natal e puerpério.
- Garantir os recursos necessários para uma atenção qualificada, quais sejam: físicos, materiais, humanos e organizacionais;
- Sensibilizar gestores e profissionais de saúde a implementarem ações corretivas.
- Melhorar o fluxo informações e comunicação entre as equipes de saúde e outros setores (pré-natal de alto risco, maternidade, serviço de referência e apoio, comitês de investigação de óbitos, vigilância à saúde e etc.).

# REFERÊNCIAS


ALEXANDER, G. R.; KOTELCHUCK, M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. **Public Health Rep.**, v. 115, n. 5, p. 408-419, 1996.

ANDRADE, L.O.M. et al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUCAN, B. B. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-99.

ARAÚJO, S.M. et al. A Importância do Pré-Natal e a Assistência de Enfermagem. **Rev Eletrônica de Ciências,** v. 3, n. 2, 2010. Disponível em: <http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/view/124/147>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública,** v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde n°. 8080/90**. 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em: 22 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde**. Lei Orgânica da Saúden° 8142/90**. 1990b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Assistência pré-natal**: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Assistência pré-natal**: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher**. Urgências e Emergências Maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto:** Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério**: Atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família e a Atenção Pré-natal e Puerperal. **Informe da atenção Básica**, v. 7, n. 36, jul/ago. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família n°3.** Caderno de Auto-Avaliação, n 3. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b.

_____. **Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo – anexo. Ficha de Qualificação dos indicadores. Versão julho/2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

_____. Sistema de Informação sobre Mortalidade [internet]. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw. Acesso em 29 ago 2014.

BRITO, A.O. et al. Diagnóstico Situacional da Assistência Pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. **Rev Bras Med Fam e Com.,** v.4, n.14, p. 109-118, 2008.

CALDERON, I.M.P.; CECATTI, J.G.; VEGA, C.E.P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev Bras Ginecol Obstet**., v.28, n.5 p. 310-315, 2006.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

COIMBRA, L.C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública,** v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

COSTA, G. D et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1347-1357, 2009.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev Bras Ginecol Obstet**., v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. 2010. **Rev Bras Ginecol Obstet**., v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

DATASUS. **Número de gestantes menores de 20 anos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSCE.def>. Acesso em: 22 dez. 2012.

DONABEDIAN, A. Basic approaches do assessment: structure, process, outcome. In: _____. **Exploration in quality assessment and monitoring.** Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

ÉVORA, Y.D.M. et al. Educação em saúde na assistência pré-natal. **HOSPITAL - Administração e saúde**, v.12, n.48, p.136-144, 1987.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Assistência Pré-Natal:** Manual de Orientação. [S.l.]: FEBRASGO, 2001.

FIGUEIREDO, P.P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica: à saúde sob à ótica das gestantes. **Rev Gaúcha Enferm.,** v. 29, n. 2, p. 238-245, 2008.

GAIO, D.S.M. Assistência pré-natal e puerpério. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. (Orgs.). **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 357-67.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm.,** v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem populacional**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em: 10 nov. 2012.

JUSTO, M.T.; TOLEDO, F.D.R.; TAVARES, B.B. Assistência pré-natal: cuidados executados e opinião da usuária do SUS. **Ci Méd Biol**., v.8, n.3, p.262-269, 2009.

JUAZEIRO DO NORTE tem 3º maior PIB do Estado. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 11 dez 2010. Disponível em: **<**http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/negocios/juazeiro-do-norte-tem-3-maior-pib-do-estado-1.724812>. Acesso em 22 ago 2014.

JUAZEIRO DO NORTE (Ceará). Sistema de Informação da Atenção Básica**. Relatório Anual de Gestão 2010.** Juazeiro do Norte-CE, 2011a.

_____. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Série histórica de 2011.** Juazeiro do Norte-CE, 2011b.

_____. Departamento de Vigilância à Saúde do município. Sistema de Informação da Atenção Básica**. Sistema de Informação sobre mortalidade.** Juazeiro do Norte-CE, 2012.

KOFFMAN, M.D.; BONNADIO, I.C. Avaliação da Atenção Pré-Natal em uma Instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 5, supl 1, p. 523-532, 2005.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2006.

MELO, E.M.Q.B. **Avaliação da implantação do ambulatório de pré-natal de alto risco de um hospital-escola de Pernambuco, Brasil**. 2009. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Recife, 2009.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAGAWA, A. T. et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Rev Esc Enferm USP,** v. 40, n. 4, p. 548-554, 2006.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 3, p. 385-390, 2010.

MORAES, M. S. et al. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Rev Bras Matern Infantil**., v. 4, n. 4. p. 375-384, 2004.

MOURA, E.R. F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública,** v. 19, n. 6, p. 1791-1799, 2003.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 173-179, 2006.

NASCIMENTO, E.R.; PAIVA, M.S.; RODRIGUES, Q.P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant.,** v. 7, n.2, p. 191-197, 2007.

NIQUINI, R.P. et al. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**., v. 10, supl. 1, p.61-68, 2010 .

NOGUEIRA, L.M.T. **Avaliação da Assistência Pré-Natal na XIXª R.A. do Município do Rio de Janeiro.** 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - FIOCRUZ/ENSP, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, C.R.T. **Avaliação da Qualidade da Assistência pré-natal na Atenção Básica no Município de Juazeiro do Norte– CE**. 2009. 54 f. Monografia (Especialização) – Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato, 2009.

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

PASSOS, A.A.; MOURA, E.R.F. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1572-1580, 2008.

PICCINI, R. X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant.,** v. 7, n. 1, p. 75-82, 2007.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003 .

RIBEIRO, M. T. A. M. **Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em Capital do Nordeste.** 2009. 208 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2009.

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

RICARTE, F. M.C. **Avaliação da qualidade da atenção oferecida às gestantes no município de Fortaleza(CE)**. 2011. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

RIOS, C.T. F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 12, n.2, p. 477-486, 2007.

ROCHA, R. S.; SILVA, M.G. C. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza/CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 25, n. 3, p. 344-355, 2012.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde:** bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SANTOS NETO, E.T. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito santo, Brasil.** 2012. 155 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS NETO, E.T. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 256-266, fev, 2012.

SCOCHI, M. J. Indicadores da Qualidade dos Registros e da Assistência Ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: Um Exercício de Avaliação. **Cad Saúde Pública**, v. 10, n. 3, p. 356-367, 1994.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Quarta pesquisa de saúde materno-infantil no Ceará (Pesmic IV**): Resultados comparativos período 1987-2001. Fortaleza: SESA, 2003.

_____. (SESA). **Informe Epidemiológico:** Mortalidade Materna: Vigilância dos óbitos maternos e implementação dos comitês de prevenção ao óbito materno, infantil e fetal. 2014a. p. 1-33.

_____. (SESA). **Informe Epidemiológico**: Mortalidade Infantil. 2014b. p. 1-11.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (SES). Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP:** manual técnico do pré-natal e puerpério. Organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras. São Paulo: SES/SP, 2010. 234 p.

SENNA, M. C. M. Equidade e Política de Saúde: Algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 18, supl 1, p. 203-211, 2002.

SERRUYA, S.J. et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Públ**., v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p.131-139, 2001.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1160-1168, 2004 .

SOUSA, M.F. **Agentes comunitários de Saúde:** choque de povo. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

SOUSA, M.F. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M.; (Orgs.). **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 40-76.

SOUZA, R. R. O Sistema Público Brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS. 11 a 14 de agosto de 2002. São Paulo. **Conferência...** São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%FAblico%20de%20Sa%FAde%20Brasileiro(CEST).pdf> Acesso em: 16 out. 2012.

STARFIELD, B. Atenção Primária e Saúde. In: UNESCO. Ministério da Saúde. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Cap.1, p. 19-98.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J.Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

SWORD, W. et al. Women's and care provider's perspective of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. **BMC Pregnacy& Childbirth**, v. 12, p. 29, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-12-29.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

TREVISAN, M.R et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet**., v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIDAL, K.T.G. et al. **O Programa Saúde da Família na Compreensão dos Agentes Comunitários de Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.eventos.uepg.br/seminariointernacional/agenda21parana/trabalho_cientifico/TrabalhoCientifico027.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

VIDAL, S.A. et al. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 467-474, 2011.

XIMENES NETO, F.R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev Bras Enferm**., v. 61, n. 5, p. 595-602, 2008.

YASSOYAMA, M. C. B. M.; SALOMÃO, M. L. M.; VICENTINI, M. E. Características das mulheres que realizam exame preventivo do colo do útero durante a gestação: bases para estratégias do Programa de Saúde da Família (PSF). **Arc Cienc Saúde**, v.12, n. 4, p. 172-176, 2005.

## APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA ESTRUTURA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° do Formulário | | | | | | | | |
| N° da Equipe de Saúde | | | | | | | | |
| Data | | | | | 2 | 0 | 1 | 3 |

### I- RECURSOS FÍSICOS

**1.** Considerando a instalação física, a USF possui área física em condições adequadas para o atendimento às gestantes e familiares?

1( ) iluminação 2( ) ventilação 3( ) pisos 4( ) paredes
5( ) teto 6( ) instalações hidráulicas 7( ) instalações elétricas 8( ) portas
9 ( ) janelas 10( ) sanitários 11( ) pia de higienização das mãos

**2.** A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada, que garanta que à maioria dos presentes na recepção permaneçam sentados durante a primeira hora após a abertura da unidade?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**3.** A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente? O espaço pode ser de uso múltiplo e alternado, porém exclusivo para tais atividades básicas de saúde.

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**4.** A USF está adequada para atender às pessoas com necessidades especiais?

1 ( ) Rampa 2 ( ) Corrimão 3 ( ) Largura das portas
4 ( ) Banheiros 5 ( ) Cadeira de rodas

**5.** A USF possui recepção na entrada para prestar informações?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**6.** O número de consultórios na USF e os materiais existentes permitem o atendimento de médicos e enfermeiros concomitante?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**7.** Os consultórios garantem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos, garantindo-se a ética, a privacidade e o sigilo?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**8.** O consultório onde são realizados os exames ginecológicos possui no mínimo, biombo assegurando a privacidade da paciente?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**9.** A USF possui sala para dispensação de medicamentos?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**II – RECURSOS MATERIAIS**

**10**. A USF dispõe de mobiliário, equipamentos e instrumentais mínimos para o atendimento às gestantes?

1 ( ) Mesa e cadeiras 2( ) Mesa de exame ginecológico 3 ( ) Foco de luz
4( ) Escada de dois degraus 5 ( ) Estetoscópio Clínico 6( )*Sonnar*
7 ( ) Estetoscópio de *Pinard* 8( ) Fita métrica inelástica
9( ) Disco p/ IMC 10( ) Balança de adultos c/ estadiômetro
11( ) Esfigmomanômetro 12( ) Espéculos de vários tamanhos
13( ) Pinças de Cheron 14( ) Gestograma ou disco obstétrico

**11**. A USF possui insumos em quantidades suficientes para assistência pré-natal sem causar interrupções ou prejuízos?

1( ) Luvas p/ procedimentos 2( ) Algodão 3( ) Gazes 4( )Termômetro
5( ) Lugol6( ) Ácido Acético 7( ) Fixador 8( ) Abaixador de língua
9( ) Máscara 10( ) Lençóis 11( ) Álcool a 70% 12( ) Lâmina de bisturi
13( ) Porta lâmina 14( ) Saco de lixo 15( ) Esparadrapo 16( ) Batas ou camisolas 17( ) sabonete líquido 18( ) papel toalha

**12.** A USF possui equipamentos eletrônicos?

1( ) TV 2( ) Aparelho de som 3( ) Vídeocassete 4( ) DVD

**13.** A USF possui linha telefônica funcionando?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**14.** A USF dispõe de material impresso para o desenvolvimento regular das ações de saúde?
1( ) Ficha de cadastro da gestante 2( ) Receituário 3( ) Ficha perinatal ou prontuário 4( ) Cartão da gestante 5( ) Mapa diário 6( ) Livro de gestante 7( ) ficha B-Ges 8( ) Ficha do SISVAN 9( ) N° de sisprenatal

**15.** A USF dispõe dos seguintes medicamentos?
1( ) Ácido fólico 2( ) Amoxicilina 500 mg 3( ) Azitromicina 500mg 4( ) Cefalexina 500mg 5( ) Dimeticona/ simeticona 6( ) Dipirona 7( ) Fenoterol8( ) Metildopa 250mg 9( ) Hidróxido de alumínio e magnésio 10 ( ) Paracetamol11( ) Metoclopramidagts 2( ) Metronidazol creme vaginal 13( ) Miconazol creme 2% 14( ) Vitamina A 15 ( )Sulfato ferroso
16( ) Hioscina/ butilescopolamina17( ) Nitrofurantoína 100mg/macrodantina

**16.** A USF dispõe de equipamento de informática?
1 ( ) Sim 2 ( ) Não
**17.** A USF dispõe de sistema de registro de dados e agendamento?
1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**III- RECURSOS ORGANIZACIONAIS**

**18.** Há sistema de distribuição de ficha para ordenar o acesso ao serviço?
1 ( ) Sim 2 ( ) Não
**19.** As consultas de seguimento são agendadas previamente?
1 ( ) Sim 2 ( ) Não
**20.** Existe atendimento às gestantes na semana em dois turnos?
1 ( ) Sim 2 ( ) Não
**21.** Existem normas na USF (protocolos manuais, fluxograma etc) para o atendimento pré-natal?
1 ( ) Sim 2 ( ) Não
**22.** Os profissionais de saúde utilizam alguma identificação quanto a sua função e nome?
1 ( ) Médico 2 ( ) Enfermeiro 3 ( ) Técnico/ Auxiliar de Enfermagem

4 ( ) Dentista 5 ( ) ACD ou TSB 6 ( ) Profissionais do NASF

**23.** Existe prioridade no atendimento a gestantes?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**IV- RECURSOS HUMANOS**

**24.** A equipe de profissionais está completa, constituída de profissionais da saúde e profissionais administrativos?

1( ) Profissionais de saúde 2 ( ) Profissionais administrativos

Se ausente especificar,_____

_____

---

*Considerar a resposta do profissional responsável pelas atividades gerenciais

**25.** Número de casos de sífilis congênita nos últimos 12 meses*?_____

**26.** Número de caso de tétano neonatal nos últimos 12 meses*?_____

**27.** Número de nascidos vivos nos últimos 12 meses*?_____

**28**. Óbitos em menores de 1 ano nos últimos 12 meses*?_____

**29.** Óbitos maternos nos últimos 12 meses*?_____

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° do Questionário | | | | | | | | |
| N° da Equipe de Saúde | | | | | | | | |
| Data | | | | | 2 | 0 | 1 | 3 |

**1.1**Marque o sexo e a profissão:

Sexo Masculino ( ) Sexo Feminino ( )

Médico ( ) Enfermeiro ( )

**1.2** Recebeu capacitação/treinamento para atender gestantes? Há quanto tempo?_____

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**2.** Qual o tempo de duração de cada consulta?

1 ( ) < 15 minutos 2 ( ) 15 a 30 minutos 3 ( ) 30 a 60 minutos

4 ( ) > 1 hora 5 ( ) não sabe informar

**3.** Realiza anotações sobre o atendimento no:

3.1 Prontuário da unidade 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

3.2 Cartão da gestante 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**4.** Faz a revisão da ficha pré-natal?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**5.** Realiza anamnese?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**6.** Verifica se o calendário de vacinação está atualizado?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**7.** Realiza o cálculo e anotação da idade gestacional?

( ) Sim 2 ( ) Não

**8.** A avaliação do peso materno é realizada em todas as consulta?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**9.**Determina o índice de massa corporal (IMC)?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**10.** Avalia o risco nutricional?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**11.** Avalia a medida da pressão arterial?

1 (  ) Sim  2 (  ) Não

**12.** Realiza palpação obstétrica e medida uterina?

1 (  ) Sim  2 (  ) Não

**13.** Avalia o crescimento fetal?

1 (  ) Sim  2 (  ) Não

**14.** Observa a existência de edema?

1 (  ) Sim  2 (  ) Não

**15.** Realiza exame:

15.1 Exame ginecológico  1 (  ) Sim  2 (  ) Não

15.2 Exame das mamas  1 (  ) Sim  2 (  ) Não

**16.** A USF possui apoio laboratorial que assegure a realização dos exames preconizados?

1(  ) Hb/Ht ou hemograma  2(  ) ABO-Rh  3(  ) VDRL  4(  ) Glicemia de Jejum  5(  ) Urina tipo I  6(  ) Teste anti-HIV  7(  ) HBsAg  8(  ) Sorologia p/ toxoplasmose  9(  ) Urocultura  10(  ) TTG  11(  ) Coombs indireto  12(  ) Sorologia p/ rubéola  13(  ) Colpocitologia Oncótica

**17.** Solicita e avalia os resultados dos exames laboratoriais abaixo relacionados?

| **Exames laboratoriais** | **SIM** | **NÃO** |
|---|---|---|
| 1.ABO-Rh (quando não realizado anteriormente) | | |
| 2. Sorologia para sífilis (VDRL) | | |
| 3. Urina tipo I | | |
| 4.Hemograma | | |
| 5. Glicemia de jejum | | |
| 6.Teste anti-HIV . | | |
| 7.Sorologia para hepatite B (HBsAg, se disponível) | | |
| 8. Toxoplasmose IgG e IgM, (se disponível) | | |
| 9.Colpocitologia oncótica, quando indicada | | |

**18.** Acha que existe dificuldade para a realização dos exames solicitados?

1 (  ) Sim  2 (  ) Não

**19.** Reavalia o risco obstétrico?

1 (  ) Sim  2 (  ) Não

**20.** A Gestante recebe com regularidade e em quantidades suficientes medicamentos indicados nos tratamentos mais frequentes?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**21.1** A USF dispõe de materiais e insumos para a realização de atividades educativas com a gestantes/familiares?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**21.2.** Realiza práticas de educação em saúde com a usuária?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**22.** Realiza ausculta dos batimentos cardíacos?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**23.** Avalia os movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**24.** Garante a primeira consulta puerperal independente do cronograma?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**25**. Realiza a consulta puerperal?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**26.** Realiza a consulta puerperal na primeira semana?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**27**. Realiza a consulta puerperal até 42 dias pós-parto?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

## APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARAOBSERVAÇÃO DO PRONTUÁRIO OU FICHA PERINATAL

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° do Questionário | | | | | | | | |
| N° da Equipe de Saúde | | | | | | | | |
| Data | | | | | 2 | 0 | 1 | 3 |

**1. Endereço Residencial da gestante**

1( )SIM 2( )NÃO

**2. Idade da Gestante** (em anos completos)_____

**3. Grau de Instrução da Gestante**

1( )Analfabeta

2( )Ensino fundamental incompleto

3( )Ensino fundamental completo

4( )Ensino médio completo

5( )Superior

**4. Dados da gestação Atual: registrar**

1( ) DPP_____

2( )DUM_____

4( ) Peso anterior

5( ) Estatura

**5. Ultrassonografia**

1 ( ) IG 2 ( ) Peso fetal 3 ( ) ILA 4 ( ) Placenta

**6. Realização do exame das mamas?**

1( ) SIM 2( ) NÃO

**7. IG na Primeira Consulta: _____**

**8. Número de consultas:_____**

**9. Exames Complementares: registrar o número de vezes**

1Tipagem sanguínea e Rh_____ 2 Hb/Ht_____

3ToxoplasmoseIgG e IgM_____ 4 Anti-HIV_____ 5 HBsAg _____

6 VDRL_____ 7 Glicemia de jejum_____ 8 Urina tipo 1_____

**10 Procedimentos Clínicos obstétricos**

1 IG_____ 2 AU_____ 3 PA_____ 4 Pesquisa de dema_____

5 BCFs_____ 6 Apresentação Fetal_____ 7 VAT_____

8 Peso_____

**11. Antecedentes**

1( ) Antecedentes familiares 2( )Antecedentes pessoais 3( ) antecedentes obstétricos

**12. Realização de suplementação**

1( ) ácido fólico 2 ( ) sulfato ferroso

3( ) ácido fólico e sulfato ferroso 4( ) outro

**13. Realização da citologia oncótica?**(considerar os últimos 12 meses)

1( ) SIM 2( ) NÃO

**14. Registro da data do parto?**

1( ) SIM 2( ) NÃO

**15. Realização da consulta puerperal?**

1( ) na primeira semana 2 ( ) até 42 dias após o parto

3( )as duas consultas 4 ( ) não realizou

**16. Assinatura profissional em todas as consultas?**

1( ) SIM 2( ) NÃO

## APÊNDICE D – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Senhor(a)_____, portador (a) do RG n °_____que exerce o cargo _____, depositário(a) dos documentos consubstanciados no(a)(s) base de dados, registro de fichas e formulários, prontuários e, relatórios da unidade de saúde_____, situada à_____, após ter tomado conhecimento da pesquisa: **"Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família em um município do interior cearense**", que tem como objetivos de avaliar a qualidade de atenção ao pré-natal realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Juazeiro do Norte – CE; avaliar os recursos físicos, humanos, materiais e organizacionais empregados na atenção pré-natal; avaliar as atividades técnicas realizadas pelos profissionais de saúde; analisar alguns indicadores de resultados decorrentes da atenção pré-natal, vem, na melhor forma de direito, **AUTORIZAR** Cícera Rejane Tavares de Oliveira, pesquisadora responsável, portadora do RG n° 9802927577 SSP-CE, enfermeira, domiciliada à rua Antônio Cruz Macêdo, 125, São José, Juazeiro do Norte-CE, a coletar dados para a pesquisa, ficando esta responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receber do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

I. Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
II. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua AUTORIZAÇÃO. Não receberá nenhuma compensação financeira, também não sofrerá qualquer prejuízo se não autorizar ou se desistir em qualquer momento.

Juazeiro do Norte, _____de _____de 2013.

Assinatura do depositário

## APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A Enfermeira, Cícera Rejane Tavares de Oliveira, está realizando a pesquisa intitulada **"Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família em um município do interior cearense**", que tem como objetivo "Avaliar a qualidade da atenção pré-natal de baixo risco realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Juazeiro do Norte – CE". Para o alcance de tal objetivo, o estudo passará pelas seguintes etapas: Avaliar os recursos físicos, humanos, materiais e organizacionais empregados na atenção pré-natal; Avaliar as atividades técnicas realizadas pelos profissionais de saúde na atenção pré-natal; Analisar alguns indicadores de resultados decorrentes da atenção pré-natal.

Por essa razão, o (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a perguntas contidas no formulário relacionadas às questões sobre assistência, os recursos físicos, humanos, materiais e organizacionais empregados na atenção pré-natal. O procedimento terá uma duração máxima de vinte minutos. Esta pesquisa é de risco mínimo, que consiste na observação da estrutura e prontuários das gestantes ou fichas perinatais e, formulário aplicado aos profissionais de saúde, nos quais não identificará, nem será invasivo à intimidade dos indivíduos em questão; não realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais dos indivíduos que participarão do estudo. Entretanto, poderá trazer algum desconforto ou inibição que será reduzido ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação dos instrumentos; ao reforçar as orientações que não haverá julgamento de conduta, que as informações serão manuseadas apenas pela pesquisadora a fim de evitar extravios de documentos ou divulgação de informações que por ventura possam identificar profissionais e/ou usuárias, garantindo a confidencialidade das respostas e o anonimato de todos envolvidos no estudo.

Os benefícios esperados com o estudo em curto prazo estão relacionados ao conhecimento da qualidade da atenção pré-natal, evidenciando as lacunas ou falhas no serviço; médio e longo prazo espera-se influenciar positivamente as decisões para a melhoria da qualidade da atenção prestada; Estimular o planejamento, a avaliação e a implementação de ações específicas que contribuam para a correção das fragilidades da atenção pré-natal.

Contribuir para um pré-natal efetivo na estratégia saúde da família que impactem diretamente na redução da morbimortalidade materna e infantil do município.

Todas as informações que o (a) Sr. (a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nos formulários e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o (a) Sr(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir em qualquer momento.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Cícera Rejane Tavares de Oliveira, no expediente da tarde na Secretaria da Saúde de Juazeiro do Norte-CE, localizada no endereço: Rua José Marrocos S/N, bairro Santa Tereza, Juazeiro do Norte-CE, e/ou no telefone: (88) 8813-6269.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Federal do Ceará-UFC, localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone: (85) 3366-8344. Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

_____ _____

Local e Data Assinatura da Pesquisadora

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Sr(a)_____, portadora da cédula de identidade_____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas e, ciente dos serviços e procedimentos que será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Juazeiro do Norte-CE, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do participante

# ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

*PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE*
*SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE*

## DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, Maria Nizete Tavares Alves, RG 1309283SSP-CE, CPF 458.422.724-15, Secretária de Saúde, declaro ter lido o projeto intitulado **Avaliação da Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família em um Município do Interior Cearense** de responsabilidade da pesquisadora Cícera Rejane Tavares de Oliveira, CPF 004.560.893-81. E que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP da Instituição Proponente Universidade Federal do Ceará, aprovaremos a realização deste projeto nesta instituição, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Juazeiro do Norte, 19 de Agosto de 2013.

*Maria Nizete Tavares Alves*
Secretária Municipal de Saúde
Portaria Nº 1612/2013

*Assinatura e carimbo do responsável*

# ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR CEARENSE

**Pesquisador:** Cícera Rejane Tavares de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17018113.9.0000.5054

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 443.465

**Data da Relatoria:** 31/10/2013

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa pertinente e relevante. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

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

Foram apresentados os documentos necessários para a apreciação ética do protocolo de pesquisa.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

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

Projeto não apresenta pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA
**Telefone:** (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br