UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ –UVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Josiane Alves Dorneles

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL

Sobral
2016

Josiane Alves Dorneles

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Orientador: Professora Drª. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Sobral

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Dorneles, Josiane Alves
Avaliação da atenção pré-natal na estratégia de saúde da família de Sobral [recurso eletrônico] / Josiane Alves Dorneles. -- Sobral, 2016.
1 CD-ROM: il. ; 4 $^{3}/_{4}$ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 125 folhas.
Orientação: Prof.ª Dra. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Avaliação de Programas. 4. Avaliação da Qualidade dos Cuidados em Saúde. I. Título.

Josiane Alves Dorneles

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Banca Examinadora:

Profª. Drª. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira (Orientador)
Universidade de São Paulo - USP

Profª. Drª. Maria Adelane Monteiro da Silva
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira
Universidade Federal do Ceará - UFC

Aprovado em: 24 de novembro de 2016.

Sobral

À minha querida família, Paulinho, Duda e Mancha pela compreensão e apoio diário.

À minha mãe pelo carinho.

À Dr.ª Ana Cecília por tudo, pela orientação, conhecimento e dedicação.

E às mulheres, razão deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À vida, pela oportunidade para ampliar o conhecimento.

Aos amigos, pelo incentivo e o carinho nas horas de dúvida.

Aos colegas de trabalho, pela dedicação e empenho na realização das atividades, que aqui descrevo.

Ao Dr. Arnaldo Costa Lima, pelo exemplo e confiança que me propiciaram viver esse momento.

Aos colegas gestores da Secretaria de Saúde de Sobral pela compreensão nos momentos de ausência, em especial à Secretária de Saúde, Mônica Souza Lima.

Ao professor Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio pela colaboração na pesquisa.

A professora Dr.ª Maria Adelane Monteiro da Silva pelos ensinamentos e a colaboração inestimável.

Ao professor Dr. Geison Lira Vasconcelos, companheiro de tantos momentos, pela colaboração valorosa neste estudo.

A professora Dr.ª Socorro Dias, pela orientação nos momentos difíceis.

Aos colegas e professores do mestrado que me apresentaram maneiras diferentes de ver o mundo.

E a todos que contribuíram de alguma forma para conclusão deste mestrado.

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo geral avaliar o desempenho da atenção pré-natal da Estratégia de Saúde da Família de Sobral, conforme parâmetros da Rede Cegonha, considerando estrutura, processo e resultado. Estudo de corte transversal e descritivo, de abordagem quantitativa. A amostra de 346 puérperas obtida por cálculo de população finita, considerando o número de nascidos vivos em 2014, selecionada por amostragem aleatória simples do Banco de Dados da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, do período de agosto a dezembro de 2015. Os dados foram coletados do referido Banco de Dados e dos prontuários da ESF, e por observação direta dos 17 CSF das puérperas selecionadas. Para avaliação de estrutura foi utilizado instrumento especifico, validado por Rocha e modificado por Morais, com base nos requisitos mínimos preconizados para o atendimento pré-natal. Para avaliação do processo, os resultados foram apresentado sem quatro níveis somativos de adequação da assistência pré-natal, conforme modelo adaptado Morais, a partir do proposto por Coutinho, em que o Nível 1 corresponde ao Índice de Kessner adaptado ao Rede Cegonha; ao Nível 2 é somado os procedimentos clínicos-obstétricos; ao Nível 3, os exames laboratoriais e complementares; e ao Nível 4, a consulta puerperal. Para avaliação dos resultados foram utilizados como indicadores, a porcentagem de óbitos maternos, a porcentagem de óbitos perinatais, a porcentagem de RN vivos de baixo peso e prematuros em relação ao total de RN vivos, assim como a relação entre o nível adequação de desempenho da assistência pré-natal e os referidos desfechos da gestação. Os resultados mostraram ser a estrutura dos CSF satisfatória para a implementação da assistência pré-natal com qualidade. Foram considerados ótimos os recursos humanos, o apoio laboratorial e os instrumentos de registro, satisfatório o sistema de referência e contra-referência, com necessidades de melhora em planta física, recursos materiais e medicamentos essencias. A amostra foi composta por mulheres jovens (média de 25 anos), pardas (93,7%), com ensino médio (42%), em união estável (46%), com renda familiar de até um salário mínimo (48,4%);multíparas (60,4%);90% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; realizaram em média 9,4 consultas; 60,1% foram submetidas a cesariana na gestação. Quanto ao processo, observou-se 87,6% de adequação para o Nível 1, 77,6% para o Nível 2, 16% para o Nível 3 e 7,6% para o Nível 4. A inadequação se acentuou a partir no Nível 3, 22,4% e Nível 4, 92,4%. Não foram

observados óbitos maternos. Foram observados2,7%(n=9) de natimortos, 4,2% (n=14) de óbitos perinatais; 2,1% (n=7) de RN prematuros e 5,4% (n=18) RN de baixo peso, valores considerados aceitáveis pela OMS. Foi observada diferença estatisticamente significativa dos desfechos: RN nascido morto, RN de baixo peso e RN prematuro e os quatro grupos de desempenho da assistência pré-natal e comparando os Nível 1 e 2. O estudo apresenta uma avaliação global, e que apesar dos bons resultados existem aspectos a serem melhorados na assistência pré-natal da ESF de Sobral. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com parecer Nº 1.474.945.

Palavras-Chave: Cuidado Pré-Natal. Estratégia de Saúde da Família. Avaliação de Programas. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the overall performance of the prenatal care family health strategy of Sobral, as network parameters Stork, considering structure, process and result.Cross-sectional and descriptive study, quantitative approach. The 346 who have recently given birth sample obtained by calculation of finite population, considering the number of live births in 2014, selected by simple random sampling strategy database four-leaf clover, the period from August to December 2015. The data were collected from the referenced database and charts of the The Family Health Strategy, and by direct observation of Family Health Centers 17 of recent mothers selected. To outlining review specific instrument was used, validated by Rocha and modified by Morais, on the basis of the minimum requirements recommended for prenatal care. For process evaluation, the results are presented in four somativos levels of adequacy of prenatal care, as adapted, model from proposed by Coutinho, in which the level 1 corresponds to Kessner index adapted to the Stork Network; 2 level is added clinical procedures-obstetric; 3 level, the laboratory examinations and complementary; and level 4, puerperal query. For evaluation of the results were used as indicators, the percentage of maternal deaths, the percent of perinatal deaths, the percentage of newborns and premature low birth weight live in relationship to the total newborns alive, as well as the relationship between the adequacy of performance of prenatal care and the outcomes of pregnancy. The results showed the structure of the Family Health Centers for the implementation of prenatal care with quality. Were considered great human resources, laboratory support and registration tools, satisfactory reference and cross-reference system, with improvement in physical plant needs, material resources and essential medicines. The sample was composed of young women (average of 25 years), browns (93.7%), with high school students (42%), stable (46%), with family income of up to one minimum wage (48.4%); multiparous (60.4%); 90% began prenatal care in the first quarter; performed on average 9.4 queries; 60.1% underwent the caesarean in pregnancy. As for the process, 87.6% of fitness for the level 1, 77.6% for level 2, 16% for level 3 and 7.6% for level 4. The inadequacy if stressed from 22.4% in Level 3, and Level 4, 92.4%. Maternal deaths were not observed. Were observed 2.7% (n = 9) of stillbirths, 4.2% (n = 14) of perinatal deaths; 2.1% (n = 7) of newborns premature and 5.4% (n = 18) newborns low birth

weight, values considered acceptable by the WHO. Statistically significant difference was observed outcomes: newborns born dead, low birth weightnewborns and premature newborns and the four groups of prenatal assistance performance and comparing the Level 1 and 2. The study presents a comprehensive evaluation, and that in spite of the good results there are aspects to be improved in prenatal assistance ESF of Sobral. Research approved by the Research Ethics Committee of the State University Vale do Acaraú with opinion Nº 1,474,945.

Key Words: Prenatal Care. The family health strategy. Evaluation of programmes. Evaluation of the quality of health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa das distribuição dos centros de saúde da família e unidades de apoio da sede e distritos de Sobral-Ce 49
Gráfico 1 – Evolução da cobertura da ESF de Sobral, 1996 a 2015 20
Gráfico 2 – Número de óbitos e razão de mortalidade materna, Sobral, 1996 a 2015 24
Gráfico 3 – Evolução da taxa de mortalidade infantil nos anos de 1996 a 2015, Sobral 24
Gráfico 4 – Percentual de óbitos infantis de acordo com a evitabilidade, Sobral, 2013 a 2015 25
Gráfico 5 – Classificação geral da estrutura dos CSF, Sobral, 2015 62
Gráfico 6 – Adequação da atenção pré-natal considerando os quatro níveis de qualidade, Sobral, 2015 85
Gráfico 7 – Nível de satisfação das puérperas quanto a atenção pré-natal recebida na ESF, Sobral, 2015 87
Gráfico 8 – Série histórica das mortalidades perinatal e infantil, Sobral, 2008 a 2015 89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Exclusão da amostra N do estudo 54
Tabela 2 – Classificação da estrutura dos CSF, considerando os recursos para a Atenção pré-natal em Sobral, 2015 63
Tabela 3 – Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos recursos humanos, 2015 64
Tabela 4 – Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação da planta física, 2015 65
Tabela 5 – Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos recur sos materiais, 2015 67
Tabela 6 – Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação do apoio Laboratorial, 2015 68
Tabela 7 – Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos ins trumentos de registro, 215 68
Tabela 8 – Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos medi camentos essenciais, 2015 69
Tabela 9 – Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação do siste ma de referência e contra-referência, 2015 70
Tabela 10 – Distribuição das puérperas de acordo com as características sóciode mográficas, Sobral, 2015 71
Tabela 11 – Distribuição das puérperas de acordo as características obstétricas, Sobral, 2015 72
Tabela 12 - Distribuição da puérperas de acordo com as características da gestação atual, Sobral, 2015 73
Tabela 13 – Características das gestações das puérperas usuárias de drogas ilíci tas, Sobral, 2015 75
Tabela 14 – Distribuição das causas de internamento nas puérperas da ESF, So bral, 2015 76
Tabela 15 – Distribuição das intercorrências apresentadas na gestação na ESF de Sobral, 2015 76
Tabela 16 – Distribuição das características do atendimento pré-natal da ESF, So bral, 2015 77
Tabela 17 – Distribuição das respostas das puérperas sobre problemas odontológi

cos na gestação e atendimento odontológico no pré-natal da ESF, Sobral, 2015 78
Tabela 18 – Distribuição da percepção das puérperas quanto ao atendimento pré-natal da ESF, Sobral, 2015 79
Tabela 19 – Distribuição da frequência das orientações recebidas no atendimento Pré-natal, em consultas individuais ou atividades em grupo, Sobral, 2015 80
Tabela 20 – Número de consultas de pré-natal na ESF, Sobral, 2015 81
Tabela 21 – Distribuição da utilização do atendimento pré-natal da ESF, Sobral, 2015 82
Tabela 22 – Análise descritiva dos procedimentos clínicos obstétricos realizados durante a atenção pré-natal, Sobral, 2015 82
Tabela 23 – Análise descritiva dos exames complementares realizados durante atenção pré-natal da ESF, Sobral, 2015 84
Tabela 24 – Comparação entre adequação da atenção pré-natal considerando os quatro níveis de desempenho de qualidade 86
Tabela 25 – Indicadores de resultado na avaliação da assistência pré-natal da ESF de Sobral, 2015 88
Tabela 26 – Distribuição dos desfechos da gestação, com relação ao desempenho da assistência pré-natal da ESF de Sobral, 2015 90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese da teoria de avaliação em saúde utilizada e o objeto da pesqui sa 44
Quadro 2 – Níveis de complexidade da adequação do processo da atenção pré-natal Critérios de avaliação e grau de adequação 57
Quadro 3- Descrição dos indicadores de resultado segundo caderno de atenção ao ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012 a) 58
Quadro 4 – Descrição da relação entre os desfechos da gestação e a classificação do grau de adequação da assistência pré-natal 59

LISTA DE SIGLAS

ABO-Rh	Tipagem sanguínea e fator Rh
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AU	Altura Uterina
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CSF	Centro de Saúde da Família
DHEG	Doença Hipertensiva Especifica da Gestação
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Hb	Hemoglobina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
Ht	Hematócrito
IG	Idade Gestacional
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
NV	Nascidos Vivos
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMAQ – AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Assistência integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PM	Peso materno
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16
2 OBJETIVOS 27
2.1 Objetivo geral 27
2.2 Objetivos específicos 27
3 REFERENCIAL TEÓRICO 28
3.1 Políticas públicas para assistência pré-natal 28
3.1.1 A rede cegonha 32
3.1.2. A estratégia de saúde da família e a atenção básica 34
3.2 Avaliação da qualidade na assistência pré-natal 37
4 MÉTODO 48
4.1 Tipo de estudo 48
4.2 Local do estudo 48
4.3 População/amostra 52
4.4 Procedimentos para coleta de dados 54
4.5 Tratamento e análise dos dados 60
4.6 Considerações éticas 60
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 62
5.1 A estrutura da assistência pré-natal 62
5.1.1 Descrição da avaliação de estrutura 62
5.2 O processo de assistência pré-natal 70
5.2.1 Características sóciodemográficas da população do estudo 70
5.2.2 Características obstétricas da população do estudo 72
5.2.3 Características do processo da assistência pré-natal 77
5.2.4 Adequação do processo da assistência pré-natal 80
5.3 Os resultados da assistência pré-natal 88
5.3.1 Descrição da avaliação dos resultados da assistência pré-natal 88
6 CONCLUSÕES 93
REFERÊNCIAS 95
APÊNDICE A- FORMULÁRIO DA ENTREVISTA REALIZADA PELO TER VO DE QUATRO FOLHAS NAS MATERNIDADES DE SOBRAL 105
ANEXO A- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DA ATEN ÇÃO PRÉ-NATAL DA ESF DE SOBRAL 112

ANEXO B- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DA ESF DE SOBRAL 116
ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL 120
ANEXO D- PARECECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 122
ANEXO E – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA E GRAMATICAL 125

1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é definida como um conjunto de medidas médicas, sociais, psicológicas, educativas e preventivas, custo-efetivas, que objetivam propiciar à gestante um desenvolvimento saudável da gestação e permita o parto de um recém-nascido (RN) saudável (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a assistência pré-natal é das atividades assistenciais em saúde, realizada há mais tempo nos serviços públicos. Inicialmente, era orientada principalmente, para redução da mortalidade materna e infantil (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004) e, atualmente, é entendida como espaço privilegiado para a promoção de saúde, pelas oportunidades para o desenvolvimento de educação em saúde para a mulher e sua família (CRUZ, CAMINHA, BATISTA FILHO, 2014).

Com a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, pelo Ministério da Saúde, a assistência pré-natal incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como, a integralidade e a equidade da atenção, por ser contemporânea do Movimento Sanitário, que fundamentou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

O PAISM contemplava ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST (Doença Sexualmente Transmissível), câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2004).

A Constituição Brasileira promulgada em 1988, em concordância com as decisões da 8ª. Conferência Nacional de Saúde de 1983, tornou a saúde um direito do cidadão e dever do Estado, por meio de um conjunto de políticas econômicas e sociais, que resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013). O SUS foi importante na implantação e implementação do PAISM, por meio de seu arcabouço legislativo, que consolidou o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País, colocando as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher sob seu comando e diretrizes (BRASIL, 2004).

O processo de municipalização da saúde foi caracterizado pela reorganização da atenção básica, tendo como base a Estratégia de Saúde da

Família (ESF). Na área da saúde da mulher, conforme estabelecido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), os municípios passaram a ser responsáveis pela garantia das ações básicas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, além da garantia de acesso às ações de saúde em outros níveis de complexidade (PEREIRA; QUITO, 2004).

A ESF passou a ser responsável pela assistência pré-natal nos municípios brasileiros, que adotaram esse modelo de organização da atenção básica. Segundo o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, estavam implantadas até setembro de 2016, 40.014 equipes de saúde da família em 5.379 municípios brasileiros, ou seja, presença da ESF em 96,6% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2016). Nas avaliações do sistema de saúde brasileiro realizadas ao longo dos anos, foi demonstrado que apesar das limitações, o SUS conseguiu melhorar amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, atingiu uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, contribuindo para a diminuição da taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, principalmente, pela redução no número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório (PAIM, 2012).

Descrevendo as evidências e os resultados da ESF, Sampaio, Medonça & Lermen Junior (2012) apresentam resultados positivos, em diversos setores como satisfação dos usuários, avaliação de gestores e profissionais de saúde, oferta, acesso e uso de serviços de saúde, redução da mortalidade infantil, redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária e a melhoria de indicadores socioeconômicos da população (SAMPAIO, MEDONÇA, LERMEN JUNIOR, 2012). Com destaque para a análise realizada entre 1990 e 2010, em 187 países, quanto às ações desenvolvidas para alcançar o quarto Objetivo do Milênio - redução da mortalidade em crianças menores de 5 anos, na qual Macinko et *al.* (2006) demonstraram que o aumento em 10% da cobertura de Saúde da Família reduziu em 4,6% a mortalidade infantil, tendo maior impacto que a ampliação do acesso à água e a leitos hospitalares, tendo menor impacto somente que a escolaridade materna.

Apesar do aumento da cobertura de pré-natal e sua influência na redução da mortalidade infantil, outros aspectos analisados demonstram o comprometimento da qualidade dessa assistência, como o aumento do número de notificações de

casos de sífilis, persistência de um número elevado de óbitos neonatais por causas evitáveis, assim como dos óbitos fetais, indicando que a cobertura de pré-natal, esboçada por um número elevado de consultas, não garante qualidade para essa assistência (BRASIL, 2012a; COUTINHO, 2002; LANSKY, 2009; ROCHA, 2011; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004; SILVEIRA, SANTOS, COSTA, 2001).

Estudo que avaliou os óbitos em menores de um ano no Brasil, no período de 1997-2006, utilizando a lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS, elaborada por Malta *et al*. (2007), observou a redução de todas as mortes evitáveis, exceto, aquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal, sugerindo baixa qualidade dessa assistência (MALTA, 2010).

Para além do número de consultas realizadas com cada gestante, é necessário que o conteúdo das consultas e os recursos assistenciais necessários, como recursos humanos, materiais, laboratoriais, medicamentosos, estruturais e organizacionais estejam disponíveis, em quantidade e em tempo oportuno para que sejam colocados à disposição das gestantes e suas famílias, tal qual preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e, posteriormente pelo Rede Cegonha (BRASIL, 2011a.; CAVALCANTI, 2013).

Até 1997, o Sistema de Saúde de Sobral, tinha como fundamento: a saúde como ausência de doença, baseado em ações curativas, centrado na intervenção médica e hospitalar. Nessa época, a rede assistencial especializada e de nível terciário, já era referência para toda a Região Norte do Estado do Ceará. A limitada rede de atenção básica de saúde, com postos de saúde apenas na sede do município e em área geográfica limitada (entre o Rio Acaraú e a linha férrea), não era habilitada em nenhuma forma de gestão do SUS, estando a gestão desses serviços sob a coordenação da Secretaria de Saúde do Estado e o financiamento de sua rede assistencial limitado ao pagamento de contraprestação de serviços (ANDRADE, MARTINS JUNIOR, 1999).

Nesse cenário, de modelo de atenção à saúde concentrado em serviços hospitalares, com assistência centrada no profissional médico, os indicadores de saúde, como mortalidade infantil e materna e desnutrição infantil eram elevados e o município apresentava baixa cobertura vacinal e de assistência pré-natal (ANDRADE, MARTINS JUNIOR, 1999).

Em 1997, o município adotou a Atenção Primária à Saúde como modelo assistencial de referência, organizando a rede de atenção a partir dos pressupostos

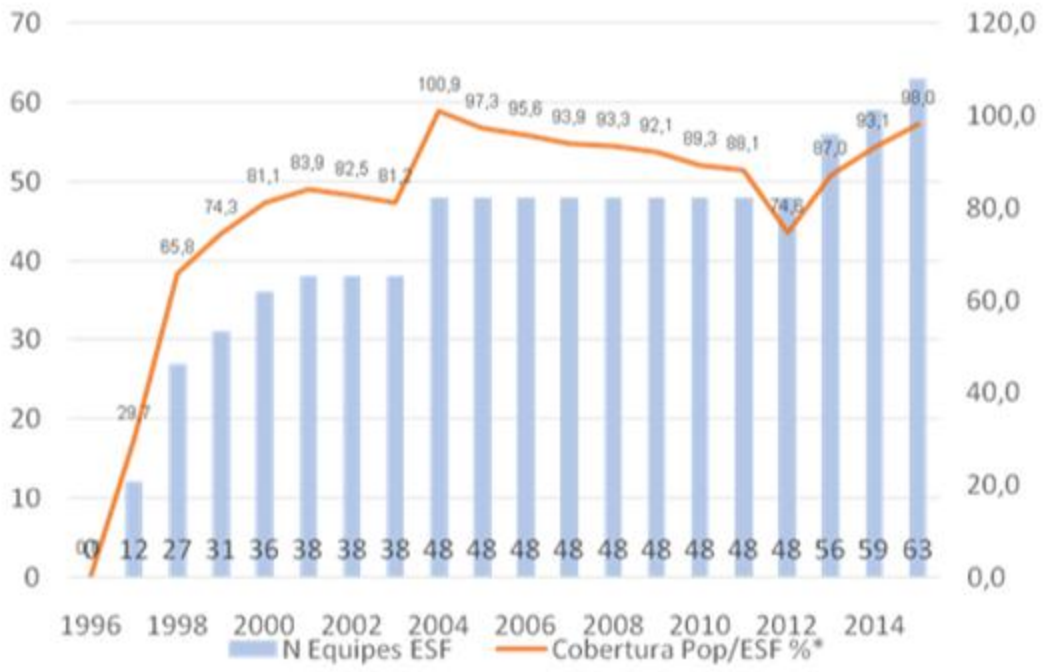
deste modelo, considerando a promoção à saúde e a prevenção de doenças, ofertando uma assistência integral à saúde, articulando ações intersetoriais e estruturando os serviços a partir da ESF. Nesse ano, foram implantadas 31 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 25 Centros de Saúde da Família (CSF).

Ainda no ano de 1997, foi implantada a Caderneta da Mãe e da Criança de Sobral, que para além de instrumento para o registro das informações pertinentes ao acompanhamento pré-natal, como consultas, exames laboratoriais e complementares, tratamentos e intercorrências acompanhadas, servia como referencial para ações de educação sobre os cuidados necessários durante a gravidez e os primeiros anos de vida da criança. Essa Caderneta, também, era utilizada para registro das condições de nascimento dos RN nas maternidades (BARRETO, 1999). Com a adoção pelo município da Caderneta da Criança do Ministério da Saúde, as informações sobre o RN passaram a ser registradas no documento nacional.

Sobral, em 2011, aderiu a Rede Cegonha assumindo o compromisso de planejar e pactuar ações no âmbito da assistência pré-natal conforme o preconizado na Portaria 1.459, de junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha no âmbito nacional. Assim, a assistência pré-natal de Sobral organizada, a partir da ESF, oferece testes rápidos para diagnóstico de gestação em 100% dos CSF, onde é realizado o cadastramento das gestantes nos formulários municipais de controle (Caderneta e Planilha de Controle de Gestantes) e no sistema de informação (SISPRENATAL); é realizada a estratificação de risco; são solicitados e coletados os exames laboratoriais; são solicitados os exames complementares; e é feito o encaminhamento das gestantes para outros pontos da rede assistencial, conforme a estratificação de risco da gestante e/ou as intercorrências apresentadas. Como centro de comunicação, coordenador da rede de atenção pré-natal, a ESF de Sobral é responsável pela busca ativa das gestantes faltosas, assim como articula-se com outros setores da saúde e da assistência social, econômica, habitacional e da segurança pública do município, para oferta dos cuidados demandados pelas gestantes acompanhadas.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, Sobral conta com 98% de cobertura da ESF (Gráfico 1), com 86,52% dos nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal no ano de 2015 (SIM/SINASC, 2016).

Gráfico 1- Evolução da Cobertura da ESF de Sobral, 1996 a 2015



Fonte: DATASUS/CNES. *2012 estimativa 3000 hab. (Portaria 2.488, de 24 outubro de 2011).

A Estratégia trevo de quatro folhas e o apoio à atenção ao pré-natal em Sobral

O Trevo de Quatro Folhas foi implantado em dezembro de 2001, pela Secretaria de Saúde de Sobral, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir o apoio à mulher no exercício da maternidade. Em 2010, tornou-se uma política pública por meio de Lei Municipal, passando a ser a Estratégia Trevo de Quatro Folhas (SOBRAL, 2011).

As análises dos óbitos maternos e infantis de Sobral mostraram vários problemas decorrentes das condições de vida das mulheres durante a gestação e os períodos iniciais dos cuidados com a criança. Durante a gestação, quando havia indicação médica de repouso absoluto e recomendação para o afastamento da rotina de cuidados com a casa, o marido e os filhos, na ausência de apoio familiar, essa prescrição não era cumprida, sendo um fator de risco para o trabalho de parto prematuro. Muitas faltas às consultas de pré-natal eram justificadas pelas gestantes porque não tinham com quem deixar os filhos pequenos. A inexperiência no cuidado com o bebê, principalmente, quando prematuro ou de baixo peso, contribuía para que os RN voltassem para a internação hospitalar.

Diante dessa situação, e considerando que além dos fatores biológicos, a mortalidade materna, perinatal e infantil estava determinada pela questão social era preciso encontrar uma intervenção que pudesse melhorar as condições das mulheres durante a gestação e no cuidado com os filhos. Nessa perspectiva foi criado o Trevo de Quatro Folhas.

O nome Trevo de Quatro Folhas reflete o desenvolvimento em quatro fases desse Projeto, que corresponde ao cuidado na gravidez, no parto e puerpério, no nascimento e no acompanhamento da criança até o segundo ano de vida. Além disso, esse é o Trevo da sorte.

O Trevo de Quatro Folhas oferece apoio social às gestantes, puérperas e mães de crianças menores de dois anos, que se encontram em situação de risco clínico e/ou vulnerabilidade social, na ausência de apoio familiar(SOUSA, 2012). Esse apoio é viabilizado pela atuação das Mães Sociais, mulheres da comunidade que são selecionadas, capacitadas e remuneradas como diaristas, para assumirem as tarefas domésticas, ajudarem nos cuidados das gestantes e puérperas e, auxiliarem as mães no cuidado das crianças.

O apoio social é garantido por meio de recursos da Prefeitura de Sobral e pela contribuição mensal das Madrinhas e dos Padrinhos Sociais e de empresas colaboradoras. Esses últimos são pessoas da sociedade civil ou empresas, que contribuem mensalmente para viabilizar o apoio social às famílias. A contribuição é depositada na conta do Fundo Municipal da Criança e do Adolescente de Sobral, podendo ser descontada do Imposto de Renda.

Uma das ações assumidas pela Estratégia Trevo de Quatro Folhas é o monitoramento da atenção ao pré-natal realizado no município de Sobral. Diariamente, quatro técnicas de enfermagem do Trevo, entrevistam nas Maternidades, antes da alta hospitalar, as puérperas residentes em Sobral. O formulário (Apêndice A) utilizado na entrevista é digitado no Programa Epi Info, no Banco de Dados do Trevo de Quatro Folhas. São emitidos relatórios mensais por Centro de Saúde da Família (CSF) sobre o preenchimento da Caderneta da Gestante. Esse formulário foi utilizado como fonte para a coleta de dados deste estudo.

A Estratégia Trevo de Quatro Folhas é responsável também pelo Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil, que investiga e avalia a evitabilidade de 100% dos óbitos maternos, perinatais e infantis do

município de Sobral. As análises realizadas pelo Comitê foram indicando problemas na assistência pré-natal e no cuidado com os RN que levaram à criação de outros projetos, que são brevemente descritos a seguir.

O Projeto Flor do Mandacaru - Centro de Apoio ao Adolescente foi implantado em setembro de 2008, no município de Sobral, com base no elevado índice de gravidez na adolescência, início tardio do pré-natal e no baixo número de atendimentos de pré-natal de adolescentes nos CSF. Um dos pontos principais desse Projeto, é a oferta do pré-natal “sigiloso” que atende as adolescentes grávidas, apoiando-as para assumirem a gravidez diante da família. Com o Projeto, as adolescentes têm a oportunidade de iniciar mais precocemente o pré-natal. O Projeto tem se constituído em um espaço de escuta, atendimento e reflexão sobre a saúde sexual e reprodutiva, para adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, que pouco costumam frequentar os CSF. Além de apoiar a capacitação das equipes da ESF de Sobral, para implementação do atendimento aos adolescentes nos CSF.

Uma situação verificada, nas análises do Comitê, foi a ausência de pré-natal entre as gestantes usuárias de crack. Como resposta a esse problema, foi criado em 2010, o Projeto de Acompanhamento das Gestantes Usuárias de Crack. Esse projeto tem como objetivo reduzir os efeitos do crack sobre o feto, principalmente, a restrição do crescimento intrauterino, a prematuridade e a transmissão vertical de doenças sexualmente transmissíveis. O foco, portanto, era o acesso dessas gestantes ao pré-natal. Esse Projeto foi ampliado sendo hoje denominado de Casa Acolhedora do Arco, que atende gestantes e mães usuárias de crack com seus filhos promovendo ações educativas e atividades geradoras de renda.

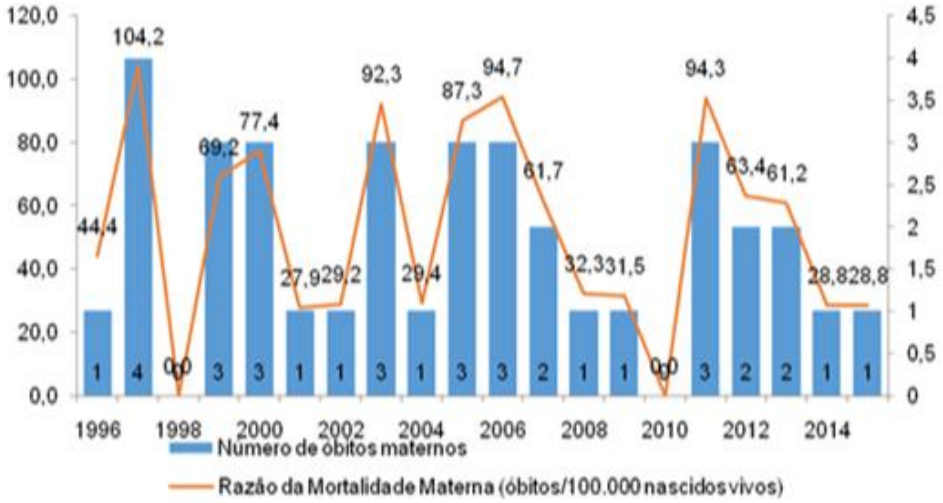
O Projeto Coala teve início em 2013 e foi criado com base na análise dos óbitos de prematuros ocorridos em Sobral, que mostrava uma elevada mortalidade dos RN que permaneciam internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, devido principalmente à infecção hospitalar. O objetivo do Coala é antecipar a alta hospitalar dos RN que ficam internados apenas para ganho de peso, visando reduzir o tempo de exposição às infecções hospitalares. O projeto garante o acompanhamento dos RN por meio de uma rotina de visitas domiciliares, realizadas por uma neonatologista, uma enfermeira e a equipe de Saúde da Família do território onde a mãe é cadastrada. A taxa de mortalidade nos prematuros no

município caiu de 13,8 para 6,4 óbitos por mil nascidos vivos entre 2013 e 2014, após a implantação do Coala.

Um dos incentivos para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil em Sobral foi a criação do Selo Trevo de Quatro Folhas, em 2014. Os Centros de Saúde da Família que, no ano anterior, não tiveram óbitos maternos e infantis evitáveis, ocasionados por falhas na assistência pré-natal, no acompanhamento ou no tratamento de recém-nascidos e crianças menores de 2 anos, no território de sua responsabilidade sanitária, recebem o Selo Trevo de Quatro Folhas. Este Selo é uma placa comemorativa que deve ser colocada na parede da unidade para que todos possam celebrar.

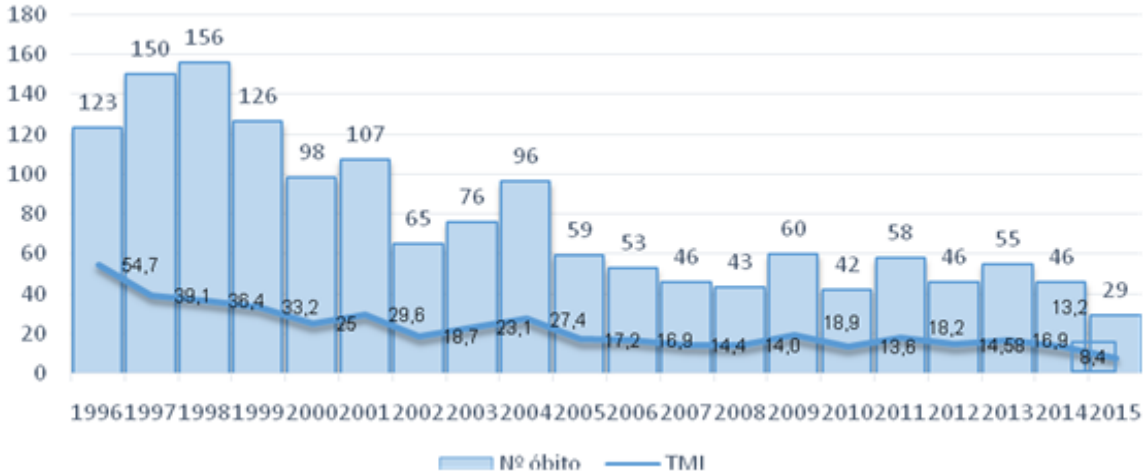
As iniciativas de fortalecimento da ESF de Sobral, a reorganização da assistência ao pré-natal e o apoio dos Projetos da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, foram decisivos para que o município reduzisse os óbitos maternos e infantis. Sobral, um município localizado no interior do Nordeste do Brasil, que é a região brasileira com os piores indicadores de mortalidade materna e infantil, segundo a Pesquisa Nascer no Brasil (LANSKY, 2014), conseguiu em 2015, apresentar uma taxa de mortalidade materna de 28,8 óbitos maternos/100 mil nascidos vivos (NV) (Gráfico 2), que é considerada uma taxa média pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e uma taxa de mortalidade infantil de 8,4 óbitos/1.000 NV(Gráfico 3), que é considerada uma taxa baixa pela OMS. Vale ressaltar que esses esforços conjuntos colocaram Sobral em décimo primeiro lugar entre os municípios brasileiros com mais de 200 mil habitantes e menor mortalidade infantil do país.

Gráfico 2 - Número de óbitos e razão de mortalidade materna. Sobral, 1996 a 2015



Fonte: SIM/SINASC.

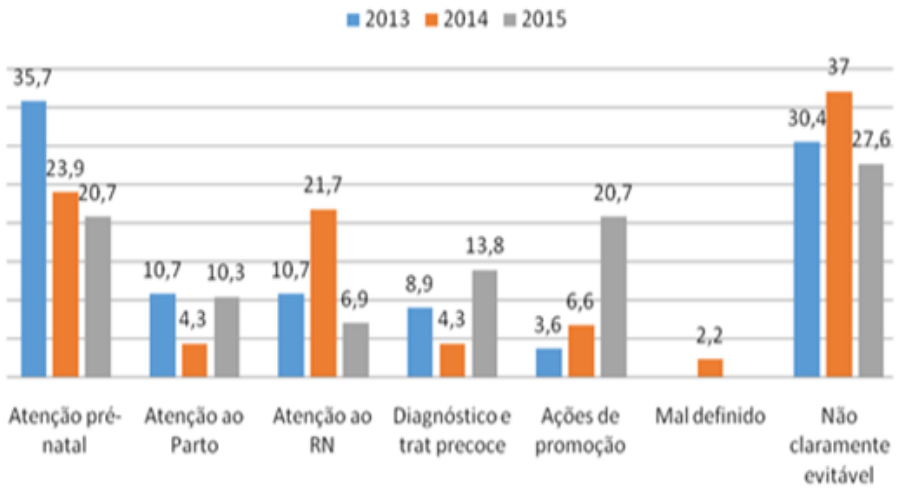
Gráfico 3 - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil nos anos de 1996 a 2015, Sobral



Fonte: SIM/SINASC.

Foram resultados importantes, entretanto, observa-se, ainda, no município de Sobral, a persistência de óbitos considerados evitáveis por adequada assistência pré-natal (Gráfico 4), embora esse número de óbitos evitáveis venha caindo, principalmente, nos dois últimos anos.

Gráfico 4 - Percentual de óbitos infantis de acordo com a evitabilidade, Sobral, 2013 a 2015



Fonte:DATASUS/CNES: Fonte: DATASUS/CNES. *2012 estimativa 3000 hab. (Portaria 2.488, de 24 outubro de 2011).

Relevância do estudo

A relevância da realização desse estudo, reside no fato de que nos últimos 10 anos, a evolução da mortalidade materna e infantil de Sobral atingiu uma redução expressiva, mas essa redução foi oscilante e ainda ocorrem muitos óbitos considerados evitáveis principalmente por adequada atenção ao pré-natal, o que tornou-se um desafio para a gestão municipal do SUS.

Por isso, avaliar o desempenho da assistência pré-natal, utilizando o referencial da Rede Cegonha que constitui um compromisso firmado pelo município para a melhoria da qualidade da assistência à mulher na gestação torna-se um imperativo.

Esse tipo de estudo de avaliação da assistência pré-natal de Sobral, já foi realizada no município, mas em estudos voltados para a assistência prestada às gestantes com o diagnóstico de Sífilis (MARTINS, 2014; SIQUEIRA, 2010).

A avaliação de desempenho da assistência pré-natal da ESF de Sobral articula-se com a linha de pesquisa Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde, do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pois seus resultados podem ser utilizados para ajustar a atenção e a gestão do cuidado na esfera da assistência pré-natal no município de Sobral.

O esclarecimento dos objetivos colocados para essa pesquisa são a muitos perseguidos por mim, uma vez que toda a minha atuação profissional no município de Sobral está relacionada à redução da mortalidade materna e infantil. Inicialmente, como especialista em Ginecologia e Obstetrícia, atuando junto às equipes da ESF, realizando o matriciamento na área de Saúde da Mulher, com ênfase na Assistência Pré-natal e na Patologia Cervical e atualmente como gestora, na Coordenação de Atenção à Saúde e como membro do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil de Sobral, justificam o meu interesse no tema do estudo apresentado.

O objeto desse trabalho de pesquisa será a avaliação do desempenho da assistência pré-natal na ESF, segundo as diretrizes preconizadas pela Rede Cegonha, visando identificar a qualidade e a adequação de suas práticas. A importância portanto, deste estudo, está no fato de que a qualidade da assistência pré-natal é fundamental para desfechos perinatais favoráveis, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de agravos, controlando fatores de risco que podem causar complicações para a saúde materna e infantil (BRASIL, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o desempenho da atenção pré-natal da ESF de Sobral, segundo os parâmetros da Rede Cegonha.

2.2 Objetivos específicos

Identificar o perfil sociodemográfico das puérperas atendidas na ESF de Sobral;

Identificar o perfil obstétrico das puérperas atendidas na ESF de Sobral;

Avaliar os indicadores de estrutura dos CSF de Sobral, considerando os requisitos mínimos para atenção pré-natal propostos pela Rede Cegonha;

Avaliar os indicadores de processo da atenção pré-natal da ESF de Sobral quanto aos requisitos mínimos de qualidade propostos pela Rede Cegonha;

Avaliar os indicadores de resultado da atenção pré-natal da ESF de Sobral;

Avaliar a relação entre o desempenho adequado da atenção pré-natal e o desfecho da gestação;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a avaliação da assistência pré-natal no município de Sobral foram considerados três referenciais: os conceitos e diretrizes da Rede Cegonha que definem a proposta de qualificação para o pré-natal na Rede de Atenção à Saúde dos municípios brasileiros, a Estratégia de Saúde da Família que opera esses conceitos e princípios nos serviços de saúde da Atenção Básica e o suporte teórico para a avaliação fundamentado na teoria de Donabedian.

3.1 Políticas públicas para atenção pré-natal

Entende-se política de saúde como a resposta social do Estado às condições de saúde dos indivíduos, populações e seus determinantes sociais, assim, a como a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços de saúde, por meio do estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (PAIM, TEIXEIRA, 2006).

A primeira sistematização de atendimento pré-natal pode ser atribuída a John William Ballantyne, que em 1901, em Edimburgo, iniciou a organização do atendimento das gestantes antes do parto, com predomínio das ações preventivas, como redução da ansiedade (BUCHABQUI, ABECHE, NICKEL, 2011). Após as experiências americanas de cuidados pré-natais, por meio de consultas domiciliares de enfermeiras e internação hospitalar, foram criados progressivamente, nos países desenvolvidos, sistema e serviços de atenção pré-natal.

No Brasil, os cuidados obstétricos começaram a ocorrer após a fundação da primeira escola médica, em 1808, no Rio de Janeiro, com a chegada da comitiva de Dom João VI.

As políticas brasileiras de atenção à saúde materno-infantil, iniciaram-se com a reforma sanitária de 1920, com a criação da Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância no Departamento Nacional de Saúde Pública, que tinha como objetivo, a redução da mortalidade materna e infantil. E o primeiro serviço brasileiro de assistência pré-natal foi criado pelo professor Raul Briquet, no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1925 (COUTINHO, 2006).

Na década de 40, os cuidados com a gravidez e amamentação no Brasil, estavam sob o controle do Departamento Nacional da Criança.

Na segunda metade do século XX, com o aprimoramento da propedêutica obstétrica, fundamentalmente relacionada ao entendimento da fisiologia fetal, por meio do desenvolvimento da ultrassonografia, as práticas assistenciais deixam de ser direcionadas somente à gestante (CRUZ, CAMINHA, BATISTA FILHO, 2014).

As políticas públicas sobre a saúde da mulher, no Brasil, foram intensificadas na década de 70, com a publicação das Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que instituía a criação de programas voltados à assistência ao parto, ao puerpério e à gravidez de risco; seguido do Programa de Saúde Materno-Infantil, focado na nutrição de gestantes, puérperas, crianças e mulheres em idade fértil e do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (JORGE, 2015).

Na década de 80, as políticas nacionais na área de saúde da mulher deixam de enfocar, exclusivamente, o ciclo gravídico-puerperal passando a abranger a saúde integral da mulher, incluindo ações voltadas à adolescência e ao climatério, por meio da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 (BRASIL, 2004). Esse programa impulsionou a atenção pré-natal, implementando diretrizes quanto à cobertura assistencial, ao número de consultas, ao início precoce do pré-natal e aos conhecimentos técnico-científicos e tecnológicos (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

O PAISM foi influenciado pelo movimento mundial de Humanização do Parto e Nascimento. Seguindo essa tendência, foram criados o Projeto Maternidade Segura em 1995, o Hospital Amigo da Criança em 1998 e o PHPN em 2000 (BRASIL, 2001).

A criação do SUS influenciou a implantação e implementação do PAISM, pelo seu processo de municipalização e pela reorganização da Atenção Básica, por meio da ESF, e do reforço oferecido pela regionalização, implementada na NOAS em 2001, que estabeleceu ações básicas mínimas para os municípios, no âmbito do pré-natal e do puerpério, do planejamento familiar, da prevenção de câncer de colo uterino e na garantia de acesso à ações de maior complexidade nesses arranjos estaduais (BRASIL, 2004).

Observando as dificuldades de implementação do PAISM, originadas pelas diferenças regionais de implantação e na baixa qualidade nos serviços que

realizavam as ações preconizadas pelo PAISM e, entendendo que o desrespeito aos direitos da mulher também contribuíam para esse quadro, em junho de 2000, foi implantado o PHPN, que tinha como principal estratégia a humanização da assistência e apresentava aspectos conceituais sobre humanização (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

O PHPN foi instituído por uma série de portarias ministeriais, que determinaram incentivos financeiros para a assistência pré-natal, para a organização e regulação da assistência obstétrica, visando a qualidade da assistência, o acesso aos serviços e a humanização da atenção com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e perinatal (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

Para induzir os municípios a implementar as ações propostas pelo PHPN foi adotada uma política de custeio dessa assistência, por meio da transferência de recursos conforme o cumprimento de critérios mínimos para qualificação da assistência pré-natal. Os critérios mínimos recomendados foram: primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, realizar no mínimo, seis consultas de pré-natal, com uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação e uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; e ofertar os seguintes exames: tipagem sanguínea e fator Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; sumário de urina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, nos municípios com mais de cinquenta mil habitantes; e aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

O PHPN também contemplou a criação de um sistema de informação, o SISPRENATAL, para monitoramento das ações, pelo fornecimento de um conjunto de relatórios de indicadores planejados para monitorar essa atenção em âmbito municipal e estadual, contribuindo para melhorar a gestão dos serviços, além monitorar o pagamento dos incentivos financeiros.

Avaliando a implantação do PHPN, nos anos de 2001 e 2002, Serruya*et al*.(2004) observaram que dos 3.985 municípios formalmente aderidos até dezembro 2002, apenas 3.016 haviam implementado o PHPN e instalado o SISPRENATAL.

Esse quadro foi atribuído às fragilidades de descentralização e regionalização vivenciadas pela gestão do SUS. O resultado da implantação do PHPN, propiciou a oportunidade de discutir o panorama de atenção à gestação e ao parto em cada município, revelando fragilidades na capacidade instalada e na distribuição de recursos de média e alta complexidade, pois apenas 2% em 2001 e 5% em 2002 das gestantes cadastradas receberam o conjunto das atividades assistenciais recomendadas.

Após 20 anos de amplos debates sobre questões de gênero e o papel da mulher na sociedade contemporânea, em ressonância aos objetivos propostos pelas Conferências Mundiais de Direitos Sociais promovidas pela Organização das Nações Unidas, o Ministério da Saúde instituiu em 2004, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), norteada pelo enfoque de gênero, da integralidade e da promoção de saúde, que objetivava a melhoria da assistência pré-natal e ao parto, ao planejamento familiar, da atenção ao aborto e do combate à violência sexual e doméstica. Para sua elaboração, o Ministério da Saúde envolveu várias áreas técnicas e departamentos, assim como movimentos sociais de defesa dos direitos das mulheres (BRASIL, 2004).

Com base nos princípios da humanização e da qualidade da atenção em saúde, na transição sóciodemográfica e em um breve diagnóstico da situação da saúde, a PNAISM apresentou o Plano de Ação 2004-2007, no qual são propostas metas, estratégias, ações, recursos e indicadores para cada um dos seus objetivos, definidos a nível local, de acordo com a realidade epidemiológica e social (BRASIL, 2014).

Em 2009, a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) observaram nas Américas, sistemas de saúde caracterizados por altos níveis de segmentação e fragmentação, com baixo nível de desempenho, dificuldades no acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e baixa satisfação dos usuários dos serviços de saúde (OPAS, 2009). Para superação da fragmentação dos sistemas de saúde, OPAS/OMS propõem a reorganização dos sistemas de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), acreditando que esse novo modelo possibilitaria a aplicação de um conjunto de intervenções preventivas e curativas, atenção continuada e longitudinal para a população e a integração entre os vários serviços do ponto de vista espacial e vertical, com a

formulação de políticas de saúde, gestão e trabalho intersetoriais compatíveis com as vinculações necessárias (MENDES, 2011).

Com o intuito de possibilitar as mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil, o Ministério da Saúde, em 2010, instituiu a Portaria nº 4.279, que estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS no SUS, como estratégia prioritária, que objetiva a promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, incrementando o desempenho do sistema, quanto ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010). As RAS estruturadas pelo Ministério da Saúde foram a Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante à puérpera e à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora; a Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas; a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites.

3.1.1 A Rede Cegonha

A Rede Cegonha instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 é uma estratégia governamental para implementar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país. A assistência pré-natal, um dos componentes da Rede Cegonha, foi elaborada como uma estratégia para o enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e ao nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, através da organização de uma “rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, ao parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade

assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a).

No período 2011-2015, a estratégia Rede Cegonha foi uma das mais importantes ações do Ministério da Saúde, atingindo em 2013, adesão de 5.561 municípios, correspondendo a 98,5% dos municípios brasileiros, com 100% deles aderidos ao componente pré-natal, oferecendo cobertura para 4,6 milhões de gestantes (BRASIL, 2015a).

Na Rede Cegonha, a ESF “é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado” (MENDES, 2011). É responsável pelo primeiro contato dos indivíduos, das famílias e das comunidades com os serviços de saúde, devendo dar continuidade à atenção, ser resolutivo para os problemas mais comuns de saúde, coordenando seu cuidado em todos os pontos de atenção, cumprindo, assim, seus papéis essenciais nas Redes de Atenção à Saúde: a resolução; a coordenação e a organização do cuidado; e a responsabilização. É responsável pela atenção integral à saúde da gestante e da criança, iniciando pelo planejamento familiar com orientação e oferta de métodos contraceptivos, de preparação para a gestação planejada, com pré-natal adequado, acompanhamento puerperal e da criança até os dois anos de idade. À ESF, como componente do Rede Cegonha cabe a realização do pré-natal de risco habitual; a captação precoce da gestante; o encaminhamento ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; o acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; a realização dos exames de pré-natal; a prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites; a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; e o apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto. A ESF, também, é referência para o Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, realizando o acompanhamento da puérpera e da criança, com visita domiciliar na primeira semana após a alta hospitalar, a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável e busca ativa de crianças vulneráveis e outros.

Em Sobral, a Rede Cegonha é base estruturante da assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e à criança até 2 anos de idade, que é ofertada à população. Os serviços de saúde estão organizados em rede, com a oferta de atendimentos e exames parametrizados conforme critérios indicados pela Rede

Cegonha, na Portaria SAS Nº 650, de 05/10/2011. Essa programação é pactuada a nível regional, por meio da confecção de Plano de Ação de Saúde Regional do Rede Cegonha, e os ajustes necessários são discutidos nos Fóruns Regionais do Rede Cegonha, nos quais gestores municipais, profissionais de saúde e comunidade tem participação. Pode-se afirmar que a Rede Cegonha ao propor toda a organização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e à criança possibilitou aos municípios melhorar a gestão da atenção ao pré-natal, em especial.

3.1.2 A Estratégia de saúde da família e a atenção básica

Atenção primária entendida, conforme Starfield (2002) é a "*atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico".* Giovanella (2008) a partir de revisão da literatura sobre a Atenção Primária, identifica três concepções predominantes: a Atenção Primária como nível primário de atenção, a Atenção Primária seletiva e a Atenção Primária como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. A primeira baseada em "cuidados ambulatoriais na porta de entrada e como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada" quanto à garantia do direito universal à saúde, a segunda como um programa focado em uma cesta restrita de serviços e a terceira, chamada de abrangente ou ampliada, que se refere a um a modelo assistencial integral centrado na Atenção Primária à Saúde, que é a concepção necessária para a implementação das RAS, segundo Mendes (2012). No Brasil, a partir de 1994, a ESF foi o modelo assistencial escolhido para organizar a Atenção Primária, que foi denominada de Atenção Básica (ANDRADE, 2004).

A ESF, modelo de organização da Atenção Básica adotado no Brasil, tem como característica a definição de território adstrito, a reorganização do processo de trabalho na saúde, por meio de ações intersetoriais, ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde realizadas por equipe multiprofissional, que garante o cuidado da população, por meio da continuidade, da longitudinalidade e do acesso, sendo a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro (SAMPAIO, MENDONÇA, LERMEN JUNIOR, 2012). A ESF prioriza em suas bases teóricas a promoção da saúde, o que não significa desprezar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores e que todas as ações

de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidas no conceito amplo de promoção de saúde. (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2012).

A ESF, também, é focada na família e constituída na esfera comunitária, que é o mais alto grau de descentralização, constituindo-se como porta de entrada e o centro de organização das redes de atenção à saúde, viabilizando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (ROUQUAYROL, 2013)**.** Mantém, ainda, coerência com as diretrizes organizativas do SUS: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular. Apresenta um potencial de resolubilidade de até 80% das demandas dos usuários que buscam o CSF e uma capacidade racionalizadora sobre a demanda originária do seu território para a média e alta complexidade(ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2012).

A ESF tem desempenhado um papel importante no processo de implantação da Rede Cegonha, exatamente por ser o modelo estruturante da Atenção Básica nos municípios. Foram realizados ajustes para adequação dos CSF à proposta, potencializando as ações já existentes, com a ampliação da oferta de novos exames e a qualificação do cuidado com base no modelo de atenção proposto.

Em Sobral, as equipes de saúde da família são constituídas por médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos ou auxiliares de enfermagem e equipe de saúde bucal, conforme padronizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011c). Contam com o apoio do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Além dos servidores de apoio administrativo, como os recepcionistas, os digitadores, os serviços gerais, os motorista, os zeladores de patrimônio e os atendentes de farmácia.

Quanto à assistência pré-natal, a equipe de saúde da família, realiza a territorialização, o mapeamento da área de atuação da equipe, a identificação das gestantes e a atualização contínua de informações. O cuidado do pré-natal é feito prioritariamente no CSF, mas quando necessário, também no domicílio e em outros espaços comunitários(BRASIL, 2012b).

No contexto de Sobral, é importante reconhecer que os profissionais de saúde que atuam na ESF tem um papel fundamental na garantia do atendimento pré-natal, pois realizam busca ativa das mulheres gravidas no seu território adstrito,

além de ofertarem um cuidado diferenciado, quando os determinantes sociais são a principal origem do agravo, o que leva a desfechos favoráveis.

A assistência diferenciada da ESF de Sobral é retratada na estratificação de risco da gestante utilizada no município, que não divide as gestantes simplesmente em alto e baixo risco, mas sim, em risco clinico, risco social, risco habitual e gestantes da rede privada. Assim, as gestantes classificadas como de risco clinico são acompanhadas por obstetras na referência para Pré-natal de Alto Risco e pela equipe de saúde da família; as gestantes classificadas como de risco habitual, por não apresentarem riscos clínicos associados, além do fato de estarem grávidas, são acompanhadas pela equipe de saúde no CSF; as gestantes classificadas como de risco social, são acompanhadas pela equipe de saúde, o NASF e todos os demais recursos necessários e disponíveis para acompanhamento da gestação. Os profissionais envolvidos no pré-natal da gestante de risco social são definidos, por meio da realização do Projeto Terapêutico Singular, no qual a equipe de saúde e seus ACS têm papel fundamental pelo conhecimento privilegiado da família e da comunidade. Uma quarta classificação é das gestantes da rede privada, que identificadas pelos ACS, recebem visitas domiciliares mensais durante a gestação, sendo ofertada a possibilidade de cuidado no âmbito do SUS, conforme a necessidade da gestante.

As características acima descritas fazem o diferencial da assistência pré-natal ofertada na ESF, em Sobral, com relação à ofertada por somente especialistas ou pela atenção primária sem ser ESF. Vale ressaltar a incorporação da abordagem familiar e do cuidado comunitário.

3.2 Avaliação da qualidade na atenção pré-natal

Avaliar é emitir juízo de valor sobre determinada intervenção, podendo ser programa, serviço ou outros, com critérios e referenciais construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão (FURTADO, 2001). Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação deve ser vista como uma ferramenta de gestão para detecção das fragilidades e fortalezas das equipes de saúde e para o planejamento local, na busca da organização e gerenciamento dos recursos dando oportunidade para a qualificação de programas e serviços. De acordo com Serapioni *et al* (2013), a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, permitindo aos gestores, a tomada de decisão de maneira mais racional em face dos problemas.

Ainda nessa perspectiva, Furtado (2001) afirma que após a implantação de um programa ou serviço, o processo avaliativo aparecerá como uma oportunidade para o esclarecimento de pontos críticos, subsidiando decisões, baseadas no confronto entre os pressupostos das ações propostas e a prática.

Neste sentido, gestão, avaliação e planejamento podem ser considerados instâncias muito próximas e convergentes.

Apesar de a avaliação ser uma antiga atividade humana foi em virtude da crise econômica ocorrida após a Segunda Guerra Mundial, que a avaliação passou a fazer parte do cenário dos programas públicos, como uma ferramenta para aumentar a eficácia num cenário de recursos econômicos escassos (GIL, 1999).

No Brasil, a pesquisa de avaliação de políticas começa a se desenvolver apenas a partir da década de 80, em um país recém saído da Ditadura Militar, em que a transparência na política não era algo observado, ou cobrado pela sociedade (FURTADO, SILVA, 2015). Nesse cenário, incrementado pelas necessidades de institucionalização do SUS, de ajuste das estruturas organizacionais e de qualificação dos profissionais, a avaliação foi direcionada para a melhoria das políticas e programas vinculados a problemas prioritários (SERAPIONI, LOPES, SILVA, 2013).

Embora no âmbito do SUS, exista uma política de incentivo ao desenvolvimento de pesquisas avaliativas, na realidade os processos avaliativos

ainda são incipientes, distantes das práticas dos serviços, burocráticos e punitivos, não se constituindo em ferramentas de suporte ao processo decisório e de formação dos profissionais de saúde (FURTADO, SILVA, 2015).

Avedis Donabedian concebeu o quadro conceitual fundamental para o estudo da avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultados, fundamentado pelas noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output (Donabedian, 1982).

Segundo a sua teoria, a avaliação no campo da saúde, pode ser classificada por meio de três dimensões. A primeira é a estrutura, que diz respeito às características relativamente estáveis das instituições, como: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional. A segunda dimensão é o processo, que envolve as relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, desde a busca pela assistência até o diagnóstico e o tratamento. E a terceira dimensão, o resultado, que está relacionada com a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde da população, considerando sua satisfação e expectativas (DONABEDIAN, 1982).

Quanto ao processo de avaliação, proposto por Donabedian, cada dimensão tem sua contribuição para a qualidade final da assistência prestada, apesar de ser difícil quantificar exatamente a contribuição de cada componente, sabe-se que uma estrutura adequada aumenta probabilidade de um processo de qualidade, assim como um processo de qualidade gera uma assistência de melhor qualidade (SILVA, FORMIGLI, 1994; DONABEDIAN, 2003).Em outro modelo, Donabedian ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Com relação à avaliação da qualidade da assistência pré-natal, em 1973, o Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências da América do Norte desenvolveu um indicador, conhecido como índice de Kessner, baseado no mês de início do pré-natal, no número total de consultas e na idade gestacional, para qualificar o desempenho dos programas de atenção pré-natal composto por três categorias de utilização da assistência pré-natal: pré-natal adequado, intermediário e inadequado. Esse índice utiliza como parâmetro um número mínimo de nove consultas para uma gestação de 40 semanas, apesar de naquela época o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia preconizar como adequado um mínimo de

13 consultas de pré-natal (LEAL,2004; SILVEIRA, SANTOS, 2004; KOTELCHUCK, 1994).

Pelo Índice de Kessner, o pré-natal é considerado adequado, quando inicia antes de 13 semanas de gestação e tem uma ou mais consultas para gestação de 13 semanas ou menos de evolução; duas ou mais consultas para gestação de 14 a 17 semanas; três ou mais consultas para gestação de 18 a 21 semanas; quatro ou mais consultas para gestação de 22 a 25 semanas; cinco ou mais consultas para gestação de 26 a 29 semanas; seis ou mais consultas para gestação de 30 a 31 semanas; sete ou mais consultas para gestação de 32 a 33 semanas; oito ou mais consultas para gestação de 34 a 35 semanas e nove ou mais consultas para gestação de 36 semanas ou mais. Será considerado inadequado o pré-natal, em que não houver consulta durante a gestação entre 14 a 21 semanas; no caso de uma consulta ou menos na gestação entre 22 a 29 semanas; duas ou menos consultas na gestação de 30 a 31 semanas; três ou menos consultas na gestação de 32 a 33 semanas; e quatro ou menos consultas na gestação com 34 ou mais semanas. Em todas as outras combinações do número de consultas, o pré-natal será classificado como intermediário (LEAL,2004; KOTELCHUCK, 1994).

Em 1987, Kotelchuck modificou o critério de Kessner, criando o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal, que considerava o mês de início do pré-natal e o porcentual de consultas recebidas, conforme o início da assistência e a idade gestacional no parto. Considerando que quanto mais precoce o início, mais adequado é o cuidado prestado, Kotelchuck classifica a assistência em adequada-superior ou intensiva, quando inicia no 1º ou 2º mês; em adequada, quando inicia no 3º ou 4º mês; em intermediária, quando inicia no 5º ou 6º mês e inadequada, quando inicia no 7º mês ou após, ou quando não ocorre assistência pré-natal. A adequação dos cuidados recebidos é definida como a razão entre o número de consultas recebidas e o número esperado de consultas. O número esperado de consultas, conforme preconizado pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, para uma gestação não complicada, é de uma visita por mês até 28 semanas, duas visitas por mês até 36 semanas e uma visita por semana até o nascimento. (LEAL,2004; SILVEIRA, SANTOS, 2004; KOTELCHUCK, 1994).

Combinando a adequação do início do pré-natal e a adequação dos cuidados de pré-natal recebidos, o Índice de Kotelchuck classifica o pré-natal em adequado-superior ou intensivo, quando inicia até o 2º mês e são realizadas 110%

ou mais das consultas recomendadas; em adequado, quando inicia até o 4º mês e são realizadas de 80-109% das consultas recomendadas; em intermediário, quando inicia até o 6º mês e são realizadas de 50-79% das consultas recomendadas; e em inadequado, quando inicia após o 7º mês e são realizadas menos de 50% das consultas recomendadas (LEAL,2004; SILVEIRA, SANTOS, 2004; KOTELCHUCK, 1994).

No Brasil, esses indicadores foram utilizados nos estudos de avaliação da atenção pré-natal ofertada às gestantes no Rio Grande do Sul e no Maranhão, em 2001 e no Rio de Janeiro, em 2004 (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2006; LEAL,2004).

Após a publicação do PHPN pelo Ministério da Saúde, que preconizou parâmetros mínimos para uma adequada assistência pré-natal para gestantes de baixo risco, observa-se a utilização crescente desses parâmetros nos estudos de avaliação da assistência pré-natal, combinados com os indicadores de Kessner e de Kotelchuck (BRASIL, 2000; COUTINHO, 2003; LEAL, 2004; SILVEIRA, 2004).

Em 2006, o serviço de pré-natal de baixo risco do Hospital Universitário de Maringá, Paraná, para avaliar o processo de atenção pré-natal utilizou como critérios de qualidade a precocidade no ingresso, a adequação do número de consultas de pré-natal, conforme o PHPN e o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal, criado por Kotelchuck, observando que 44,5% das gestantes iniciaram tardiamente o pré-natal, o que foi atribuído a uma oferta limitada de vagas e a busca por melhor qualidade na atenção pela transferência espontânea de gestantes de outros serviços para o Hospital Universitário, o que em geral ocorria tardiamente. Foram ofertadas, em média, 9,8 consultas por gestante, valor superior aos parâmetros nacionais recomendados. Quanto ao processo, foram identificados obstáculos no acesso ao serviço (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2006).

Até o início dos anos 2000, os estudos de avaliação dos serviços de saúde de atenção pré-natal eram limitados à cobertura, ao número de consultas de pré-natal e ao tipo de parto. Silveira *et al* (2001) inauguraram a utilização dos conceitos de qualidade de Donabedian, na avaliação da atenção pré-natal oferecida às gestantes usuárias nas unidades de atenção primária à saúde de Pelotas, Rio Grande do Sul. Nesse estudo a estrutura das unidades de saúde foi caracterizada como precária (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Em 2003, a assistência pré-natal de usuárias do SUS do município de Juiz de Fora, Minas Gerais foi avaliada por Coutinho, utilizando o Índice de Kessner

e critérios do PHPN para exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos realizados no pré-natal, observando uma ótima cobertura (99,04%), média de consultas acima do preconizado pelo Ministério da Saúde (6,4) e início do pré-natal em média com 17,4 semanas de gestação. Nesse estudo, Coutinho propôs três níveis de adequação da assistência pré-natal, no Nível 1 foi utilizado o Índice de Kessner para avaliar a utilização do pré-natal, sendo considerado adequado o início até 14 semanas e a realização de 6 ou mais consultas de pré-natal; o Nível 2 abrangeu a utilização adequada do pré-natal e os procedimentos clinico-obstétricos considerados essenciais para adequada assistência pré-natal: registro da idade gestacional; da altura uterina (AU); da pressão arterial; do peso e edema maternos; da apresentação fetal e dos batimentos cardíacos fetais (BCF); sendo considerado adequado a utilização adequada do pré-natal somada à realização dos procedimentos clínico-obstétricos conforme preconizado; o Nível 3 de adequação da assistência pré-natal considera a utilização adequada do pré-natal, somada à realização dos procedimentos clinico-obstétricos e à realização dos exames laboratoriais: a tipagem sanguínea e fator Rh, hematócrito e hemoglobina, glicemia de jejum, VDRL e sumario de urina. Os níveis são adicionais e dependentes. Coutinho observou altos níveis de inadequação, a partir no Nível 1e recomendou manter as avaliações periódicas para o aperfeiçoamento processo (COUTINHO, 2003). Em 2006, Coutinho no seu doutoramento, avaliou a evolução da adequação da assistência pré-natal no mesmo município de Minas Gerais, evidenciando a persistência da baixa adequação da assistência pré-natal (COUTINHO, 2006, BRASIL, 2011).

Rocha (2011) avaliou a estrutura, o processo e o resultado da atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza, Ceará, encontrando bons resultados em estrutura, mas indicadores ruins com relação à avaliação de processo e resultados. Nesse estudo, foi validado um instrumento de avaliação de estrutura, que serviu de referencial para a coleta de dados sobre estrutura desta pesquisa.

Na validação desse instrumento, Rocha contou com a participação de especialistas em obstetrícia, gestores e pesquisadores. O instrumento foi elaborado com base no preconizado pelo Ministério de Saúde como indispensável para a assistência pré-natal de qualidade. Conforme a avaliação de cada critério é atribuída uma pontuação: de zero ponto para insatisfatório ou inexistente; de 5 pontos quando parcialmente atendido o recomendado; e 10 pontos quando o critério for totalmente

atendido. Foram considerados na área de planta física 7 itens alcançando uma pontuação máxima possível de 70 pontos. Na área de recursos humanos considerou a existência de 8 itens com uma pontuação máxima possível de 80 pontos. Na área de recursos materiais considerou a existência de 14 itens com uma pontuação máxima possível de 140 pontos. Na área de apoio laboratorial considerou a realização de 11 exames complementares com uma pontuação máxima possível de 110 pontos. Na área de medicamentos essenciais foi considerada a disponibilidade de 10 tipos de medicamentos com uma pontuação máxima de 100 pontos. Na área de Referência e Contra-referência foi considerada a presença de sistema de referência e de contra-referência funcionantes; com uma pontuação máxima de 20 pontos. Na área de instrumentos de registro foram considerados 3 itens com uma pontuação máxima de 30 pontos. De acordo com o somatório total de pontos obtidos, alcançando um máximo de 550 pontos, as unidades foram classificadas em ótimas (90 a 100% do total de pontos); satisfatórias (75% a 89,9%); precárias (50 a 74,9%) ou insuficientes (49,9% ou menos) (ROCHA, 2011).

Morais (2013) avaliou a atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no Município de Santa Helena de Goiás, com a utilização de indicadores de estrutura, processo e resultados, baseados nos critérios do PHPN e níveis de adequação, conforme proposto por Coutinho (2003), acrescido de um quarto nível de adequação, que adiciona a realização da consulta puerperal. Os resultados de estrutura foram satisfatória, mas o nível de inadequação do processo assistencial foi elevado a partir do Nível 2, chegando a 88,2% de inadequação. Quanto aos indicadores de resultados, encontrou-se 7,0% dos RN com baixo peso e 8,2% prematuros, valores considerados aceitáveis pela OMS. No seu estudo a autora construiu um instrumento que possibilitou a caracterização sociodemográfica e o perfil obstétrico das gestantes, a caracterização da assistência pré-natal e a descrição e avaliação de indicadores de processo da assistência pré-natal, que foram utilizados como referência para a construção do instrumento de coleta de dados para avaliação de processo e resultados utilizada neste estudo (ANEXO B) (MORAIS, 2013).

Em Sobral, a avaliação da qualidade da assistência pré-natal utilizando a tríade de Donabedian, quanto à estrutura, processo e resultado, tem sido empregada em vários estudos. Em 2008, Ximenes Neto *et al* utilizando esse referencial teórico avaliaram a qualidade da atenção ao pré-natal oferta da em

quatorze Centros de Saúde da Família de Sobral, número que equivalia a 50% dos CSF na época, mostrando que quatro apresentavam indicadores adequados para o pré-natal e que as inadequações na estrutura física observadas não impediam um atendimento de qualidade. Siqueira (2010) e Martins (2014), também utilizaram o referencial de Donabedian para avaliar a assistência pré-natal ofertada às gestantes com diagnóstico de sífilis, no município de Sobral observando inadequações na estrutura e recursos materiais.

No campo da avaliação da Atenção Básica, e indiretamente da Rede Cegonha e da assistência pré-natal, em nível nacional foi lançado em 2011, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB) com o objetivo de incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários nos CSF, por meio das equipes de Saúde da Família. Tinha ainda, como objetivo garantir um padrão de qualidade utilizando um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde em áreas prioritárias, como a Saúde da Mulher, a Saúde da Criança, a Saúde Bucal, a Saúde Mental, a Atenção às Doenças Crônicas – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, o Programa Saúde na Escola, a Atenção Domiciliar, as Práticas Integrativas e Complementares e a Atenção às Doenças Negligenciadas – Tuberculose e Hanseníase.

Os indicadores acompanhados, com relação à saúde da gestante, são: proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica; média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre; proporção de gestantes com pré-natal no mês; proporção de gestantes com vacina em dia e proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2011b).

A avaliação realizada no PMAQ é composta por três partes: um instrumento de auto avaliação da equipe (AMAQ), que corresponde a 10% da nota de avaliação; o desempenho em 24 indicadores de saúde, que corresponde a 20% da nota de avaliação e o desempenho na Avaliação Externa, conforme os padrões de qualidade estabelecidos, que corresponde a 70% da nota de avaliação(BRASIL, 2011b).

Conforme a pontuação atingida pela equipe da Atenção Básica, o desempenho é classificado em muito acima da média, acima da média, mediano ou abaixo da média, insatisfatório ou desclassificado, em comparação às equipes de

saúde da família do mesmo estrato de avaliação. No 1º Ciclo do PMAQ-AB, das 27 equipes da ESF de Sobral certificadas, 20 (74,07%) atingiram desempenho muito acima da média, 6 (22,22%) atingiram desempenho acima da média e 1 (3,70%) atingiu desempenho mediano ou abaixo da média. No 2º Ciclo, foram certificadas 47 equipes, destas 15 (31,91%) tiveram desempenho muito acima da média, 28 (59,57%), desempenho acima da média e quatro (8,51%), desempenho mediano ou abaixo da média. Refletindo uma piora global do desempenho das equipes de saúde da família do 1º para o 2º Ciclo, mantendo, entretanto um percentual acima de 90% de desempenho acima da média nos dois Ciclos do PMAQ-AB.

Ainda quanto aos resultados no PMAQ-AB, é relevante destacar o baixo desempenho alcançado pelas equipes da ESF de Sobral na Avaliação Externa, no 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB, na Dimensão V – Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário, dimensão relacionada com a satisfação do usuário, na qual 100% das equipes foram classificadas como mediano ou abaixo da média.

Neste estudo a avaliação da qualidade da atenção à saúde no pré-natal, foi realizada considerando a teoria da avaliação da qualidade em saúde de Donabedian e os parâmetros assistenciais e requisitos mínimos de estrutura indicados pela Rede Cegonha para a implementação das ações de cuidados no pré-natal, conforme resumido no Quadro 1 (DONABEDIAN, 1982; BRASIL, 2012a).

Quadro 1 - Síntese da teoria de avaliação utilizada e o objeto de pesquisa

Continua

Dimensões da Teoria de Avaliação de Donabedian	Parâmetros assistenciais e requisitos mínimos de estrutura indicados pela Rede Cegonha para a implementação das ações de cuidados no pré-natal	
Estrututra	**Recursos Humanos**	É utilizada agenda flexível para o atendimento pré-natal
		Há médico realizando atendimento pré-natal no CSF
		Há enfermeiro realizando atendimento pré-natal no CSF
		Há auxiliar de enfermagem realizando atendimento no CSF
		Há ACS ativos em todas as microáreas realizando cadastramento e acompanhamento das gestantes
		Há funcionário de apoio administrativo
		Há auxiliar de serviços gerais em todos os turnos de atendimento
	Planta Física	Há sala de espera com bancos para sentar
		Existe consultório individual.
		A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas.

Quadro 1 - Síntese da teoria de avaliação utilizada e o objeto de pesquisa

Continuação

		Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos.
		Há luz suficiente para atividades que requeiram maior iluminação.
		Há sistemas para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.).
		Há sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde.
	Recursos Materias	Mesa e cadeira
		Mesa de exame ginecológico com escada de dois degraus
		Foco de luz
		Balança para adultos (peso/altura)
		Esfigmomanômetro
		Estetoscópio clínico
		Estetoscópio de Pinard e/ou Sonar Doppler
		Fita métrica flexível e inelástica
		Especulo vaginal + pinça Cheron
		Material para coleta de exame colpocitopatológico (luvas, espéculo, espátula de Ayre, escova endocervical, lâmina e porta-lâmina)
		Gestograma ou disco obstétrico
		Disco de IMC ou tabela de IMC
		Roupa de cama e camisola limpa
		Lixeira para material usado
		Manutenção e esterilização dos equipamentos e instrumental utilizado
	Apoio Laboratorial	Hematócrito
		Hemoglobina
		Grupo sanguíneo e fator Rh
		Glicemia de jejum
		Teste de Tolerância a Glicose 75g
		Sumário de urina
		Coombs indireto
		Teste rápido HIV
		Teste rápido Hepatite B
		Ultrassonografia Obstétrica
		Teste rápido Sífilis
		Sorologia para Toxoplasmose
		Colpocitologia
		Urinocultura
	Instrumentos de Registro	Cartão de Gestante
		Ficha Perinatal
		Ficha de cadastramento da gestante no SISPRENATAL
		Mapa de Registro Diário – SISPRENATAL
		Caderno ou Planilha para controle de registro de gestantes
	Medicamentos	Ácido Fólico
		Analgésicos (paracetamol)

Quadro 1 - Síntese da teoria de avaliação utilizada e o objeto de pesquisa

Continuação

		Analgésicos (paracetamol)
		Antibióticos (amoxacilina, nitrofurantoina, cefalexina)
		Antiémeticos
		Anti-hipertensivo (metildopa)
		Penicilina Benzatina
		Sulfato ferroso
		Vacina antitetânica
		Creme vaginal (metronidazol, miconazol)
		Insulina
	Sistema de Referência e Contra-referência	Sistema de Referência funcionante
		Sistema de Contra-Referência funcionante
Processo	**Nível 1**	Índice de Kessner modificado por PHPN/Coutinho (2002)/Rede Cegonha (2012) **a) Adequação** – Início com ≤ 14 semanas e 06 ou mais consultas. **b) Inadequação** – Início com > 28 semanas ou 02 ou menos consultas. **c) Intermediário** – todas as demais situações entre o considerado adequado e inadequado.
	Nível 2	Nível1+ procedimentos clinico-obstétricos obrigatórios (PHPN/Coutinho, 2002/Rede Cegonha,2012) **a) Adequação** – Início com ≤ 14 semanas e 06 ou mais consultas e número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos (AU, IG, PA, PM: 05 ou mais registros; BCF: 4 ou mais registros; e Apresentação fetal: 02 ou mais registros). **b) Inadequação** – Início com > 28 semanas ou 02 ou menos consultas ou os procedimentos clinico-obstétricos: AU, IG, PA, PM e BCF: 02 ou menos registros; Apresentação fetal: nenhum registro. **c)Intermediário** – todas as demais situações entre o considerado adequado e inadequado.
	Nível 3	Nível 2 + exames complementares (PHPN/Coutinho, 2002/Rede Cegonha, 2012) **a) Adequação** – Início com ≤ 14 semanas e 06 ou mais consultas de pré-natal e número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios e exames complementares básicos: ABO-Rh, teste para Hepatite B, sorologia para Toxoplasmose, urinocultura, ultrassonografia obstétrica e colpocitopatologico: um registro; Ht/Hb, glicemia, sumário de urina e testagem para sífilis e HIV: 02 registros. **b) Inadequação** – Início com > 28 semanas ou 02 ou menos consultas ou os seguintes registros dos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, PM e BCF: 02 ou menos registros, apresentação fetal: nenhum registro; ou nenhum exame complementar solicitado.

Quadro 1 - Síntese da teoria de avaliação utilizada e o objeto de pesquisa

Conclusão

		c) Intermediário – todas as demais situações entre o considerado adequado e inadequado.
	Nível 4	Nível3 + consulta puerperal (PHPN/Coutinho,2002/Rede Cegonha, 2012) **a) Adequação** – Início com ≤ 14 semanas e 06 ou mais consultas de pré-natal e número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios e exames complementares básicos registrados; e registro da consulta puerperal até 42 dias após o parto. **b) Inadequação** – Início com > 28 semanas ou 02 ou menos consultas ou os seguintes registros dos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, PM e BCF: 02 ou menos registros, apresentação fetal: nenhum registro; ou nenhum exame complementar solicitado e sem registro de consulta puerperal
	Indicadores	Proporção de óbitos perinatais em relação ao total de RN vivos
		Proporção de RN vivos com baixo peso
		Proporção de RN vivos prematuros
		Proporção de óbitos maternos
Resultados	**Relação entre o grau de adequação (Nível 1, 2, 3 ou 4) da assistência pré-natal e os desfechos da gestação**	RN Vivo
		Óbito Materno
		RN prematuro (<37 semanas)
		RN baixo peso (<2.500g)

Fonte: Primária.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Para avaliação da assistência pré-natal da ESF de Sobral foi desenvolvido um estudo de corte transversal, descritivo e avaliativo, tendo como teoria de fundamentação, a avaliação de qualidade de Donabedian, quanto à estrutura, processo e resultado.

De acordo com Costa e Costa (2015, p.36) o estudo descritivo "é a mais tradicional das pesquisas", e permite conhecer as características da assistência pré-natal prestada pela ESF de Sobral para sua população adstrita.

"Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, no caso programa, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões", segundo Contrandriopoulos *et al* (1997, apud Matilda e Camacho, 2004). Para Minayo *et al* (2006) um processo avaliativo deve contemplar quatro princípios fundamentais: a utilidade, pois deve trazer benefício para todos que dela participam; a viabilidade, ser de interesse de todos, financiadores, gerentes, executores e participantes; a ética, ocorrer em um ambiente de respeito aos envolvidos; e a precisão, determinada por parâmetros científicos e técnicos adequados ao contexto onde o programa será desenvolvido.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Sobral, localizado na região noroeste do Ceará, a 220 Km da capital Fortaleza, com população estimada de 201.756 habitantes, em 2015, conforme o estimado pelo IBGE (BRASIL, 2015b).

No âmbito da saúde, o estado do Ceará está estruturado em cinco macrorregiões e 22 microrregiões de saúde. Sobral é sede da 2ª Macrorregião de Saúde, composta por 55 municípios, sendo responsável por 1.606.608 habitantes, e sede da 11ª Microrregião, composta por 24 munícipios e responsável por 629.957 habitantes (CEARÁ, 2010).

Atualmente, o município conta com 63 equipes de saúde da família, 44 equipes de Saúde Bucal distribuídas em 35 CSF, às quais se somam seis equipes

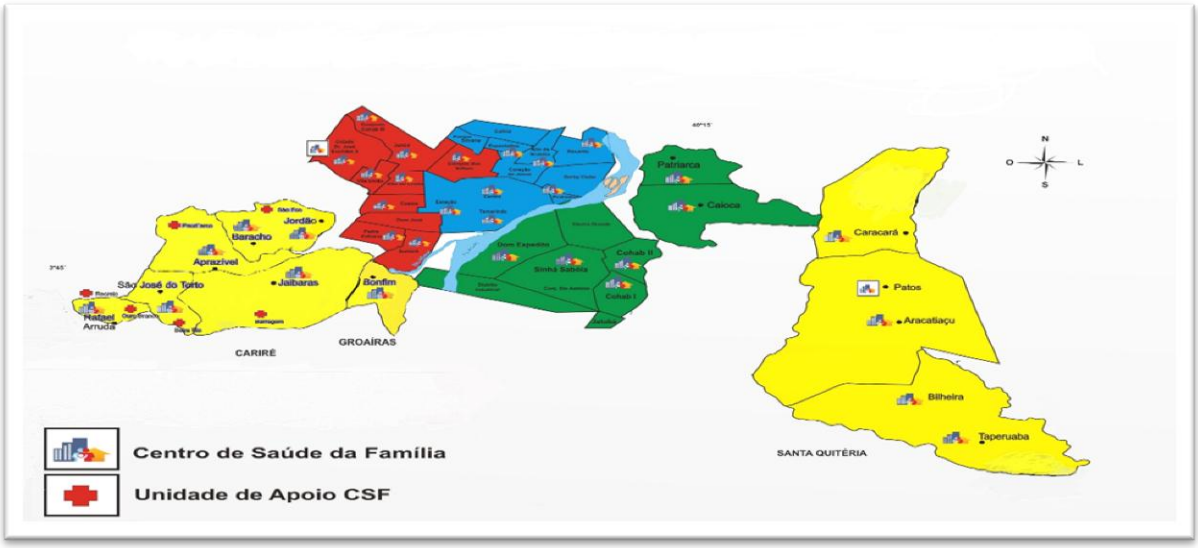
do NASF e três equipes de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa). O município apresenta 98% de cobertura de ESF e 68,34% de cobertura de Saúde Bucal, conforme parâmetros da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011(BRASIL, 2011c).

As 63 equipes da ESF de Sobral estão distribuídas em 45 equipes na sede e 18 nos distritos.

As equipes de saúde da família contam com as seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, ACS, agentes de combate às endemias, dentistas e auxiliar de consultório dentário. Também contam com o apoio de auxiliar administrativo, atendente de farmácia, motoristas, vigilantes e auxiliar de serviços gerais.

Dada à amplitude da extensão territorial do município e à complexidade da atenção primária, e como forma de proporcionar uma melhor organização e acompanhamento das ações e indicadores de saúde, Sobral foi dividida em quatro macroáreas de saúde, constituída por territórios com características de localização geográfica, sócio-econômicas e culturais semelhantes, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Mapa de distribuição dos Centros de Saúde da Família da sede e distrito do município de Sobral-Ceará, 2016



Fonte: Secretaria da Saúde de Sobral – CE.

As macroáreas estão organizadas de a forma descrita a seguir:

- Macroárea 01 (amarela): Aracatiaçu, Aprazível, Baracho/São Francisco, Bilheira, Bonfim, Caracará, Jaibaras, Jordão, Patos, Rafael Arruda, Taperuaba e Torto, todos os CSF localizados em distritos de Sobral;

- Macroárea 02 (vermelho): Alto do Cristo, Campo dos Velhos, COELCE, COHAB 3, Junco, Padre Palhano, Sumaré, Terrenos Novos I e II, Vila União, todos os CSF localizados na sede do município;

- Macroárea 03 (azul): Alto da Brasília, CAIC, Centro, Estação, Expectativa, Novo Recanto, Pedrinhas, Tamarindo, todos os CSF localizados na sede do município;

- Macroárea 04 (verde): COHAB 2, Dom Expedito, Sinhá Sabóia, localizados na sede do município, além de Caioca/Salgado dos Machados e Patriarca, localizados em distritos do município.

A Atenção Primária de Sobral ainda tem ligada a sua estrutura operacional duas Residências Médicas, uma de Psiquiatria e outra de Medicina de Família e Comunidade, duas Residências Multiprofissionais, uma de Saúde da Família e outra de Saúde Mental e a Estratégia Trevo de Quatro Folhas, com suas ações de apoio à Saúde da Família e seus projetos de intervenção, Projeto Flor do Mandacaru, Projeto Coala, Casa Acolhedora do Arco e o Selo Trevo de Quatro Folhas.

O município conta ainda com os seguintes serviços de Atenção Especializada à Saúde, entre serviços próprios e conveniados: Centro de Especialidades Médicas (CEM), Centro de Especialidades Odontológicas Municipal e Regional, Centro de Infectologia, Centro de Reabilitação Física, Centro de Saúde de Sobral, referência para Hanseníase, Policlinica Bernardo Felix da Silva, rede de Laboratórios de Análise Clínicas e de Serviços de Diagnósticos por Imagens credenciados pelo SUS, Centro de Atenção Psicossocial Geral, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Residência Terapêutica, Unidade de Internação Psiquiátrica localizada no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Hospital do Coração, Hospital Regional Norte, Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda e Unidade Mista Dr. Tomaz Correa Aragão.

Quanto ao apoio logístico, o município possui uma Central de Abastecimento Farmacêutico, uma Farmácia Especializada, a Central de Marcação de Consultas e o transporte sanitário distribuído nos seus serviços de saúde.

Para o exercício do Controle Social e da Assistência Social, o município dispõe de Ouvidoria em Saúde, Serviço de Apoio ao Cidadão Sobralense, Conselho Municipal de Saúde e 22 Conselhos Locais de Saúde.

A assistência pré-natal da ESF de Sobral é oferecida nos seus 35 CSF, nos quais é realizado teste rápido para diagnóstico de gestação e captação precoce das gestantes identificadas por demanda espontânea ou busca ativa dos ACS.

Os CSF são a porta de entrada da rede de atenção pré-natal de Sobral, sendo o local, onde as gestantes são avaliadas quanto ao seu risco gestacional. Conforme, essa classificação de risco gestacional, as gestantes são encaminhadas para atendimento nos outros pontos e serviços desta rede assistencial, através de um sistema de referência e contra-referência, que no caso dos encaminhamentos para o Centro de Referência para Pré-Natal de Alto Risco, é monitorado na Planilha de Controle da Gestante de cada CSF. Essa planilha utiliza a ferramenta de compartilhamento do Google Drive® e fica armazenada em nuvem, permitindo a comunicação entre os CSF e o Centro de Referência, compartilhando informações, quanto à classificação de risco das gestantes, marcação e realização de consultas e exames para as gestantes de risco clinico (DORNELES, 2014).

As gestantes classificadas como de risco habitual são acompanhadas nos CSF pela equipe da ESF, as de risco clinico são referenciadas para o pré-natal de Alto Risco, ficando em acompanhamento conjunto com a ESF e as de risco social, são acompanhadas pela equipe da ESF, em conjunto com o NASF, a Estratégia Trevo de Quatro Folhas e todos os recursos sociais disponíveis no território e pertinentes ao adequado acompanhamento do caso (SOBRAL, 2013). Esses atores reunidos têm por objetivo a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular, aqui entendido como uma reunião de toda a equipe para definição de propostas de ações conforme a demanda de cuidado em saúde para cada caso (BRASIL, 2007).

O atendimento pré-natal na ESF de Sobral é realizado utilizando agenda flexível, ou seja, em qualquer dia da semana pode haver atendimento conforme disponibilidade da gestante e da agenda local dos profissionais de saúde da equipe. Na primeira consulta, que predominantemente, é realizada por enfermeiro são feitos o cadastramento no SISPRENATAL e nos instrumentos de controle do CSF

(Planilha de Controle das Gestantes ou Caderno de Controle), são solicitados os exames laboratoriais e complementares e realizados os testes rápidos, assim como é feita a primeira classificação de risco gestacional e é agendada a consulta subsequente.

A consulta subsequente geralmente é realizada pelo médico do CSF, para avaliação dos resultados dos exames solicitados e reavaliação do risco gestacional. As demais consultas seguem a alternância entre enfermeiros e médicos, podendo ser complementadas por outros profissionais da área da saúde, como nutricionista, psicólogo, assistente social, entre outros componentes do NASF, assim como por outros especialistas médicos, como obstetras, cardiologistas ou endocrinologistas.

Os médicos especialistas necessários para o atendimento das gestantes de risco clinicam estão localizados no Centro de Especialidades Médicas e na Policlinica de Sobral para onde essas gestantes são referenciadas, sendo mantido o acompanhamento intercalado com a ESF.

Na ESF, também, é oferecido atendimento odontológico individual e coletivo, assim como grupos de educação em saúde, no formato de cursos, palestras em Sala de Espera ou Roda de Conversa.

Em Sobral, os partos das gestantes de risco habitual e risco social são realizados, preferencialmente, no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda e os de risco clínico, preferencialmente, nas Maternidades da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, e do Hospital Regional Norte. Ao todo os municípios dispõem de um total de 95 leitos obstétricos conveniados pelo SUS, que dão cobertura para toda a macrorregião de Sobral.

4.3 População/ amostra

A população do estudo foi composta de puérperas que, no período de janeiro a dezembro de 2015, responderam a entrevista realizada pela Estratégia Trevo de Quatro Folhas para avaliação do preenchimento da Caderneta da Gestante.

Para o cálculo da amostra de puérperas da pesquisa foi levado em consideração o número de nascidos vivos em 2014, no município de Sobral. Segundo, as informações da Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, foram registradas 3.471 nascidos vivos no Sistema de Informações de Dados Vitais,

SINASC (BRASIL, 2015c). Foi utilizada a formula para cálculo em população finita desenvolvida por Rea e Parker (2000), por meio da calculadora eletrônica disponibilizada em meio eletrônico por Santos (2014):

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{Z^2.p.(1-p) + e^2.(N-1)}$$

Onde:

n - número de elementos da amostra a ser calculada.
N - tamanho da população original = 3471.
Z - nível de confiança do erro amostral = 95%.
P - probabilidade de acerto esperado = 50%.
Q - = (1-P) - probabilidade de erro esperado.
e - margem de erro a ser encontrado na amostra = 5%.

A amostra calculada foi de 346 puérperas.

Para a seleção das 346 puérperas da amostra foi utilizado o método de amostragem aleatória simples, utilizando as entrevistas das puérperas que constam do Banco de Dados da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, onde estão digitadas todas as entrevistas realizadas com as puérperas do município de Sobral. Assim, para cada puérpera entrevistada, no período de agosto a dezembro de 2015, foi atribuído um número aleatório para o sorteio da amostra de 346 puérperas, que foram identificadas pela aplicação do recurso de informática SPSS, com a opção *Random Samples of Cases.*

Foram identificados 17 CSF onde as 346 puérperas selecionadas realizaram o pré-natal. Nestes CSF, foi feita a avaliação da estrutura para a assistência pré-natal.

Da amostra das 346 puérperas selecionadas para avaliação do processo e resultados da assistência pré-natal de Sobral, foram excluídas 15 puérperas (4,3%), cujos motivos podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Exclusão da amostra N do estudo

Motivo da Exclusão	Nº de Puérperas excluídas
Não fez pré-natal	3
Pré-natal em outro município	1
Pré-natal particular	9
Prontuário não identificado no CSF	2
Total	15

Fonte: Primária.

Com a aplicação dos critérios de exclusão, a amostra (n) do estudo ficou em 331 puérperas.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

O preenchimento dos formulários de coleta de dados utilizados nessa pesquisa foi realizado pela própria pesquisadora, no período de 04 de abril a 30 de setembro de 2016.

Para organização da coleta de dados desse estudo foram observadas três etapas, conforme proposto por Donabedian (2003), estrutura, processo e resultado.

Avaliação da estrutura

Nessa etapa, os dados relacionados à estrutura para a assistência pré-natal do município foram coletados pela pesquisadora, por observação direta e contato com os gerentes dos 17 CSF da amostra selecionada. Essa etapa foi cumprida no período de 11 de abril a 11 de maio de 2016.

Os dados foram registrados em instrumento tipo *check-list* (ANEXO A). Esse instrumento foi baseado no instrumento construído por Rocha (2011), e adaptado aos requisitos mínimos indicados pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, todos para atender as diretrizes da Rede Cegonha. (BRASIL, 2012a).

No instrumento validado por Rocha (2011) eram avaliados os seguintes itens:

- Planta física: a presença de sala de espera com bancos para sentar; de consultório individual; de condições de higiene e ventilação adequadas; de pia em

cada consultório; de luz suficiente para atividades que necessitam de maior iluminação; de sistema para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.); de sala disponível para atividades docentes e/ou de educação em saúde. Pontuação máxima 70 pontos.

- Recursos humanos: existência de pré-natalistas especialistas em Ginecologia e Obstetrícia ou em Saúde da Família; atendimento pré-natal no mínimo uma vez por semana (ou dois turnos); médico e enfermeiro conduzindo o pré-natal; ACS responsáveis pelas gestantes inscritas no programa de pré-natal; auxiliar de enfermagem trabalhando nos dias de consulta pré-natal; disposição de encaminhamento para outros especialistas quando necessário; funcionário de apoio administrativo para auxiliar no preenchimento de papeis; e de um faxineiro por turno todos os dias. Pontuação máxima de 80 pontos.
- Recursos materiais: existência de mesa e cadeira; de mesa de exame ginecológico; de foco de luz; de balança para adultos (peso/altura); de esfigmomanômetro; de estetoscópio clínico; de estetoscópio de Pinard e/ou Sonar Doppler; de fita métrica flexível e inelástica; de espéculos; de material para coleta de exame colpocitopatológico; de gestograma ou disco obstétrico; de roupa de cama e camisola limpas; de lixeira para material usado; efetivação de manutenção e esterilização dos equipamentos e instrumental utilizados. Pontuação máxima de 140 pontos.
- Apoio laboratorial: realização de hemograma completo, de grupo sanguíneo e fator Rh; de teste de VDRL; teste de Coombs indireto; glicemia de jejum; teste de tolerância a glicose; sumário de urina, urinocultura com antibiograma, ultrassonografia obstétrica; colpocitologia; teste anti-HIV. Pontuação máxima de 110 pontos.
- Medicamentos essenciais: antiácidos, sulfato ferroso, ácido fólico, supositório de glicerina e/ou solução glicerinada; analgésicos; antitérmicos; insulina; anti-hipertensivos; antibióticos; medicações para o tratamento da secreção vaginal. Pontuação máxima de 100 pontos.
- Referência e Contra-referência: sistema de referência e de contra-referência funcionantes. Pontuação máxima de 20 pontos.
- Instrumentos de registro: cartão (ou caderneta) da gestante; ficha perinatal; mapa de registro diário. Pontuação máxima de 30 pontos.

E o somatório total de pontos obtidos com máximo possível de 550 pontos (ROCHA,2011).

Com relação ao instrumento de coleta de dados foram feitas as seguintes modificações: 1) na área de recursos humanos foi excluído o item “existência de pré-natalistas especialistas em Ginecologia e Obstetrícia”; pois segundo recomendações do Ministério da Saúde, com base em metanálises que compararam a ocorrência de desfechos desfavoráveis em pré-natal conduzido por obstetra e médico generalista, não houve diferença nos desfechos perinatais (BRASIL, 2012a); 2) o item ”atendimento pré-natal no mínimo uma vez por semana (ou dois turnos)” foi substituído por utilização de agenda flexível para atender aos requisitos de acesso da ESF como organizadora da RAS na assistência pré-natal (MENDES, 2011; GUSSO; POLI, 2012); 3) foi excluído o item “disposição de encaminhamento para outros especialistas quando necessário”, avaliado no sistema de referência e contra-referência funcionante; 4) acréscimo de disco ou tabela de IMC nos recursos materiais; 5) adequação dos exames laboratoriais à realidade atual de disponibilidade e utilização dos testes rápidos para HIV e Sífilis, além dos acréscimos das sorologias para Toxoplasmose e Hepatite B, conforme preconizado pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011b); 6) acréscimo de dois instrumentos de registro, a ficha de cadastramento da gestante no SISPRENATAL e a existência/utilização de caderno ou planilha para controle do registro de gestante.

Assim para avaliação de estrutura foram mantidas as áreas, com alterações nas pontuações máximas, conforme abaixo descrito e no total máximo de pontos, que passou a ser de 600 pontos:

- Recursos humanos – pontuação máxima 70 pontos;
- Planta física – pontuação máxima 70 pontos;
- Recursos materiais – pontuação máxima 150 pontos;
- Apoio laboratorial – pontuação máxima 140 pontos;
- Instrumentos de registro – pontuação máxima 50 pontos;
- Medicamentos essenciais – pontuação máxima 100 pontos;
- Sistema de referência e contrarreferência – pontuação máxima 20 pontos.

Avaliação do processo

Nessa etapa, realizada de 04 de abril a 15 de outubro de 2016, foi preenchido o instrumento de coleta de dados (ANEXO B), a partir dos dados obtidos nas entrevistas realizadas pela Estratégia Trevo de Quatro para Avaliação do Preenchimento da Caderneta da Mãe e da Criança, na pesquisa nos prontuários, na ficha perinatal das puérperas e dos RN e na Planilha de Controle das Gestantes dos CSF. Foram completamente preenchidos 331 Formulários de Avaliação da Atenção Pré-natal da ESF de Sobral.

Esse instrumento de coleta de dados para avaliação do processo desenvolvido na assistência pré-natal, foi elaborado a partir do formulário proposto por Morais (2013). Quanto ao nível de satisfação com a assistência recebida durante o pré-natal, foi utilizada uma escala de Likert de 6 pontos (BANDEIRA e SILVA, 2012).

O Quadro 2, extraído de Morais (2013), apresenta um resumo dos níveis de adequação.

Quadro 2 - Níveis de complexidade da adequação do processo da atenção pré-natal, critérios de avaliação e grau de adequação

Continua

NÍVEIS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PADRÕES DE REFERÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE ADEQUAÇÃO
Nível 1	Índice de Kessner modificado por PHPN/Coutinho (2002)/Rede Cegonha (2012)	**a) Adequação** – Início com ≤ 14 semanas e 06 ou mais consultas. **b) Inadequação** – Início com > 28 semanas ou 02 ou menos consultas. **c) Intermediário** – todas as demais situações entre o considerado adequado e inadequado
Nível 2	Nível1+ procedimentos clinico-obstétricos obrigatórios (PHPN/Coutinho, 2002/Rede Cegonha,2012)	**a) Adequação** – Início com ≤ 14 semanas e 06 ou mais consultas e número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos (AU, IG, PA, PM: 05 ou mais registros; BCF: 4 ou mais registros; e Apresentação fetal: 02 ou mais registros). **b) Inadequação** – Início com > 28 semanas ou 02 ou menos consultas ou os procedimentos clinico-obstétricos: AU, IG, PA, PM e BCF: 02 ou menos registros; Apresentação fetal: nenhum registro. **c)Intermediário** – todas as demais situações entre o considerado adequado e inadequado.
Nível 3	Nível 2 + exames complementares (PHPN/Coutinho, 2002/Rede Cegonha, 2012)	**a) Adequação** – Início com ≤ 14 semanas e 06 ou mais consultas de pré-natal e número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios e exames complementares básicos: ABO-Rh, teste para Hepatite B, sorologia para Toxoplasmose, urinocultura, ultrassonografia obstétrica e colpocitopatologico: um registro; Ht/Hb, glicemia, sumário de urina e testagem para sífilis e HIV: 02 registros

Quadro 2 - Níveis de complexidade da adequação do processo da atenção pré-natal, critérios de avaliação e grau de adequação

Conclusão

		b) Inadequação – Início com > 28 semanas ou 02 ou menos consultas ou os seguintes registros dos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, PM e BCF: 02 ou menos registros, apresentação fetal: nenhum registro; ou nenhum exame complementar solicitado. **c) Intermediário** – todas as demais situações entre o considerado adequado e inadequado.
Nível 4	Nível3 + consulta puerperal (PHPN/Coutinho, 2002/Rede Cegonha, 2012)	**a) Adequação** – Início com ≤ 14 semanas e 06 ou mais consultas de pré-natal e número mínimo de procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios e exames complementares básicos registrados; e registro da consulta puerperal até 42 dias após o parto. **b) Inadequação** – Início com > 28 semanas ou 02 ou menos consultas ou os seguintes registros dos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, PM e BCF: 02 ou menos registros, apresentação fetal: nenhum registro; ou nenhum exame complementar solicitado e sem registro de consulta puerperal.

Fonte: Morais (2013), adaptado de Coutinho (2002) e Brasil (2012).

Avaliação dos resultados

Nessa etapa, a partir dos dados coletados no instrumento (ANEXO B) foram calculados indicadores, como o percentual de óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério em relação ao total de gestantes atendidas, o percentual de óbitos perinatais em relação ao total de RN vivos, o percentual de RN vivos de baixo peso (com menos de 2.500g) e de prematuros (com menos de 37 semanas) em relação ao total de RN vivos, conforme proposto pelo Ministério da Saúde para avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Caderno de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012a), conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 Descrição dos Indicadores de resultado segundo Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012a)

Continua

INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO
Proporção de óbitos perinatais em relação ao total de RN vivos	Número de natimortos + RN mortos até 7 dias de vida em determinado local
Proporção de óbitos perinatais em relação ao total de RN vivos	e período (mães residentes) _____ X 100 Número de nascidos vivos no mesmo local e período (mães residentes)

Quadro 3 - Descrição dos Indicadores de resultado segundo Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012a)

Conclusão

Proporção de RN vivos com baixo peso	Número de RN com peso ao nascer menor que 2.500g em determinado local e período (mães residentes) / Número de nascidos vivos no mesmo local e período (mães residentes) X 100
Proporção de RN vivos prematuros	Número de RN vivos com menos de 37 semanas em determinado local e período (mães residentes) / Número de nascidos vivos no mesmo local e período (mães residentes) X 100
Proporção de óbitos maternos	Número de óbitos maternos em determinado local e período (mães residentes) / Número de nascidos vivos no mesmo local e período (mães residentes) X 100

Fonte: Primária.

Também foi verificado o nível de adequação da assistência pré-natal de Sobral, conforme proposto por Coutinho (2003) e ampliado por Morais (2013) em quatro níveis de adequação do desempenho da Assistência Pré-Natal.

Foi avaliada a relação entre os níveis de adequação propostos por Morais (2013), com os desfechos da gestação: RN vivo ou morto, ocorrência ou não de óbito materno, RN de baixo peso (< 2500g) e RN prematuro (< 37 semanas), conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 - Descrição da relação entre os desfechos da gestação e a classificação do grau de adequação da assistência pré-natal

Desfecho da gestação		**CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE ADEQUAÇÃO**			
		Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
RN Vivo	Sim				
	Não				
Óbito Materno	Sim				
	Não				
RN prematuro(<37semanas)	Sim				
	Não				
RN baixo peso(<2500g)	Sim				
	Não				

Fonte: Primária.

Essa etapa foi realizada no período de 04 de abril a 20 de outubro de 2016.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram digitados, tabulados e processados utilizando o *software* EpiInfo (versão 7), gerando um banco de dados, que recebeu tratamento estatístico utilizando o Programa Excel, versão do Office 2013 da Microsoft.

Os dados foram apresentados de forma descritiva com a construção de tabelas de frequências uni e bivariada, com o cálculo do percentual das variáveis categóricas, assim como da média e desvio-padrão para variáveis contínuas.

Na análise da relação entre os níveis de desempenho da Assistência Pré-Natal e os desfechos observados foi utilizado o teste do Qui-quadrado, com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Baseado no modelo validado por Rocha (2011) e conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) foi avaliado a estrutura dos CSF, conforme apresentado no Quadro 2.

Com base nos dados das variáveis analisadas o desempenho da assistência pré-natal prestada em Sobral foi classificado, sendo atribuídos diferentes níveis de adequação de desempenho, conforme proposto por Coutinho (2011) e ampliado por Morais (2013). Os níveis de adequação, distribuídos de 1 a 4, têm complexidade crescente, com critérios cumulativos e dependentes, sendo que a inadequação de um nível impede a execução dos níveis subsequentes.

Os resultados foram avaliados por meio de indicadores já referidos, cujas formulas são apresentadas no Quadro 3.

Também foi avaliada a relação entre o desempenho adequado da assistência pré-natal, nos 4 níveis de adequação com os desfechos da gestação: RN vivo ou morto, ocorrência ou não de óbito materno, RN prematuro e de baixo peso, como apresentado no Quadro 4.

4.6 Considerações éticas

A realização do estudo foi autorizada pela Comissão Cientifica da Secretaria da Saúde de Sobral no Parecer Protocolo nº 0166/2015 (ANEXO C) e os

dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, CAAE 53344016.2.0000.5053, Número do Parecer: 1.474.945 (ANEXO D).

A pesquisadora respeitou os procedimentos éticos segundo os princípios bioéticos postulados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), que se referem à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O princípio da autonomia foi respeitado ao garantir o sigilo das respostas acessadas nos formulários das Entrevistas da Avaliação do Preenchimento da Caderneta da Mãe e da Criança de Sobral e das informações acessadas nos prontuários e na Planilha de Controle das Gestantes dos CSF. As informações foram registradas de modo a preservar a identificação das puérperas entrevistadas, tendo os formulários um número de identificação para controle da pesquisadora.

No que diz respeito a não maleficência, o estudo não trouxe prejuízo as informantes e não impôs danos aos documentos analisados, pois envolveu somente o manejo de informações previamente coletadas. Ressaltando novamente, que em nenhum momento do estudo, nem na divulgação, a identidade das informantes foi revelada, tendo sido preservado o anonimato.

Os benefícios do estudo são demonstrados pela sua relevância, pois contribuiu para construção do conhecimento cientifico na área da Estratégia da Saúde da Família e da Assistência pré-natal, que poderão contribuir para a melhoria da qualidade dessa assistência no SUS e pela elaboração de parâmetros e indicadores para comparações futuras na área.

Os dados coletados no estudo ficarão arquivados com a pesquisadora por um período de cinco anos, para possível aprofundamento da análise dos dados, assim como para elaboração de respostas aos questionamentos advindos das futuras publicações do estudo ou para outros estudos com recortes diferentes dos aqui apresentados. Depois de decorrido o período de cinco anos, o material será incinerado.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse capítulo iremos descrever os aspectos avaliados e os resultados observados quanto à estrutura, processo e resultados da assistência pré-natal oferecida pela ESF de Sobral.

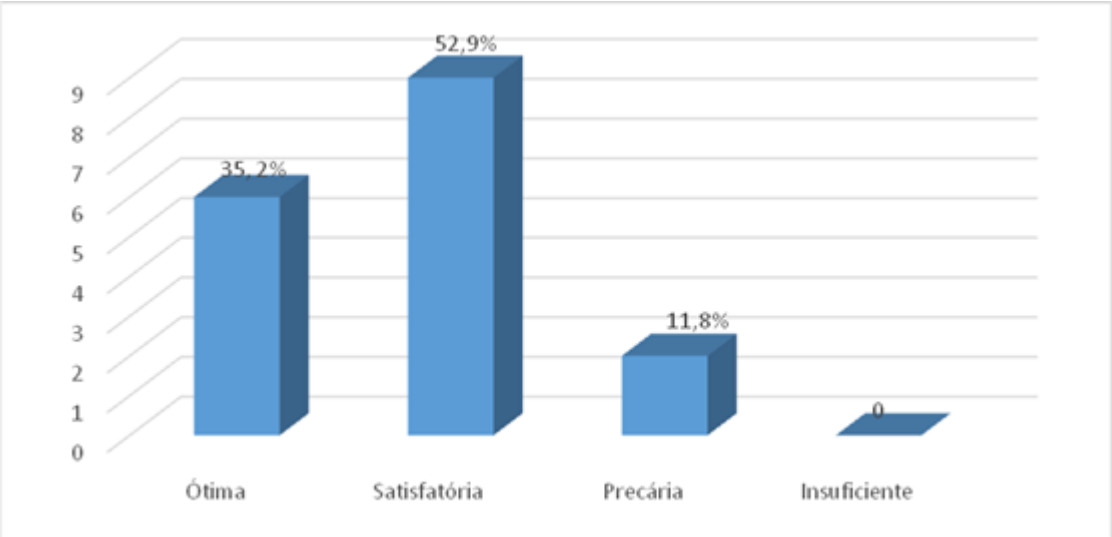
5.1 A estrutura da assistência pré-natal

A amostra do estudo pertence a 17 CSF, o que representa 48,5% dos CSF do município. Desses 17 CSF, 11 (65%) estão localizados na sede do município e seis (35%) nos distritos de Sobral.

5.1.1 Descrição da avaliação de estrutura

Quanto à avaliação de estrutura foi possível observar que 88,1% dos CSF possuem estrutura global entre ótima e satisfatória para adequada assistência pré-natal (Gráfico 5), mantendo os achados apresentados por Martins (2014), que avaliou a estrutura dos CSF de Sobral para assistência pré-natal das gestantes com diagnóstico de Sífilis, no ano de 2012. E também se assemelha aos resultados observados por Rocha (2011), quando avaliou a estrutura da rede básica de Fortaleza para assistência pré-natal, no ano de 2010.

Gráfico 5 - Classificação geral da estrutura dos CSF, Sobral, 2015



Fonte: Primária.

A Tabela 2 demonstra em separado os resultados alcançados pelos CSF nos requisitos avaliados para classificação da estrutura para a assistência pré-natal. Nela podemos observar que mais de 70% dos CSF obtiveram resultados ótimos, em recursos humanos, apoio laboratorial e instrumentos de registro. Esses resultados, quando comparados aos de Martins (2014), demonstram uma melhora em recursos humanos, manutenção dos resultados alcançados em apoio laboratorial e instrumentos de registro e uma piora nos resultados apresentados em medicamentos essenciais, que na referida pesquisa atingiram 100% entre ótimo e satisfatório.

Tabela 2 - Classificação da estrutura dos CSF, considerando os recursos para a atenção pré-natal em Sobral, 2015

Estrutura	**Classificação**							
	Ótima		**Satisfatória**		**Precária**		**Insuficiente**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Recursos Humanos	**12**	70,6	**3**	17,6	**2**	11,8	**0**	0
Planta Física	**8**	47,0	**3**	17,6	**1**	5,9	**5**	29,4
Recursos Materiais	**6**	35,2	**6**	35,2	**5**	29,4	**0**	0
Apoio Laboratorial	**14**	82,3	**3**	17,6	**0**	0	**0**	0
Instrumentos de Registro	**15**	88,2	**2**	11,8	**0**	0	**0**	0
Medicamentos Essenciais	**4**	23,5	**4**	23,5	**7**	41,2	**2**	11,8
Sistema de Referência e Contra-referência	**3**	17,6	**12**	70,6	**2**	11,8	**0**	0
Qualificação Geral	**6**	35,2	**9**	52,9	**2**	11,8	**0**	0

Fonte: Primária.

Na distribuição dos percentuais alcançados em relação aos Recursos Humanos, (Tabela 3), podemos observar que a execução da agenda flexível foi cumprida em 82% dos CSF e apenas 17,6% apresentaram dificuldades na execução dessa modalidade de organização do atendimento. Chama atenção, a elevada proporção de CFS com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, alcançando 100% para esses dois últimos profissionais. O ponto negativo é justamente a presença de áreas descobertas de ACS em 41,2% dos CSF, que corresponde à soma do parcialmente atendido e insatisfatório. Os profissionais de apoio também estão presentes em percentagens elevadas nos CSF. Os itens adoção de agenda flexível e funcionário de apoio administrativo, não podem ter resultados comparados, pois as referências consultadas não trabalhavam o conceito

de agenda flexível e utilizava o conceito de apoio administrativo para preenchimento de formulários, o que não é a função empregada para o apoio administrativo no município de Sobral. Em Sobral, os funcionários de apoio executam o agendamento de consultas, organização de prontuários, digitação do Esus e recepção de usuários. Quanto à evolução das áreas descobertas de ACS, em relação a 2012 (MARTINS, 2012), quando apenas 6,7% dos CSF apresentavam esse problema, constata-se uma piora, aproximando a realidade de Sobral com os grandes centros urbanos, como Fortaleza, onde 60% dos CSF não apresentam ACS em número suficiente (ROCHA, 2011).

O aumento do número de áreas descobertas de ACS pode prejudicar a qualidade da assistência pré-natal, uma vez que as atribuições, recomendadas pelo Ministério da Saúde para a Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, para esse componente da equipe de saúde podem ficar comprometidas, resultando em dificuldades na captação das gestantes e na busca ativa das faltosas. Aspecto confirmado por Rocha (2011), que concluiu que as gestantes das áreas descobertas de ACS são suscetíveis a não realizar ou realizar inadequadamente o acompanhamento pré-natal.

Tabela 3 - Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos Recursos Humanos, 2015

Continua

Recursos Humanos	Totalmente Atendido		Parcialmente atendido		Insatisfatório ou inexistente	
	n	%	n	%	n	%
É utilizada agenda flexível para o atendimento pré-natal	14	82,4	3	17,6	0	0
Há médico realizando atendimento pré-natal no CSF	15	88,2	1	5,9	1	5,9
Há enfermeiro realizando atendimento pré-natal no CSF	17	100	0	0	0	0
Há auxiliar de enfermagem realizando atendimento no CSF	17	100	0	0	0	0
Há ACS ativos em todas as microáreas realizando cadastramento e acompanhamento das gestantes	10	58,8	6	35,3	1	5,9
Há funcionário de apoio administrativo	14	82,4	2	11,8	1	5,9

Tabela 3 - Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos Recursos Humanos, 2015

					Conclusão	
Há auxiliar de serviços gerais em todos os turnos de atendimento	17	100	0	0	0	0

Fonte: Primária.

Quanto aos quesitos avaliada no aspecto planta física (Tabela 4) foram observadas inadequações em 35,3% dos CSF, por não possuírem sala de espera com quantidade suficiente de bancos, em 29,4% dos CSF, por não possuírem quantidade suficiente de consultórios individuais e condicionamento de temperatura nos consultórios, além de ausência de sala para atividades de educação em saúde em 41,2% dos CSF. Chama atenção ainda que 11,8% dos CSF não dispunham de pia para lavar as mãos no consultório e a sala não possuía condições de higiene e ventilação adequada. A regulação da temperatura ambiente foi inexistente ou insatisfatória em 17%. Como foi visto no referencial teórico, as condições adequadas de estrutura levam a que os processos possam ser realizados com melhor qualidade. Nesse caso, essas dificuldades comprometem diretamente o atendimento às gestantes durante as consultas.

Tabela 4 - Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação da Planta Física, 2015

Planta Física	**Totalmente Atendido**		**Parcialmente atendido**		**Insatisfatório ou inexistente**	
	n	%	n	%	n	%
Há sala de espera com bancos para sentar	11	64,7	6	35,3	0	0
Existe consultório individual.	12	70,6	5	29,4	0	0
A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas.	12	70,6	3	17,6	2	11,8
Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos.	10	58,9	5	29,4	2	11,8
Há luz suficiente para atividades que requeiram maior iluminação.	13	76,5	3	17,6	1	5,9
Há sistemas para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.).	9	52,9	5	29,4	3	17,6
Há sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde.	10	58,9	0	0	7	41,1

Fonte: Primária.

A ausência de sala para atividades de educação em saúde pode prejudicar um aspecto relevante na assistência pré-natal que é a educação em saúde. Ximenes Neto (2008), na sua avaliação da qualidade da atenção pré-natal da ESF de Sobral, observou 14% de CSF com inadequação nesse item, ressaltando que essa é uma ação que deve ser priorizada.

Apesar de alguns itens avaliados nas categorias planta físicos terem sido considerados totalmente atendidos em proporções acima de 70% dos CSF, foi observada uma piora, com relação ao resultado observado por Martins (2014), que encontrou somente 20% de CSF com resultados insatisfatórios em relação planta física. Esses resultados são contraditórios, uma vez que no período de 2012-2014, 15 CSF foram reformados ou ampliados, e no período 2014-2015, nove novos CSF foram inaugurados, segundo dados fornecidos pela Coordenação do Setor de Projetos da Secretaria da Saúde de Sobral, como reflexo da adesão municipal ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde, em 2011 (BRASIL, 2011). O que pode refletir um planejamento de reformas e ampliações de estruturas, sem a avaliação previa da realidade quanto as necessidades.

Em relação aos recursos materiais (Tabela 5) verifica-se que 29,4% dos CSF tiveram 2 itens classificados como insatisfatórios ou inexistentes. Os CSF só atingiram 100% de totalmente atendido no item balança para adultos. Em todos os demais itens (mesa e cadeira, mesa ginecológica com escada, foco de luz, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, Sonar doppler, fita métrica, espéculo vaginal e pinça de Cheron, material para coleta de prevenção, gestograma, disco ou tabela de IMC, roupa de cama e camisola limpa, manutenção e a esterilização de equipamentos e instrumental utilizado) foram observados percentuais superiores a 15% de parcialmente atendido e insatisfatório ou inexistente. O maior percentual (64,9%), parcialmente atendido e insatisfatório ou inexistente, foi observado em material para coleta de prevenção, um procedimento importante na assistência ao pré-natal. Embora represente uma melhora, quando comparado aos resultados apresentados por Martins (2012), quando as mesmas inadequações foram observadas, e 93,3% dos CSF não possuíam balanças para adulto ou o item era parcialmente atendido. O resultado em geral é preocupante, pois Morais (2013), quando avaliou a atenção pré-natal em Santa Helena de Goiás observou 100% de totalmente atendido em recursos materiais.

Essa melhora, no item balança para adulto, dos recursos materiais representa a efetivação da política de distribuição de sonar e balanças antropométricas efetivada pela Rede Cegonha, que desde 2012, já distribuiu19. 392 mil detectores fetais e 9.084 balanças antropométricas para os municípios brasileiros (BRASIL, 2012a).

Tabela 5 - Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos Recursos Materiais, 2015

Recursos Materiais	Totalmente Atendido		Parcialmente atendido		Insatisfatório ou inexistente	
	n	%	n	%	n	%
Mesa e cadeira	14	82,4	3	17,6	0	0
Mesa de exame ginecológico com escada de dois degraus	13	76,5	3	17,6	1	5,9
Foco de luz	11	64,7	6	35,3	0	0
Balança para adultos (peso/altura)	17	100	0	0	0	0
Esfigmomanômetro	11	64,7	5	29,4	1	5,9
Estetoscópio clínico	13	76,5	4	23,5	0	0
Estetoscópio de Pinard e/ou Sonar Doppler	11	64,7	5	29,4	1	5,9
Fita métrica flexível e inelástica	14	82,4	3	17,6	0	0
Especulo vaginal + pinça Cheron	8	47,1	4	23,5	5	29,4
Material para coleta de exame colpocitopatológico (luvas, espéculo, espátula de Ayre, escova endocervical, lâmina e porta-lâmina)	6	35,3	6	35,3	5	29,4
Gestograma ou disco obstétrico	11	64,7	3	17,6	3	17,6
Disco de IMC ou tabela de IMC	10	58,9	4	23,5	3	17,6
Roupa de cama e camisola limpa	13	76,5	4	23,5	0	0
Lixeira para material usado	14	82,4	2	11,8	1	5,9
Manutenção e esterilização dos equipamentos e instrumental utilizado	11	64,7	4	23,5	2	11,8

Fonte: Primária.

Com relação ao apoio laboratorial (Tabela 6), o maior grau de inadequação foi observado no exame colpocitológico com 41,1% dos CSF apresentando esse item, como insatisfatório ou parcialmente atendido. Também foram observados problemas no teste rápido para Hepatite B (11,8% de parcialmente atendido) e ultrassonografia obstétrica (23,5% de parcialmente atendido).

Tabela 6 - Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação do Apoio Laboratorial, 2015

Apoio Laboratorial	Totalmente Atendido		Parcialmente atendido		Insatisfatório ou inexistente	
	n	%	n	%	n	%
Hematócrito	17	100	0	0	0	0
Hemoglobina	17	100	0	0	0	0
Grupo sanguíneo e fator Rh	17	100	0	0	0	0
Glicemia de jejum	17	100	0	0	0	0
Teste de Tolerância a Glicose 75g	17	100	0	0	0	0
Sumário de urina	17	100	0	0	0	0
Coombs indireto	17	100	0	0	0	0
Teste rápido HIV	17	100	0	0	0	0
Teste rápido Hepatite B	15	88,2	2	11,8	0	0
Ultrassonografia Obstétrica	13	76,5	4	23,5	0	0
Teste rápido Sífilis	17	100	0	0	0	0
Sorologia para Toxoplasmose	17	100	0	0	0	0
Colpocitologia	10	58,9	3	17,6	4	23,5
Urinocultura	17	100	0	0	0	0

Fonte: Primária.

Com relação aos instrumentos de registro dos CSF foram observados 11,8% de parcialmente atendido em ficha de cadastramento e mapa de registro do SISPRENATAL, e 5,9% de parcialmente atendido em Caderno ou Planilha de Controle das Gestantes, resultados que apesar de baixos podem gerar dificuldades no monitoramento do acompanhamento ofertado as gestantes (Tabela 7).

Os resultados para a disponibilidade dos instrumentos de registro são melhores do que para os recursos materiais e apoio laboratorial, com índices de totalmente atendido com percentuais variando de 88 a 100% nos itens especificados. Apesar de o SISPRENATAL gerar recursos para o município, os indicadores de totalmente atendidos não atingem 100% dos CSF de Sobral.

Tabela 7 - Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos Instrumentos de Registro, 2015

Continua

Instrumentos de Registro	Totalmente Atendido		Parcialmente atendido		Insatisfatório ou inexistente	
	n	%	n	%	n	%
Cartão de Gestante	17	100	0	0	0	0
Ficha Perinatal	17	100	0	0	0	0
Ficha de cadastramento da gestante no SISPRENATAL	15	88,2	2	11,8	0	0

Tabela 7 - Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos Instrumentos de Registro, 2015

					Conclusão	
Mapa de Registro Diário - SISPRENATAL	15	88,2	2	11,8	0	0
Caderno ou Planilha para Controle de Registro de Gestantes	16	94,1	1	5,9	0	0

Fonte: Primária.

Com relação aos medicamentos essenciais pode ser observado que 53% dos CSF apresentaram resultados entre parcialmente atendido e insatisfatório, e na Tabela 8, pode-se constatar que para todos os medicamentos considerados essenciais, foram observados problemas de disponibilidade. Esses resultados representam uma piora em relação ao que foi descrito por Martins (2014), quando 93,3% dos CSF avaliados foram classificados como ótimos quanto à disponibilidade de medicamentos essenciais.

Tabela 8 - Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação dos Medicamentos Essenciais, 2015

Medicamentos Essenciais	**Totalmente Atendido**		**Parcialmente atendido**		**Insatisfatório ou inexistente**	
	n	%	n	%	n	%
Ácido Fólico	8	47,0	2	11,8	7	41,2
Analgésicos	16	94,1	1	5,9	0	0
Antibióticos	5	29,4	10	58,9	2	11,8
Antiémeticos	8	47,0	6	35,3	3	17,6
Anti-hipertensivo	11	64,7	5	29,4	1	5,9
Creme vaginal	7	41,2	8	47,0	2	11,8
Insulina	15	88,2	1	5,9	1	5,9
Penicilina Benzatina	5	29,4	5	29,4	7	41,2
Sulfato ferroso	6	35,3	5	29,4	6	35,3
Vacina antitetânica	15	88,2	1	5,9	1	5,9

Fonte: Primária.

Com relação ao sistema de referência e contra-referência (Tabela 9), apenas 17,6% dos CSF apresentaram avaliação como totalmente atendida, sendo que o pior aspecto está relacionado ao sistema de contra-referência com 82,38% dos CSF tendo avaliação entre parcialmente atendido e insatisfatório. Representando um resultado semelhante ao observado por Morais (2013), onde 100% dos CSF tinham condições precárias no quesito sistema de referência e contra-referência.

Esse resultado descreve um aspecto relevante da atenção pré-natal, que está organizada em Rede de Atenção e depende do fluxo de informação entre os diversos pontos da rede para garantir o cuidado adequado da usuária (MENDES, 2011).

Tabela 9 - Distribuição da classificação dos CSF de Sobral na avaliação do Sistema de Referência e Contra-referência, 2015

Sistema de Referência e Contra-referência	**Totalmente Atendido**		**Parcialmente atendido**		**Insatisfatório ou inexistente**	
	N	%	n	%	n	%
Sistema de Referência funcionante	16	94,1	1	5,88	0	0
Sistema de Contra-referência funcionante	3	17,6	13	76,5	1	5,88

Fonte: Primária.

Em geral, os resultados alcançados na avaliação de estrutura dos CSF de Sobral, em 2015, são satisfatórios, mas existem aspectos classificados como parcialmente atendidos ou insatisfatório ou inexistente, que podem influenciar no processo, e por consequência nos resultados da assistência pré-natal, merecendo atenção por parte da gestão municipal.

5.2 O processo de assistência pré-natal

Com relação ao processo da assistência pré-natal foram avaliados 331 prontuários dos CSF, com suas fichas perinatais, as Planilhas de Controle das Gestantes dos CSF e as entrevistas realizadas pela Estratégia Trevo de Quatro Folhas nas Maternidades de Sobral.

Nessa etapa do estudo, conforme o instrumento utilizado para levantamento de dados (ANEXO B) foram coletados dados referentes as características socioeconômicas e demográficas, obstétricas, da gestação atual, assistência pré-natal e da percepção da gestante da assistência prestada.

5.2.1 Características sociodemográficas da população do estudo

Conforme apresentado na Tabela 10, a população do estudo tem média de idade de 25 anos (mínimo de 14 anos e máxima de 44 anos), 93,7% são pardas,

46% vivem em união estável, 42% tem ensino médio completo, 69% são do lar e 48,4% tem renda de até 1 (um) salário mínimo. Essa população é semelhante à descrita na pesquisa *Nascer no Brasil,* no artigo que avalia a assistência pré-natal (VIELLAS,2014).

Tabela 10 - Distribuição das puérperas de acordo com as características sociodemográficas, Sobral, 2015

Continua

Categorias	n	%	Faixa Etária (anos)					
			14 a 19		20 a 34		35 e +	
			n	%	n	%	n	%
Idade								
Até 19 anos	**58**	17,5	**58**	17,5	0	0	0	0
20 – 34 anos	**242**	73,1	0	0	**242**	73,1	0	0
35 anos e mais	**31**	9,4	0	0	0	0	**31**	9,4
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Raça								
Branca	**20**	6,0	**2**	0,6	**17**	5,1	**1**	0,3
Negra	**1**	0,3	0	0	0	0	**1**	0,3
Parda	**310**	93,7	**56**	16,9	**225**	68	**29**	8,8
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Estado civil								
Solteira	**66**	19,9	**10**	3,0	**53**	16	**3**	0,9
Casada	**112**	33,8	**20**	6,0	**82**	24,8	**10**	3,0
Viúva	**1**	0,3	**0**	0	**1**	0,3	**0**	0
União estável	**152**	45,9	**28**	8,5	**106**	32,0	**18**	5,4
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Escolaridade								
Analfabeta	**4**	1,2	**0**	-	**4**	1,2	**0**	-
Alfabetizada	**1**	0,3	**0**	-	**0**	-	**1**	0,3
Ensino Fundamental Completo	**27**	8,2	**6**	1,9	**19**	5,7	**2**	0,6
Ensino Fundamental Incompleto	**57**	17,2	**5**	1,45	**39**	12	**13**	3,8
Ensino Médio Completo	**139**	42	**19**	5,7	**111**	33,5	**9**	2,9
Ensino Médio Incompleto	**65**	19,6	**27**	8,15	**35**	10,55	**3**	0,9
Ensino Superior Completo	**18**	5,4	**0**	-	**15**	4,5	**3**	0,9
Ensino Superior Incompleto	**19**	5,7	**1**	0,3	**18**	5,4	**0**	-
Pós-graduação	**1**	0,3	**0**	-	**1**	0,3	**0**	-
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Ocupação								
Do lar	**227**	68,6	**45**	13.6	**161**	48,6	**21**	6,4
Trabalha fora	**97**	29,3	**7**	2,1	**80**	24,2	**10**	**3,0**
Estudante	**7**	2,1	**6**	1,8	**1**	0,3	**0**	-
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Renda								
Menos de ½ salário mínimo	**40**	12,1	**10**	3,0	**24**	7,3	**6**	1,8
De ½ a 1 salário mínimo	**120**	36,3	**26**	7,9	**84**	25,4	**10**	3,0
De 1 a 2 salários mínimos	**92**	27,8	**21**	6,3	**68**	20,5	**3**	0,9
De 2 a 3 salários mínimos	**43**	13,0	**1**	0,3	**37**	11,2	**5**	1,5
De 3 a 5 salários mínimos	**21**	6,3	**0**	**-**	**15**	4,5	**6**	1,8
Mais de 6 salários mínimos	**3**	0,9	**0**	**-**	**3**	0,9	**0**	-

Tabela 10 - Distribuição das puérperas de acordo com as características sociodemográficas, Sobral, 2015

Conclusão

Sem renda	**12**	3,6	**0**	**-**	**11**	3,3	**1**	0,3
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**

Fonte: Primária.

Na pesquisa *Nascer no Brasil* foram observadas 18% de adolescentes, e na amostra da nossa pesquisa, 17,5% são adolescentes.

5.2.2 Características obstétricas da população do estudo

Quanto às características obstétricas das puérperas da amostra, 60,4% eram multíparas (máximo de 10 gestações, n=1), com 43,8% já exibindo pelo menos uma cesárea, 18,1% aborto e 3,6% natimorto prévios, conforme pode ser observado na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição das puérperas de acordo com as características obstétricas, Sobral, 2015

Continua

Categorias	n	%	Faixa Etária (anos)					
			14 a 19		20 a 34		35 e +	
			n	%	n	%	n	%
Número de Gestação								
1	**131**	39,6	**51**	15,4	**78**	23,6	**2**	0,6
2 - 3	**154**	46,5	**7**	2,1	**132**	39,9	**15**	4,5
4 ou mais	**46**	13,8	**0**	0	**32**	9,6	**14**	4,2
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Número de Partos								
0	**154**	46,5	**31**	9,4	**117**	35,3	**6**	1,8
1	**76**	23,0	**24**	7,2	**48**	14,5	**4**	1,2
2 ou mais	**101**	30,5	**3**	0,9	**77**	23,3	**21**	6,3
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Número de Cesáreas								
0	**125**	37,8	**27**	8,1	**85**	25,7	**13**	3,9
1	**145**	43,8	**29**	8,8	**104**	31,4	**12**	3,6
2 ou mais	**61**	18,4	**2**	0,6	**53**	16	**6**	1,8
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Número de Abortos								
0	**271**	81,8	**56**	16,9	**193**	58,3	**22**	6,6
1– 2	**54**	16,3	**2**	0,6	**45**	13,6	**7**	2,1
3 ou mais	**6**	1,8	**0**	0	**4**	1,2	**2**	0,6
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Natimorto								
0	**319**	96,4	**58**	17,5	**232**	70,1	**29**	8,8
1	**11**	3,3	**0**	0	**10**	3,0	**1**	0,3
3	**1**	0,3	**0**	0	**0**	0	**1**	0,3
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Neomorto Precoce								
0	**328**	99,09	**58**	17,5	**239**	72,2	**31**	9,4
1	**3**	0,9	**0**	0	**3**	0,9	**0**	0
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Neomorto Precoce								
0	**326**	98,5	**57**	17,2	**239**	72,2	**30**	9,1

Tabela 11 - Distribuição das puérperas de acordo com as características obstétricas, Sobral, 2015

Conclusão

1	**5**	1,5	**1**	0,3	**3**	0,9	**1**	0,3
Total	**331**	**100,0**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Número de Nascidos Vivos								
0	**2**	0,6	**0**	0	**2**	0,6	**0**	0
1	**149**	45,0	**53**	16,0	**94**	28,4	**2**	0,6
2 ou mais	**180**	54,3	**5**	1,5	**146**	44,1	**29**	8,7
Total	**331**	**100,0**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**

Fonte: Primária.

Tabela 12 - Distribuição das puérperas de acordo com as características da gestação atual, Sobral, 2015

Continua

Categorias	N	%	Faixa Etária (anos)					
			14 a 19		20 a 34		35 e +	
			N	%	N	%	N	%
Classificação de Risco								
Sem registro da classificação	**33**	10,0	**6**	1,8	**23**	6,9	**4**	1,2
Risco Habitual	**214**	64,7	**34**	10,3	**167**	50,5	**13**	3,9
Risco Clinico	**68**	20,5	**13**	3,9	**42**	12,7	**13**	3,9
Risco Social	**16**	4,8	**5**	1,5	**10**	3,0	**1**	0,3
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Idade Gestacional no Parto								
22 a 27 semanas	**5**	1,5	**0**	0	**4**	1,2	**1**	0,3
28 a 31 semanas	**2**	0,6	**0**	0	**2**	0,6	**0**	0
32 a 36 semanas	**14**	4,2	**3**	0,9	**11**	3,3	**0**	0
37 a 41 semanas	**280**	84,6	**50**	15,1	**202**	61,0	**28**	8,5
Mais de 41 semanas	**30**	9,1	**5**	1,5	**23**	6,9	**2**	0,6
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Tipo de Parto								
Cesárea	**199**	60,1	**31**	9,4	**153**	46,2	**15**	4,5
Vaginal	**132**	38,9	**27**	8,1	**89**	26,9	**16**	4,8
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Vitalidade Fetal								
Nascidos Vivos	**322**	97,3	**58**	17,5	**235**	71	**29**	8,8
Neomorto precoce	**5**	1,5	**2**	0,6	**3**	0,9	**0**	0
Natimortos	**9**	2,7	**0**	0	**7**	2,1	**2**	0,6
Sexo do RN								
Masculino	**188**	56,8	**34**	10,3	**139**	42,0	**15**	4,5
Feminino	**143**	43,2	**24**	7,2	**103**	31,1	**16**	4,8
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Peso do RN								
< 1500g	**8**	2,4	**0**	-	**7**	2,1	**1**	0,3
1.500 – 2.500g	**17**	5,1	**2**	0,6	**14**	4,2	**1**	0,3
2.500 – 4.000g	**286**	86,4	**54**	16,3	**207**	62,5	**25**	7,6
➢ 4.000g	**20**	6,0	**2**	0,6	**14**	4,2	**4**	1,2
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Uso de medicação na gestação								
Sim	**326**	98,5	**57**	17,2	**239**	72,2	**30**	9,1
Não	**5**	1,5	**1**	0,3	**3**	0,9	**1**	0,3
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Uso de cigarros na gestação								
Sim	**14**	4,22	**2**	0,6	**10**	3,0	**2**	0,6
Não	**317**	95,8	**56**	16,9	**232**	70,1	**29**	8,8
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Uso de bebidas alcoólicas na gestação								
Sim	**6**	1,8	**1**	0,3	**3**	0,9	**2**	0,6
Não	**325**	98,2	**57**	17,2	**239**	72,2	**29**	8,8
Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Uso de drogas ilícitas na gestação								
Sim	**6**	1,8	**2**	0,6	**2**	0,6	**2**	0,6

Tabela 12 - Distribuição das puérperas de acordo com as características da gestação atual, Sobral, 2015

							Conclusão		
Não		**325**	98,2	**56**	16,9	**240**	72,5	**29**	8,8
	Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**
Internação durante a gestação									
Sim		**28**	8,5	**4**	1,2	**20**	6,0	**4**	1,2
Não		**303**	91,5	**54**	16,3	**222**	67,1	**27**	8,2
	Total	**331**	**100**	**58**	**17,5**	**242**	**73,1**	**31**	**9,4**

Fonte: Primária.

A gestação atual foi classificada como de risco habitual para 64,7% das puérperas analisadas, 93,7% delas pariram com mais de 37 semanas (média de 39 semanas), 92% pariram um RN com mais de 2.500g e 60% foram submetidas a cesariana.

A proporção de cesariana encontrada é mais que o dobro da encontrada por Morais (2013) em Santa Helena de Góias, e preocupa quando observamos o que desde 1985, a OMS considera como aceitável, uma taxa de cesárea entre 10 a 15%, pois taxas acima de 10% não estão associadas a redução da mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015).

Essa elevada taxa de cesariana também nos aproximar do conceito de near miss materno. Definido pela OMS, como a possibilidade de uma mulher quase morrer, durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação em consequência de uma complicação, mas sobreviver, o que é uma ocorrência mais frequente que o óbito materno e permite analisar com maior robustez a assistência prestada e melhorar o cuidado materno. Os casos de near miss materno apresentam maior incidência nos extremos da idade reprodutiva, com as maiores taxas sendo observadas entre as adolescentes na faixa de 10-14 anos de idade e entre as mulheres com mais de 35 anos (RR = 1,6; IC95%: 1,1-2,5), nas mulheres com cesarianas anteriores, sendo que o índice aumenta conforme aumenta o número de cesarianas prévias, e finalmente entre as de risco e aquelas que tiveram alguma internação durante a gestação (DIAS, M. A. B. et al., 2014).

Na população do nosso estudo observamos 60% de cesariana na gestação atual e 18,4% com duas ou mais cesáreas, emprestando risco de ocorrência de near miss materno para população sobralense.

A média de cigarros utilizados pelas puérperas que fumaram durante a gestação foi de 13,5 cigarros por dia.

Das cinco puérperas que relataram uso de bebidas alcoólicas durante a gestação, três relataram uso diário e duas, somente nos finais de semana.

Das seis puérperas que relataram uso de drogas ilícitas durante a gestação, duas relataram usar maconha, três relataram usar crack e uma relatou usar cocaína e maconha. Esse grupo tem como características: a distribuição das idades entre 16 a 41 anos de idade, todas serem pardas, solteiras, com ensino fundamental completo, não possuírem atividade laboral e com renda familiar variando de zero a três salários mínimos, todas associaram ao uso de drogas, o uso de cigarros e 66,6 % também associaram o uso de bebidas alcoólicas (Tabela13).

Tabela 13 - Características das gestações das puérperas usuárias de drogas ilícitas, Sobral, 2015

Variáveis	n = 6	%
Classificação de risco		
Risco habitual	**1**	16,7
Risco clínico	**2**	33,3
Risco Social	**3**	50
Tipo de parto		
Cesárea	**4**	66,6
Parto normal	**2**	33,3
Prematuridade		
< 37 semanas	**2**	33,3
>37 semanas	**4**	66,6
Baixo peso do RN		
< 2.500g	**3**	50
> 2.500g	**3**	50
Resultados desfavoráveis da gestação		
Natimorto	**0**	0
Neomorto precoce	**2**	33,3

Fonte: Primária.

As causas de internamento na gestação na população estudada estão descritas na Tabela 14, sendo possível observar que a principal causa foi a DHEG. Intercorrência que representou30% dos óbitos maternos, por causa direta, no Ceará em 2014, como a principal causa de mortalidade materna no Estado (CEARA, 2015).

O tempo médio de internação foi de 3,8 dias na amostra do estudo.

Tabela14 - Distribuição das causas de internamento nas puérperas da ESF, Sobral, 2015

Causa da Internação	n = 28	%
DHEG	**7**	25
Pos-datismo	**4**	14,3
Hiperemese gravídica	**3**	10,7
Pielonefrite	**3**	10,7
Hidronefrose bilateral	**2**	7,1
Sangramento vaginal	**2**	7,1
Acidente de moto	**1**	3,6
Amniorexe prematura	**1**	3,6
Cerclagem uterina	**1**	3,6
Colelitíase e pielonefrite	**1**	3,6
Quimioterapia para carcinoma de mama	**1**	3,6
Trabalho de parto prematuro	**1**	3,6
Trombose venosa	**1**	3,6

Fonte: Primária.

Na Tabela 15 observamos as incidências de infecção urinaria e vaginite, duas intercorrências que podem estar associadas a trabalho de parto prematuro (BRASIL, 2012a).

Tabela 15 - Distribuição das intercorrências apresentadas na gestação na ESF de Sobral, 2015

Continua

Intercorrências na Gestação	n = 331	%
Nenhuma	**154**	46,5
Infecção Urinária	**125**	37,8
Vaginite	**68**	20,5
Sífilis	**12**	3,6
DHEG	**7**	2,1
Trabalho de Parto Prematuro	**2**	0,6
Amigdalite, Faringite	**2**	0,6
Acidente de Moto	**1**	0,3
Carcinoma de Mama	**1**	0,3
Esquizofrenia	**1**	0,3
Furunculose	**1**	0,3
Herpes Simples	**1**	0,3
Hiperemese Gravídica	**1**	0,3
HIV Positivo	**1**	0,3
Malformação Fetal	**1**	0,3
Sangramento Vaginal	**1**	0,3

Tabela 15 - Distribuição das intercorrências apresentadas na gestação na ESF de Sobral, 2015

	Conclusão	
Varizes em Membros Inferiores	**1**	0,3
Verminose	**1**	0,3

Fonte: Primária.

5.2.3 Características do processo da assistência pré-natal

Com relação ao processo assistencial observamos que em 93% dos CSF (Tabela 16) foi possível cumprir a orientação da Rede Cegonha de oferecer assistência compartilhada entre médicos e enfermeiros, e em 4,5% dos CSF também foi possível associar profissionais de outras categorias para qualificar o cuidado pré-natal (BRASIL, 2011). Segundo Oliveira *et al* (2016), os Programas de Provimentos de Médicos para a Atenção Básica, Mais Médicos para o Brasil e PROVAB, responsáveis pela fixação de médicos na Atenção Primária contribuíram para a redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste.

Tabela 16 - Distribuição das características do atendimento pré-natal da ESF, Sobral, 2015

Variáveis	**n = 331**	**%**
Profissionais que realizaram o atendimento		
Somente enfermeiro	**6**	1,8
Somente médico	**0**	0
Enfermeiro e médico	**310**	93,7
Enfermeiro, médico e outros profissionais	**15**	4,5
Visita domiciliar		
Não	**68**	20,5
Agente Comunitário de Saúde	**238**	71,9
Enfermeiro	**6**	1,8
Médico	**0**	0
Mais de um profissional de saúde	**19**	5,7

Fonte: Primária.

Com relação à visita domiciliar na assistência pré-natal de Sobral, 20,5% das puérperas relatou não ter recebido visitas durante a gestação, o que é quase o dobro do observado por Morais (2013). Esse percentual pode ser justificado pelos 41,2% de parcialmente atendido e insatisfatório no quesito disponibilidade de ACS ativos nas microáreas na avaliação de recursos humanos da estrutura dos CSF de Sobral. Ao mesmo tempo em que também pode demonstrar um esforço dessa

categoria profissional em cobrir as áreas descobertas de ACS, uma vez 71,9% das puérperas entrevistadas relataram receber visita do ACS durante a gestação.

Conforme os parâmetros assistências propostos pelo Ministério da Saúde, cada gestante deve ter um atendimento odontológico durante a gestação (BRASIL, 2015). Na amostra analisada, apenas 69 puérperas (20,8%) afirmaram não ter recebido atendimento odontológico durante a gestação. E o mais importante, 77,5% das puérperas que receberam esse atendimento referiu não ter tido problema odontológico durante a gestação, o que indica que esse parâmetro está sendo cumprido independente de haver uma queixa (Tabela 17).

O Caderno de Atenção Pré-natal de Baixo Risco coloca as ações em saúde bucal entre as atividades que devem ser desenvolvidas na Atenção Pré-natal, para garantir a qualidade desse atendimento, uma vez que as ações de saúde bucal são uma forma de prevenir agravos que podem complicar a gestação, como a doença periodontal, que está associada ao parto prematuro, rotura prematura de membranas e baixo peso ao nascer (BRASIL, 2012a).

Tabela 17 - Distribuição das respostas das puérperas sobre problemas odontológicos na gestação e atendimento odontológico no pré-natal da ESF, Sobral, 2015

Variáveis		**Atendimento odontológico durante a gestação**	
		SIM	NÃO
Teve problema odontológico durante a gestação	SIM	**59**	**3**
	NÃO	**203**	**66**

Fonte: Primária.

Quanto à percepção das puérperas sobre o atendimento recebido 90,3% relataram saber o nome do profissional que a atendeu durante a gestação. (Tabela 18) Indicando que a atenção básica tem o potencial para formar vínculos com as gestantes, o que é fundamental para ampliar a eficácia das ações de saúde (GIL, 1999).

Quanto ao tempo de espera para a consulta, foi inferior ao observado por Morais (2013), que identificou 56,5% de tempo médio de espera maior que uma hora. Sobre a duração da consulta, 94,6% das entrevistadas relataram tempo médio de consulta maior que 15 minutos, o que também foi superior ao resultado de Morais

(2013), onde 12,9% tiveram consultas que demoraram, em média, mais de 15 minutos.

Com relação à possibilidade de retirada de dúvidas durante a consulta, 94,6% das entrevistadas confirmaram que sempre conseguiram retirar suas dúvidas. Resultados semelhantes aos observados por Morais (2013). Esse aspecto é ressaltado no Caderno de Atenção Básica Pré-natal de Baixo de Risco ao afirmar que o esclarecimento de dúvidas deve fazer parte das ações desenvolvidas em todas as atividades da assistência pré-natal (BRASIL, 2012a).

A permissão para a presença de acompanhante nas consultas de pré-natal foi referida apenas por 50,7% das puérperas entrevistadas. Esse é um ponto importante do pré-natal e, bastante discutido, desde a edição da Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às gestantes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). E o resultado observado é paradoxal, como destacado por Morais (2013), pois é perdida a oportunidade de disseminação de orientações de cuidados e de educação em saúde para o pai, o que poderia ampliar sua participação no cuidado com a criança após o nascimento.

Tabela 18 - Distribuição da percepção das puérperas quanto ao atendimento pré-natal da ESF, Sobral, 2015

Continua

Variáveis	**n = 331**	**%**
Sabe o nome do profissional que a atendeu		
Não	**32**	9,7
Sim	**299**	90,3
Tempo médio de espera para consulta		
Menos de 15 minutos	**87**	26,3
De 15 a 30 minutos	**116**	35,0
De 30 minutos a 1h	**76**	23,0
Mais de 1h	**52**	15,7
Tempo médio de consulta		
Menos de 5 minutos	**2**	0,6
De 5 a 10 minutos	**2**	0,6
De 10 a 15 minutos	**14**	4,2
Mais de 15 minutos	**313**	94,6
Retirada de duvidas nas consultas		
Sempre	**313**	94,6
Algumas vezes	**13**	3,9
Nunca	**5**	1,5
Permissão para a presença de acompanhante nas consultas		
Nunca fui acompanhada	**75**	22,7

Tabela 18 - Distribuição da percepção das puérperas quanto ao atendimento pré-natal da ESF, Sobral, 2015

	Conclusão	
Nunca	**74**	22,3
Às vezes	**14**	4,2
Sempre	**168**	50,7

Fonte: Primária.

Quanto às ações que qualificam a atenção pré-natal, mais de 76% das puérperas receberam orientações durante a gestação. Algumas orientações foram referidas por mais de 90% das entrevistadas. (Tabela 19) Almeida et. al (2004), analisando a atenção à saúde recebida pelas gestante de Campinas e sua relação com a mortalidade neonatal observou associação estatisticamente significativa entre o número de orientações recebidas e a ocorrências de mortalidade neonatal, indicando que a ausência ou o pequeno número de orientações pode estar associado ao óbito, como desfecho perinatal.

Tabela 19 - Distribuição da frequência das orientações recebidas no atendimento pré-natal, em consultas individuais ou atividades em grupo, Sobral, 2015

Orientações recebidas	**n = 331**	**%**
Importância do pré-natal e cuidados de higiene	**311**	93,9%
Sintomas comuns na gravidez e orientações para queixas mais frequentes	**311**	93,9%
Pratica de atividades físicas e alimentação saudável na gravidez	**253**	76,4%
Desenvolvimento fetal	**305**	92,1%
Modificações corporais e emocionais	**287**	86,7%
Direitos da Gestante	**278**	83,9%
Atividade sexual	**291**	87,9%
Planejamento familiar	**260**	78,5%
Sinais de alerta e o que fazer	**291**	87,9%
Preparo para o parto	**303**	91,5%
Importância da amamentação	**315**	95,1%
Cuidados com o RN e vacinação	**312**	94,2%
Importância da consulta puerperal	**263**	79,4%

Fonte: Primária.

5.2.4 Adequação do processo da assistência pré-natal

Com relação ao processo de assistência pré-natal oferecido pelas equipes da ESF de Sobral observamos que em média cada puérpera realizou nove consultas, com um mínimo de três e um máximo de 18 consultas de pré-natal.

(Tabela 20) O número de consultas de pré-natal está de acordo com o preconizado pela Rede Cegonha, que indica para todas as gestantes um total de seis consultas durante o pré-natal e uma consulta puerperal, sendo três realizadas pelo médico e três pelo enfermeiro (BRASIL, 2015).

Tabela 20 - Número de consultas de pré-natal na ESF, Sobral, 2015

Variável	Média (*dp*)*	Variação Mínima - Máxima
Consultas de pré-natal realizadas		
Número de consultas	**9,9** (2,57)	**3 - 18**

***dp** = desvio padrão
Fonte: Primária.

Quanto à utilização da assistência pré-natal observamos 90% de início no primeiro trimestre e 96,1% com mais de seis consultas por puérpera. (Tabela 21) Esses percentuais são superiores aos observados por Coutinho *et al* (2006) e Rocha (2011). Coutinho *et al* realizou seu estudo em Juiz Fora, Minas Gerais e observou 75,3% de mais de seis consultas e 51,5% de início no primeiro trimestre, enquanto Rocha (2011), em estudo realizado em Fortaleza, Ceará, observou, 6,07% de mais de seis consultas e 7,64% de início no primeiro trimestre.

Quando observamos isoladamente a realização de visita ou consulta puerperal, nesta pesquisa o resultado caiu para 64,4%. Martins (2014) quando avaliou a assistência pré-natal de Sobral em 2012, também observou queda nesse item de avaliação, relatando apenas 1% de gestantes com seis consultas de pré-natal e consulta puerperal. Mas é semelhante ao observado por Moraes (2013), que na sua pesquisa constatou 68,2% de realização de consulta puerperal, aproximando a realidade de Sobral da realidade de um grande centro urbano.

Esses resultados além de representarem a alta cobertura de atenção básica atingida no município de Sobral, também demonstram uma das dificuldades na sua implementação, o deficiente registro das ações realizadas, como no caso, das visitas puerperais. O percentual atingido em visita puerperal também pode ser consequência da falta de transporte para as áreas de difícil acesso, assim como a impossibilidade de acesso em áreas de violência urbana.

Tabela 21- Distribuição da utilização do atendimento pré-natal da ESF, Sobral, 2015

Variáveis	n = 331	%
Inicio do Pré-natal		
1º Trimestre (até 13 semanas)	**298**	90
2º Trimestre (14 a 28 semanas)	**33**	10
3º Trimestre (mais de 28 semanas)	**0**	0
Número de consultas por gestante		
6 ou mais consultas	**318**	96,1
3 a 5 consultas	**13**	3,9
2 ou menos consultas	**0**	0
Consulta puerperal		
Sim	**213**	64,4
Não	**118**	35,6
Busca ativa	**24**	7,3

Fonte: Primária.

Uma assistência pré-natal de qualidade necessita, além do número de consultas, a realização da consulta em tempo adequado e com conteúdo adequado, sendo considerados indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção da dinâmica uterina, medida da AU, ausculta dos batimentos cardiofetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e da idade gestacional (BRASIL, 2012a).

Tabela 22 - Análise descritiva dos procedimentos clínicos obstétricos realizados durante a atenção pré-natal, Sobral, 2015

Continua

Procedimentos clínicos obstétricos	n = 331	%
Altura Uterina (AU)		
Sem registro	**1**	0,3
1 a 2 registros	**5**	1,5
3 a 4 registros	**33**	10
5 ou mais registros	**292**	88,2
Idade Gestacional (IG)		
Sem registro	**0**	0
1 a 2 registros	**2**	0,6
3 a 4 registros	**11**	3,3
5 ou mais registros	**318**	96,1
Pressão Arterial (PA)		
Sem registro	**0**	0
1 a 2 registros	**2**	0,6

Tabela 22 - Análise descritiva dos procedimentos clínicos obstétricos realizados durante a atenção pré-natal, Sobral, 2015

	Conclusão	
3 a 4 registros	**9**	2,7
5 ou mais registros	**320**	96,7
Peso Materno (PM)		
Sem registro	**0**	0
1 a 2 registros	**2**	0,6
3 a 4 registros	**10**	3,0
5 ou mais registros	**319**	96,4
Procedimentos clínicos obstétricos	**n = 331**	**%**
Batimentos cardíacos fetais (BCF)		
Sem registro	**1**	0,3
1 a 2 registros	**9**	2,7
3 registros	**14**	4,2
4 ou mais registros	**307**	92,7
Apresentação Fetal (AF)		
Sem registro	**10**	3,0
1 registro	**14**	4,2
2 ou mais registros	**307**	92,7
Vacina antitetânica		
Sem registro	**71**	21,4
Com registro somente da 1ª dose	**12**	3,6
Com registro da 2ª ou 3ª dose, dose de reforço ou Imunidade	**248**	74,9

Fonte: Primária.

Com resultados semelhantes aos de Coutinho *et al* (2006) e Morais (2013), os procedimentos obstétricos, tais como registros da medida da AU, da idade gestação, da pressão arterial, do peso materno, dos BCF, da apresentação fetal e vacinação antitetânica, foram executadas de forma adequada para a maioria das puérperas avaliadas.

Com relação à execução dos procedimentos clínicos obstétricos, o menor percentual foi alcançado em vacinação antitetânica (74,9%), apesar de maiores que os observados por Coutinho *et al* (2006) e Morais (2013), respectivamente 59% e 38,8%. Reflete, no caso do presente estudo, a falta de registro (21,4%) (Tabela 22), somada a falta ou insuficiência do insumo (11,8%) (Tabela 8).

A adequação, quanto à realização dos exames laboratoriais, foi estabelecida conforme o preconizado pela Rede Cegonha, 2012, parâmetros que foram apresentados no Quadro 2. Os resultados alcançados foram predominantemente adequados em todos os exames complementares preconizados (Tabela 23). Esses resultados confirmam os dados encontrados por Siqueira (2010), que em Sobral observou fácil acesso aos exames laboratoriais, nos anos de 2005-

2009 e Martins (2014), que observou realização adequada, em percentuais acima de 80% de hemograma completo, VDRL, glicemia de jejum, colpocitopatológico e ultrassom obstétrico, e um percentual de 75% de sumário de urina, no ano de 2012, em Sobral.

Quanto aos resultados em exames laboratoriais apresentados por Martins (2014), só não foi observado evolução no colpocitopatológico, no qual inclusive houve uma regressão. Em 2012, era de 87,5%, e no presente estudo observamos apenas 50,7% de registro do exame, refletindo a falta de material de coleta descrita na avaliação de recursos materiais, na qual 64,7% dos CSF foram avaliados com parcialmente adequado ou insatisfatório nesse item (Tabela 5).

Ainda com relação ao processo da assistência pré-natal, o instrumento proposto não avaliou o tempo de retorno dos resultados dos exames laboratoriais, e nem mesmo, se todos os resultados retornaram ao CSF.

A situação observada quanto à realização dos exames laboratoriais merece atenção, pois a realização de todos esses contribuí para prevenção de desfechos desfavoráveis, como o parto prematuro e morte perinatal.

Tabela 23 - Análise descritiva dos exames complementares realizados durante atenção pré-natal da ESF, Sobral, 2015

Continua

Exames complementares	**n = 331**	**%**
Tipagem sanguínea e fator Rh		
Sem registro	**10**	3,0
1 ou mais registros	**321**	97
Hematocrito/Hemoglobina		
Sem registro	**8**	2,4
1 registro	**18**	5,4
2 ou mais registros	**304**	91,8
Teste rápido ou Sorologia para Hepatite B		
Sem registro	**43**	13
1 registro	**288**	87
Sorologia para Toxoplasmose		
Sem registro	**69**	20,8
1 registro	**262**	79,2
Glicemia de jejum		
Sem registro	**11**	3,3
1 registro	**35**	10,6
2 ou mais registros	**285**	86,1
Sumário de urina		
Sem registro	**18**	5,4
1 registro	**63**	19,0
2 ou mais registros	**250**	75,5

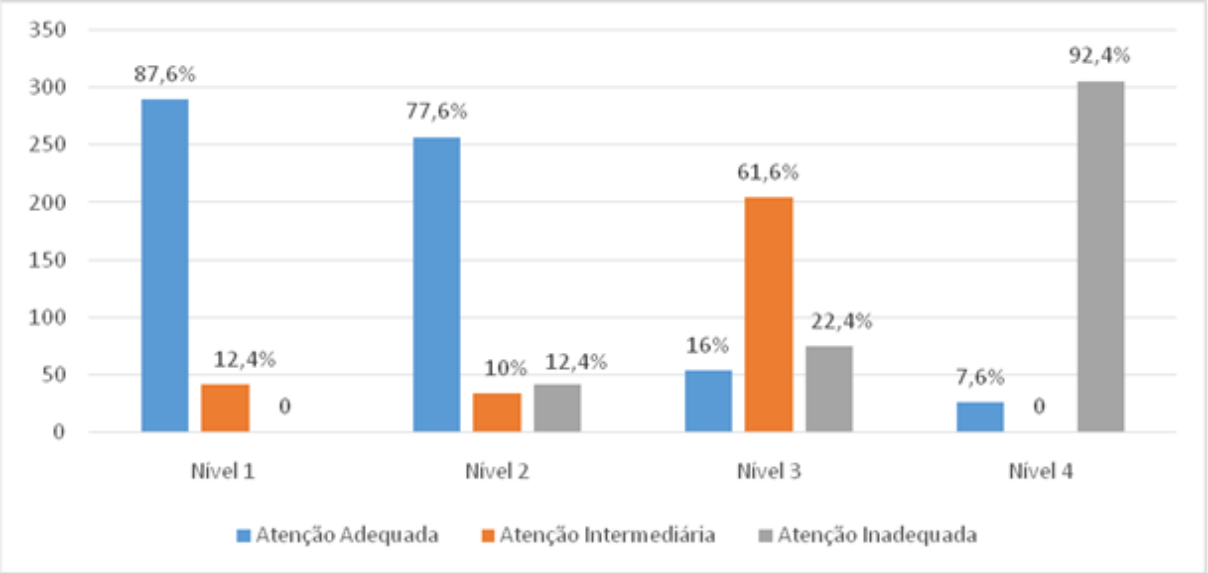
Tabela 23 - Análise descritiva dos exames complementares realizados durante atenção pré-natal da ESF, Sobral, 2015

	Conclusão	
Teste rápido para Sífilis		
Sem registro	**16**	4,8
1 registro	**69**	20,8
2 ou mais registros	**246**	74,3
Teste rápido para HIV		
Sem registro	**24**	7,2
1 registro	**112**	33,8
2 ou mais registros	**195**	58,9
Urinocultura		
Sem registro	**84**	25,4
1 registro	**247**	74,6
Colpocitologia		
Sem registro	**163**	49,3
1 registro	**168**	50,7
Ultrassom Obstétrico		
Sem registro	**6**	1,8
1 registro	**325**	98,2

Fonte: Primária.

A análise global do processo de atenção pré-natal da ESF de Sobral, em 2015, tem seus resultados descritos no gráfico abaixo.

Gráfico 6 – Adequação da atenção pré-natal da ESF considerando os quatro níveis de desempenho de qualidade, Sobral, 2015, segundo Morais (2013)



Fonte: Primária.

Os resultados observados são melhores que os descritos em duas pesquisas que utilizaram a metodologia empregada nesse estudo, o trabalho

seminal de Coutinho e o trabalho de Morais (2013), que acrescentou o Nível 4 de adequação de qualidade, conforme dados da Tabela 24.

Tabela 24 - Comparação entre adequação da atenção pré-natal considerando os quatro níveis de desempenho de qualidade

Municípios	Sobral, 2015	Juiz de Fora, 2002	Santa Helena de Goias,2013
Avaliação do Processo		**Nível 1(%)**	
Adequado	87,6	27,6	70,6
Intermediário	12,4	60,5	24,7
Inadequado	0	11,9	4,7
Avaliação do Processo		**Nível 2(%)**	
Adequado	77,6	1,9	0
Intermediário	10	49,7	11,8
Inadequado	12,4	48,4	88,2
Avaliação do Processo		**Nível 3(%)**	
Adequado	16	1,1	0
Intermediário	61,6	50,5	3,5
Inadequado	22,4	48,4	96,5
Avaliação do Processo		**Nível 4[1](%)**	
Adequado	7,6	-	3,5
Inadequado	92,4	-	96,5

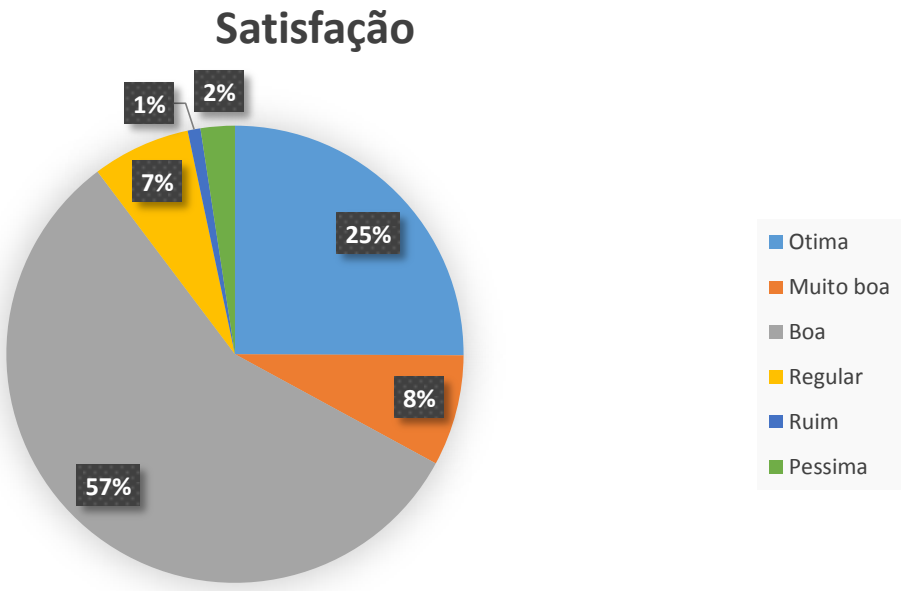
[1]Coutinho (2006) não utilizou o Nível 4 na sua avaliação.
Fonte: Primária.

Apesar dos resultados alcançados na análise global do processo de atenção pré-natal da ESF de Sobral, em 2015, serem superiores aos demais estudos comentados, eles também significam que 22,35% (n=74) não passaram do Nível 1 (início no 1º trimestre e seis ou mais consultas de pré-natal), 61,63% (n=204) também não ultrapassaram do Nível 2, ou seja, iniciaram no 1º trimestre, tinham seis ou mais consultas e todos os procedimentos clínicos obstétricos adequados, mas não conseguiram completar os exames laboratoriais e complementares básicos; apenas 28 puérperas (8,45%) conseguiram iniciar no 1º trimestre, ter seis ou mais consultas, todos os procedimentos clínicos obstétricos e exames laboratoriais e complementares básicos adequados; assim como apenas 25 puérperas (7,55%) conseguiram realizar, todos os procedimentos considerados mínimos para uma qualidade adequada do pré-natal, incluindo a visita puerperal.

Os 61,63% de puérperas que não conseguiram completar a assistência pré-natal com todos os exames laboratoriais e complementares tem como causas a elevada inadequação na realização de colpocitologia, devido às dificuldades de fornecimento de insumos para sua realização, somado ao percentual de inadequados alcançados em todos os outros exames laboratoriais básicos e ultrassom obstétrico, para os quais podemos ter dificuldades no tempo de retorno de resultados, nos registros dos resultados e até mesmo na adesão da puérpera à realização do exame.

A avaliação da assistência pré-natal na perspectiva das mulheres que receberam o cuidado foi positiva, 25% consideraram ótima, 8% muito boa e 57% boa, em contrapartida aos 10% que avaliaram negativamente a assistência: como regular 7%, ruim 1% e péssima 2%. Apesar do resultado positivo, é importante destacar, que mesmo entre as puérperas, que avaliaram positivamente a assistência recebida foram destacados aspectos negativos, como dificuldade de acesso a exames e transporte sanitário. As puérperas, que avaliaram negativamente a assistência recebida, destacaram o descaso ou descortesia de alguns membros da equipe de saúde como o mais relevante para a avaliação realizada.

Gráfico 7 - Nível de satisfação das puérperas quanto a atenção pré-natal recebida na ESF, Sobral, 2015



Fonte: Primária.

5.3 Os resultados da assistência pré-natal

Nessa etapa são descritos indicadores preconizados pela Rede Cegonha, como proporção de baixo peso ao nascer e de prematuridade pela sua relevância e larga utilização na avaliação da qualidade de saúde e do acesso aos cuidados das populações (CAVALCANTI, 2013). Assim, como porcentagem de óbitos maternos e perinatais. Também foram avaliadas as relações entre o nível da qualidade da assistência pré-natal e os desfechos, óbito materno, óbito fetal, baixo peso e prematuridade do RN.

Para esta analise foram considerados de baixo peso os RN nascidos com menos de 2500g e prematuros os nascidos com menos de 37 semanas de gestação.

5.3.1 Descrição da avaliação dos resultados da assistência pré-natal

No período analisado não foram observados óbitos maternos. A razão de mortalidade materna (RMM) no município de 28,8 por 100.000 nascidos vivos (Gráfico 2), tem permanecido estável nos últimos dois anos, apesar do amplo acesso aos cuidados pré-natais, o que pode indicar a persistência de um descompasso em relação ao acesso à assistência ao parto de qualidade. Szwarcwald *et al* (2014) apresentou como hipóteses para explicar a manutenção da elevada RMM em países em desenvolvimento, a persistência de uma assistência ao parto ainda de qualidade discutível e um número elevado de cesáreas, apesar da ampliação do acesso aos cuidados pré-natais.

O número de óbitos perinatais, no presente estudo foi composto pelo número de natimortos e de óbitos neonatais precoces (0 a seis dias de vida) observados.

Tabela 25 - Indicadores de resultado na avaliação da assistência pré-natal da ESF de Sobral, 2015

Indicadores de Resultado	n	%
Porcentagem de óbitos perinatais	14	4,2
Porcentagem de RN vivos de baixo peso	18	5,4
Porcentagem de RN vivos prematuros	7	2,1

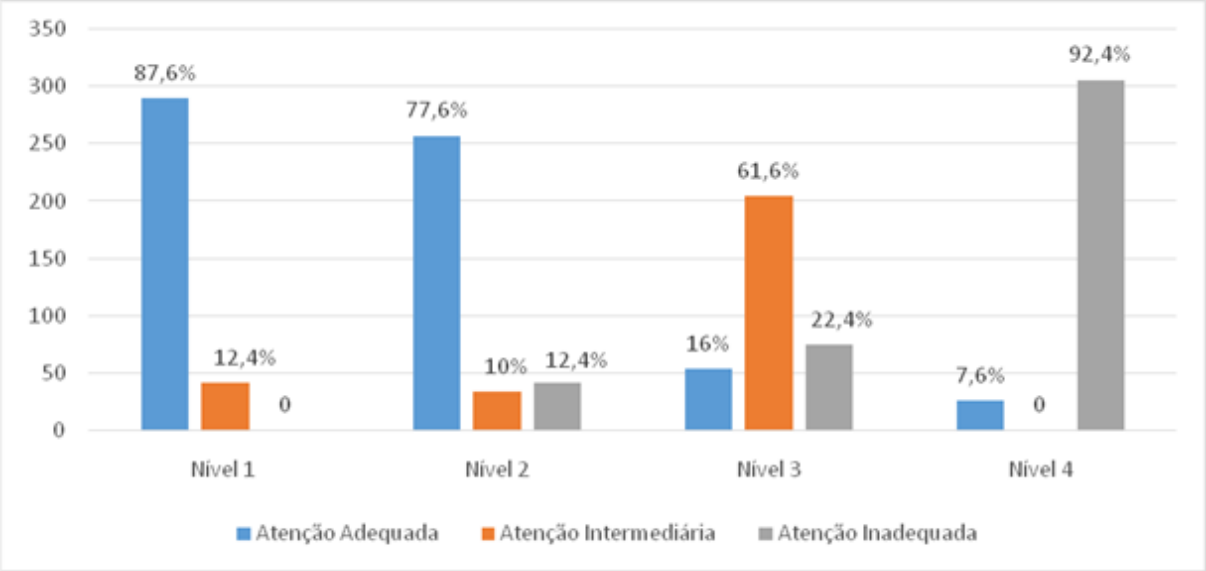
* N = 331
Fonte: Primária.

No presente estudo foram observados 14 (4,2%) óbitos perinatais. Em Sobral, no ano de 2015, a mortalidade perinatal foi de 14,7 por mil nascidos vivos semelhante à observada por Ortiz (2012), no seu estudo sobre a mortalidade perinatal brasileira nos Sistema de Informação – SIM e SINASC, no período de 2000 a 2010, nos estados de Santa Catarina (12,3), São Paulo (13,0) e Rio Grande do Sul (13,5), que são estados reconhecidos pelo seu desenvolvimento econômico e social.

A mortalidade perinatal indica o risco de um feto, nascido sem qualquer sinal de vida ou, nascido vivo, morrer na primeira semana de vida, e reflete a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao RN (BRASIL, 2000).

No Gráfico 8, podemos observar a queda da mortalidade perinatal e infantil de Sobral, no período de 2008 a 2015, que reflete os avanços sociais e de assistência à saúde vividos pela sociedade sobralense.

Gráfico 8 - Série histórica das mortalidades perinatal e infantil, Sobral, 2008 a 2015



Fonte: SIM/SINASC.

No presente estudo foram observados 5,2% de baixo peso (RN < 2.500g) e 2,1% de prematuridade (RN < 37 semanas). Na pesquisa Nascer no Brasil, que analisou os resultados de 23.940 gestações no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, foi observado 8,74% de baixo peso e 10,29% de prematuridade ao nascimento, com taxa de mortalidade foi 11,1 por mil, que foi maior nas regiões Norte e Nordeste (38,3%) e nas classes sociais mais baixas, nas quais ocorreram 81,7% dos RN prematuros e 82% dos RN de baixo peso ao nascer (LANSKY, 2014).

Em relação, à avaliação do desempenho da assistência pré-natal, Leal *et al*, em 2004, utilizando o escore de adequação de pré-natal proposto por Kotelchuck, que avalia o início do pré-natal e a proporção entre o número de consultas realizadas e esperadas, conforme a idade gestacional de nascimento, encontraram 38,5% das parturientes do município do Rio de Janeiro com assistência pré-natal adequada ou mais que adequada. E na pesquisa Nascer no Brasil, que utilizou o mesmo índice de Kotelchuck para avaliar a adequação do pré-natal, as maiores taxas de mortalidade neonatal foi entre as mães que tiveram atenção inadequada no pré-natal.

O escore de Kotelchuck é uma evolução do índice de Kessner, utilizado no presente estudo para qualificar o Nível 1 de assistência pré-natal. Os resultados do presente estudo, apresentados na Tabela 26, confirmam o maior número de óbitos, de prematuros e baixo ao nascer na assistência pré-natal qualificada como de Nível 1.

Tabela 26 - Distribuição dos desfechos da gestação, com relação ao desempenho da assistência pré-natal da ESF de Sobral, 2015

Desfecho da gestação		**Desempenho da Assistência Pré-natal**			
		Nível 1 n (%)	Nível 2 n (%)	Nível 3 n (%)	Nível 4 n (%)
RN Vivo	Sim	68 (91,9)	202(99,1)	27 (96,4)	25 (100)
	Não	6 (8,1)	2 (0,9)	1 (3,6)	0 (0)
RNprematuro	Sim	12 (16,2)	9 (4,4)	0 (0)	0 (0)
	Não	62 (83,8)	195 (95,6)	28 (100)	25 (100)
RNbaixo peso	Sim	12 (16,2)	12 (5,9)	1 (3,6)	0 (0)
	Não	62 (83,8)	192 (94,1)	27 (96,4)	25 (100)

Fonte: Primária.

Na análise estatística do desfecho nascer vivo utilizando o teste do Qui-quadrado, para verificar se existe diferença estatisticamente significante no resultado entre os grupos de desempenho da assistência pré-natal, foi observado valor do qui-quadrado igual a 11,232, graus de liberdade 3, p = 0,01053529, portanto p<0,05. Utilizando a Correção Yates, o valor do qui-quadrado vai para 8,077, p= 0,04444687, portanto p<0,05. Indicando haver uma diferença estatisticamente significante (nível de confiança de 95%, ou p < 0,05) no desfecho entre os grupos. A diferença é

estatisticamente significante tratando o Nível 3 e Nível 4 separados ou agrupados. Ainda comparando os Nível 1 e Nível 2 foi calculado valor de qui-quadradoo de 9,871, grau de liberdade 1, p = 0,00167904, portanto p<0,01. Utilizando a Correção Yates, o valor do qui-quadrado vai para 7,485, p = 0,00622151, portanto p <0,01. Indicando haver uma diferença estatisticamente significante (nível de confiança de 99%, ou p <0,01) do desfecho entre os dois grupos.

Para avaliação de o desfecho nascer prematuro utilizando o teste do qui-quadrado para verificar a existência de diferença estatisticamente significante no resultado entre os quatro grupos de desempenho da assistência pré-natal foi obtido o seguinte resultado: valor de qui-quadrado de 17,009, grau de liberdade 3, p=0,00070374, portanto p <0,01; aplicando a Correção Yates, o valor do qui-quadrado vai para 13,283, p=0,00406291, portanto p <0,01. Indicando haver uma diferença estatisticamente significante (nível de confiança de 99%, ou p <0,01) no desfecho entre os grupos, e essa diferença é estatisticamente significante tratando o Nivel 3 e Nivel 4 separados os agrupados. Comparando os Nível 1 e Nível 2 foi calculado valor de qui-quadrado o de 10,835, grau de liberdade 1, p = 0,00167904, portanto p<0,01. Utilizando a CorreçaoYates, o valor do qui-quadrado vai para 7,485, p = 0,00099599, portanto p <0,01. Indicando haver uma diferença estatisticamente significante (nível de confiança de 99%, ou p <0,01) do desfecho entre os dois grupos.

Na análise estatística da associação entre baixo peso e nível de desempenho de assistência pré-natal, foi calculado valor do qui-quadrado de 11,448, grau de liberdade 3, p = 0,0953438, portanto p <0,01, e utilizando a Correção de Yates, valor do qui-quadrado de 8,653, p = 0,03427856, portanto p <0,05. Indicando haver uma diferença estatisticamente significante (nível de confiança de 99%, ou p <0,01) no desfecho entre os grupos. Essa diferença é estatisticamente significante tratando o Nivel 3 e Nivel 4 separados os agrupados. Comparando os Nível 1 e Nível 2 foi calculado valor de qui-quadradoo de 7,352, grau de liberdade 1, p = 0,00669882, portanto p<0,01. Utilizando a Correçao Yates, o valor do qui-quadrado vai para 6,1, p= 0,01351819, portanto p <0,05. Indicando haver uma diferença estatisticamente significante (nível de confiança de 95%, ou p <0,05) do desfecho entre os dois grupos.

Quando realizada a analise corresponde entre os grupos Nivel 1 e Nivel 3, Nivel 1 e Nivel 4, Nivel 2 e NIvel 3, Nivel 2 e Nivel 4, nos desfechos aqui avaliados,

os resultados mostram que não há diferença estatisticamente significante, entre os grupos pareados, quando aplicada a Correção Yates.

Todos os resultados foram conferidos por teste interativo.

Esse resultado significa que a falta dos procedimentos clínicos obstétricos e dos exames laboratoriais mínimos preconizados pela Rede Cegonha, influenciaram nos desfechos desfavoráveis observados na amostra estudada.

6 CONCLUSÕES

Os CSF de Sobral, do ponto de vista da estrutura, apresentaram indicadores satisfatórios para a atenção pré-natal de qualidade. O grande entrave para a qualidade do pré-natal, nesse estudo, foi localizado na avaliação do processo, no que se refere aos parâmetros de realização dos exames complementares, principalmente o exame citopatólogico que permite a identificação de infecções vaginais que aumentam o risco do parto prematuro.

Apesar da Taxa de Mortalidade Infantil ter apresentando, principalmente, nos últimos anos um declínio importante, o estudo mostrou que há ainda intervenções que precisam ser feitas para eliminar os óbitos infantis evitáveis por adequada atenção ao pré-natal.

Constatou-se, nesse estudo, que em relação à mortalidade perinatal, à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, os principais fatores envolvidos foram o baixo número de consultas de pré-natal e o início tardio da assistência pré-natal das gestantes que tiveram esses desfechos negativos.

Ficou evidente a necessidade de se estabelecer uma cultura de monitoramento e avaliação, que oriente o planejamento adequado para a manutenção, reforma e ampliação, conforme as necessidades verificadas. É possível, assim, trabalhar com a prática de manutenção preventiva, que impede a interrupção dos serviços prestados à clientela.

O monitoramento e avaliação contínua possibilitam também, a aquisição de recursos materiais e de medicamentos essenciais, para que se mude esse modo de gerenciamento público de serviços, no qual os insumos são adquiridos em quantidade incompatível com as necessidades da assistência que se quer oferecer.

Apesar do perfil urbano da cidade de Sobral, com várias áreas descobertas de ACS ainda resiste um espírito colaborativo típico do interior e da ESF no esforço de cobrir e acompanhar as gestantes das áreas descobertas de ACS, mantendo elevados os índices de gestantes acompanhadas com visita domiciliar do ACS.

A satisfação dos usuários observada na pesquisa parece estar expressando a satisfação em relação as expectativas da clientela colocadas para os atendimentos, ou seja, ter as consultas agendadas, fazer os exames, entre outros. A

insatisfação mais frequente foi o relacionamento da equipe de saúde com a comunidade.

Esta pesquisa demonstra que a avaliação da assistência pré-natal da ESF de Sobral, no que se refere à estrutura, processo e resultados, oferece aos gestores indicações de aspectos nos quais são importantes intervenções que permitam melhores desfechos das gestações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 7, n.1, p. 22-35, mar.2004. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2016.

ANDRADE, L.O.M., BARRETO, I.C.H.C., BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. p. 783-836. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

ANDRADE, L.O.M.; MARTINS JUNIOR, T. Saúde da Família: Construindo um Novo Modelo. A experiência de Sobral. **SANARE – Revista Sobralense de Políticas** Públicas. v.1; n. 1, 1999.

ANDRADE, L.O.M. *et al.* A Estratégia Saúde da Família In: DUNCAN, B. B. *et al* (Colab.) **Medicina Ambulatorial:** Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. p 88-100.

BANDEIRA, M.; SILVA, M.A. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 61, n. 3, p. 124-132, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BARRETO, I.C.H.C. *et al*. Caderneta de Saúde da Mãe e da Criança de Sobral: utilização e opinião das gestantes. **SANARE - Revista Sobralense de Políticas Públicas**. v. 1, n. 1. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

_____. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Competência**: Janeiro de 1998 a Setembro de 2016. Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 06 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher, Parto, Aborto e Puerpério:** Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), 2013-2015.** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Portaria nº 1.654**, de 19 de julho de 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 570**, de 1º de junho de 2000a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população para 1º de julho de 2015b**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=231290>. Acesso em: 18 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488**, de 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 (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância à Saúde. DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – 2015c. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvce.def. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466,** 2012b. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.

_____. Ministério da Saúde. **Taxa de Mortalidade Materna (coeficiente de mortalidade materna).** Ficha de qualificação. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc06.htm. Acesso em: 31 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Taxa de Mortalidade Perinatal(coeficiente de mortalidade perinatal).** Ficha de qualificação. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc05.htm. Acesso em: 31 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.814,** de 29 de novembro de 2011. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) componente Reforma. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/ prt 281429112011.html. Acesso em: 28 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

_____. Ministério da Saúde. **LEI Nº 11.108**, DE 7 DE ABRIL DE 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BUCHABQUI, J.A.; ABECHE, A.M.; NICKEL, C. Assistência Pré-natal. In: FREITAS, F. *et al*. **Rotinas em obstetrícia**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CAVALCANTI, P.C.S.*et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis,** Rio de Janeiro,v.23,n.4,p.1297-1316,Dec.2013.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 02 nov. 2016.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. 2010. Disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao. Acesso em: 29 out. 2016.

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna**. Fortaleza, 09 jun. 2015. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?download...mortalidade-materna>. Acesso em: 29 de out. 2016.

COSTA, M.A.F.; COSTA, M.F.B. **Projeto de Pesquisa**: entenda e faça. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015. 140p.

COUTINHO, T. **Adequação da Assistência Pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG**: análise do processo. 2002. 249 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da

Universidade do Rio de Janeiro/ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2002.

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.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 10, p. 717-724, Dec. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003001000004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2016.

COUTINHO, T. **Evolução da Adequação da Assistência Pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG:** análise do processo. 2006. 249 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-443494. Acesso em: 12 abr. 2015.

CRUZ, R.S.B.L.C.; CAMINHA, M.F.C.; BATISTA FILHO, M. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **R. bras ci Saúde**, 18(1):87-94, 2014. Disponível em: http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/15780/11722. Acesso em: 10 jun. 2015.

DIAS, M.A.B. *et al*. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S169-S181, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2015.

DONABEDIAN, A. La calidad de laatención médica: definición y métodos de evaluación. In: **La calidad de la atención médica**: Definición y métodos de evaluación. < La>Prensa Medica Mexicana, 1982.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York: Oxford University Press, 2003.Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=fDSriunx6UEC&oi=fnd&pg=PR17&dq=DONABEDIAN,+AN+Introduction+to+Quality+Assurance+in+Health+Care.+New+York:+Oxford+University+Press,+2003.&ots=v4ElROLxrr&sig=30xox0w2TScTVusBLQLXDkSfCo0#v=onepage&q=DONABEDIAN%2C%20AN%20Introduction%20to%20Quality%20Assurance%20in%20Health%20Care.%20New%20York%3A%20Oxford%20University%20Press%2C%202003.&f=false. Acesso em: 12 maio 2015.

DONABEDIAN, A. “The Seven Pillars of Quality”. **Arch. Pathol. Lab. Med**., 114(11):1115-1118, nov.1990. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/The_seven_pillars_of_quality/367. Acesso em: 14 ago. 2015.

DORNELES, J.A. **Planilha de Controle das Gestantes de Sobral**. Sobral – CE, 2014. 35 planilhas, tamanho: 0 bytes (Arquivo Planilhas Google®).

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2015.

FURTADO, J.P.; SILVA, L.M.V. Entre os campos científico e burocrático - a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P.(Org.) **Práticas de avaliação em saúde no Brasil:** diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. Disponível em: Praticas%20de%20avaliacao%20em%20saude%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 15 set. 2015.

GIL, C.R.R. Avaliação em Saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 5, n. 19, 1999. Disponível em: www.ccs.uel.br/olhomagico/N19/especial.htm . Acesso em: 15 set. 2015.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2015.

GUSSO, G; POLI, P. Gestão da Clínica. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e pratica. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 159-166.

JORGE, H.M.F. et al. Assistência pré-natal e saúde da mulher. **Rev. Bras. Promoç Saúde**, Fortaleza, 28(1): 140-148, jan./mar., 2015.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **Am J Public Health.** 1994 September; 84(9): 1414–1420.Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615177/. Acesso em: 14 jun. 2015.

LANSKY, S.; França, E. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas . In: **Rede Interagencial para Saúde , organizador**. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências . Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde ; 2009 . 85 - 112 .

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf. Acesso em: 08 jun. 2015.

LEAL, M.C. *et al.* Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S63-S72, 2004.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/07.pdf. Acesso em: 08 jun. 2015.

MACINKO, J., GUANAIS, F.C. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **J Epidemiol Community Health**. 2006 Jan;

60(1): 13–19. Doi: 10.1136/jech.2005.038323. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/citedby/>. Acesso em: 10 ago. 2015.

MALTA, D.C. *et al.* Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 481-491, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2015.

MARTINS, K.M.C. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal de gestantes com sífilis.** 2014. 95 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. Sobral, 2014. Disponível em: http://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/disseracoes/2014_UVA_Keila%20Maria%20Carvalho%20Martins.pdf. Acesso em: 08 jul. 2015.

MATILDA, A.H.; CAMACHO, L.A. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde**. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(1):37-47, jan-fev, 2004. Disponível em:http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n1/17.pdf. Acesso em: 09 ago. 2015.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.

MINAYO, M. C. S. *et al*. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 (reimpressão).

MORAIS, M.M. **Avaliação da Atenção Pré-Natal da Estratégia Saúde da Família no Município de Santa Helena de Goiás**. 2013. 149f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013. Disponível em: http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/2922/1/MARILDETE%20MARTINS%20MORAIS.pdf. Acesso em: 15 jul. 2015.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22,n.1,p.173-179,Jan.2006.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2015.

OLIVEIRA, J.P.A.; SANCHEZ, M.N.; SANTOS, L.M.P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciênc. saúde coletiva**; 21(9): 2719-2727, Set. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902719&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS.) **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Suíça, 2015.Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream /10665/161442/3 /WHO_ RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 31 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolución CD49. R22**: redes integradas de servicios de saludbasadasenlaatención primaria de salud. Washington: OPS, 2009.Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf. Acesso em: 08 nov. 2015.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf. Acesso em: 18 set. 2015.

PAIM, J.*et al*. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. spe, p. 73-78, ago. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015.

PEREIRA, S.S.S. NOAS: Houve Impacto para o Sus? **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, mar. 2004.Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80886. Acesso em: 14 out. 2015.

REA, L. M.; PARKER, R. A. **Metodologia de Pesquisa** – do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda., 2000.

ROCHA, R.S. **Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE:** uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. 2011. 93 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:82KLnlpc220J:www.uece.br/cmasp/dmdocuments/rebeca_silveira.pdf+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 14 nov. 2015.

ROUQUAYROL, M.Z., SILVA, M.G.C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAMPAIO, L.F.R.; MEDONÇA, C.S.& LERMEN JUNIOR, N. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e pratica. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 33.

SANTOS, A.L.M.F. **Estatística Aplicada em Inteligência Digital.** Calculadora de Amostras; 20 jul. 2014. Disponível em: <http://estatisticaaplicada.com.br/calculadora-de-amostras/>. Acesso em: 10 ago. 2015.

SERAPIONI, M.; LOPES, C.M.N.; SILVA, M.G.C. Avaliação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol Epidemiologia & Saúde**. 7ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.D.G.O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, Oct. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2015.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X19 94000 100009&lng =en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 set. 2015.

SILVEIRA, D.S., SANTOS, I.S., COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: Uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 131- 139, 2001.Disponível em: http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/30/Silveira%20e%20cols,%202001%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20pr%C3%A9-natal%20na%20rede%20b%C3%A1sica.pdf?sequence=1. Acesso em: 20 set. 2015.

SILVEIRA, D.S., SANTOS, I.S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1160-1168, set-out, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2015.

SIQUEIRA, D. D'Á. **Assistência Pré-Natal em Sobral-CE:** processo, resultado e impacto em 2005-09. 2010. 9f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Poder Executivo. **Lei nº 1041**, de 24 de novembro de 2010. Dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Politica Publica de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo à Vida no Município de Sobral/CE, e dá outras providencias. Sobral: Impresso Oficial do Municipio, Ano XIII, nº 290, 30 nov. 2011.

_____. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde. Estratégia Trevo de Quatro Folhas. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Gestante e da Puérpera de Risco Habitual. Sobral:** Secretaria da Saúde: Estratégia Trevo de Quatro Folhas, 2013.

SOUSA, F.J.S. *et al.* Programa Trevo de Quatro Folhas: Uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em Sobral-Ceará. **Sanare**, Sobral, V 11, P 60-65, jan/jul, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SZWARCWALD, C.L. *et al*. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S71-S83, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2015.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 .Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2015.

XIMENES NETO, F.R. G. *et al*. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.**, Brasília ,v.61,n. 5,p. 595-602,Oct.2008.Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-71672008000500011&lng=en&nrm=iss>. Acesso em: 31 out. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A- FORMULÁRIO DA ENTREVISTA REALIZADA PELO TREVO DE QUATRO FOLHAS NAS MATERNIDADES DE SOBRAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL

Secretaria da Saúde de Sobral

Trevo de Quatro Folhas

AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DA MÃE E DA CRIANÇA EM SOBRAL

HOSPITAL

1. Hosp. Dr. Estevam
2. Santa Casa
3. Unimed
4. Domicilio
5. Hosp. Regional
6. Em Trânsito

IDENTIFICAÇÃO

Nome:_____

Endereço: _____

Idade: _____anos Data do Parto: ____/_____ /_____

CSF/Bairro: _____ ACS:_____

DADOS GERAIS

1. Onde realizou Pré-natal?
   1. Hospital, Com Quem? _____
   2. Centro de Saúde da Família, Com Quem? _____
   3. Consultório Particular. Com Quem? _____
   4. Outro, Onde? Com Quem? _____
   5. Não realizou
2. Você recebeu a Caderneta?
   1. Hospital, Com Quem? _____
   2. Centro de Saúde da Família, Com Quem? _____
   3. Consultório Particular. Com Quem? _____
   4. Outro, Onde? Com Quem? _____
   5. Não Recebeu.
3. Você trouxe a Caderneta para Maternidade?
   1. SIM 2. NÃO
4. Se não, por quê?
   1. Não sabia 2. Foi levada por familiares 3. Esqueceu 4. Outros 5. Não Tem
5. Você leu a caderneta?
   1. Sim, sozinha 2. Leu em reunião de grupo 3. Leu com ajuda familiar ou amigos
   4. Outros 5. Não tem Caderneta.

PREENCHIMENTO

1. A identificação da mulher estava preenchida? 1. Sim 2. Não 3. Incompleta
2. As informações sobre o parto foram preenchidas? 1. Sim 2. Não 3. Incompleta
3. As informações sobre o recém-nascido foram preenchidas? 1. Sim 2. Não 3. Incompleta

CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

1. Cor (Raça)
   1. Branca 2. Negra 3. Parda 4. Amarela 5. Não se aplica
2. Qual o seu estado civil?
   1. Solteira 2. Casada 3. Separada 4. Viúva 5. União estável (juntos)
3. Qual é o seu grau de instrução?
   1. Analfabeta 2. Alfabetizada. 3. Ens. Fund. Completo.
   4. Ens. Fund. Incompleto. 5. Ens. Méd. Completo. 6. Ens. Médio Incompleto
7. Ens. Sup. Completo. 8. Ens. Sup. Incompleto 9. Pós Graduação
4. Qual a sua renda mensal (familiar)?
   1. menos de 1/2 Sal. Min. 2. 1/2 – 1 Sal. Min. 3. 1 – 2 Sal. Min. 4. 2 – 3 Sal. Min. 5. 3-5 Sal. Min 6. + de 6 Salários 7. Desempregado(a)

GESTAÇÃO E PARTO

1. Nº Gestação: _____ 2. Nº Partos: ____ 3. Nº Cesárea: ____ 4. Nº Abortos: ____ 5. Natimorto: ____

6. Neomorto precoce: ____ 7. Neomorto Tardio: ____ 8. Idade da 1ªGestação:_____ anos

9. Intervalo Interpartal:____ ms10a. Nº RNs.de baixo peso (<2500g):____10b. e com mais de 4000g:_____

11a. Nº RNs. Pré-Termo (antes de 37 sems.):____ 11b. e Pós-Termo(≥ 42 sems): _____

12. Nº Filhos Vivos: ____ 13. Filhos falecidos até 01 ano: ____ 14. Filhos falecido entre 01 e 05 anos:_____

15. Intercorrência na gestação anterior?
    1. Sim 2. Não Qual ?_____
16. Amamentou na gestação anterior, exclusivamente?
    1. Sim, até 04 ms. 2. Sim, até 06ms 3. Sim, até 01 ano 4. Sim, + 01ano
    5. Se não, Porque? _____
17. Complicações no puerpério anterior?
    1. Sim 2. Não Qual ?_____
18. Esta gestação foi desejada?
    1. Sim 2. Não
19. Fazia algum método anticoncepcional antes desta gestação ?
    1. Sim 2. Não Qual ? _____
20. Idade Gestacional em semanas no parto? Nº semanas _____
    1. Menos de 22 2. de 22 a 27 3. de 28 a 31 4. de 32 a 36 5. de 37 a 41 6. Mais de 41
21. Tipo de parto.
    1. Cesárea. 2. Normal 3. Normal/Fórceps
22. Número de consultas no Pré-Natal: _____ consultas.
23. Primeira consulta no Pré-Natal – DUM _____
    1. 1º Trimestre (até 13sem) 2. 2º Trimestre(14 a 28sem)

3. 3º Trimestre (+ 28sem)

24. Realizou ABO-RH?

1. Sim 2. Não 3. RH negativo Coombs. 1. Sim 2. Não Coombs indireto quando_____ sem

25. Realizou VDRL?

1. Não 2. 1ª Consulta 3. 1ª Consulta e 3º Trimestre

26. Realizou Sumário de Urina?

1. Não 2. 1ª Consulta 3. 1ª Consulta e 3º Trimestre

27. Realizou Urocultura?

1. Não 2. 1ª Consulta 3. 1ª Consulta e 3º Trimestre

28. Realizou Glicemia de Jejum?

1. Não 2. 1ª Consulta 3. 1ª Consulta e 2º Trimestre 4. TTG 75g Quando? _____sem

29. Realizou Hematócrito / Hemoglobina?

1. Não 2. 1ª Consulta 3. 1ª Consulta e 3º Trimestre

30.Realizou Anti-HIV?

1. Não 2. 1ª Consulta 3. 1ª Consulta e 3º Trimestre

31. Sorologia para Toxoplasmose?

1. Sim 2. Não

32. Sorologia para Rubeola?

1. Sim 2. Não

33. Sorologia para Hepatite B (HbsAg)?

1. Sim 2. Não

34. Sorologia para Hepatite C (Anti-HCV)?

1. Sim 2. Não

35. Realizou Preventivo Câncer de Colo Uterino?

1. Sim 2. Não 3. Já tinha feito no último ano

36. Realizou Exame Clínico das Mamas durante o pré-natal?

1. SIM 2. NÃO

37. Vacinação Antitetânica?

1. Sem informação 2. Esquema incompleto 3.Três ou duas doses pelo menos antes do parto

4.Nenhuma já imunizada 5.Reforço

38. Realizou Ultra-Som? Data da US_____ semanas_____

1.01 US até sem 2.01 US entre 20e22sem 3.01 US após 22sem 4.02 US 5.03 US 6.04 US ou mais 7.Não

39. Realizou US Morfológico?

1. Sim 2. Não 3. Sem informação

40. Você usou alguma medicação nesta gestação?

1. Sim 2. Não Se "SIM" Qual?_____

41.Você trabalhou nesta gestação?

1.Sim 2.Não

42.Você fumou durante a gestação?

1.Sim 2.Não 3.Se sim, quantos cigarrros por dia?_____

43.Você tomou bebida alcoólica durante a gestação?

1.Sim 2.Não Se “sim” qual a freqüência?
44.Realizou Exame de toque de Pré-Natal?
1.Sim 2.Não Se “sim” quando?
45. Uso de drogas ilícitas na gestação?
1. Sim 2. Não

INTERCORRENCIAS

1. Hipertensão 1. Sim, controlada 2. Sim, Não tratou 3. Não
2. Pré-eclâmpsia 1. Sim, controlada 2. Sim, Não tratou 3. Não
3. Diabetes 1. Sim, controlada 2. Sim, Não tratou 3. Não
4. Infec.Urinaria 1. Sim, tratou 2. Sim, Não tratou 3. Não
5. Infec.Vaginal 1. Sim, tratou 2. Sim, Não tratou 3. Não
6. HIV 1. Sim, tratou 2. Sim, Não tratou 3. Não
7. Sgtº 1º Trim. 1. Sim, tratou 2. Sim, Não tratou 3. Não
8. Sgtº 2/3º Trim. 1. Sim, tratou 2. Sim, Não tratou 3. Não
9. Ameaça de TPP 1. Sim, tratou 2. Sim, Não tratou 3. Não
10. Aminiorrexe prematura
1. Sim, tratou 2. Sim, Não tratou 3. Não
11. CIUR 1. Sim, tratou 2. Sim, Não tratou 3. Não
13. OUTROS:_____
14. Esteve Internada Nesta Gestação?
1. SIM Onde?_____
Qual Motivo?_____Duração?_____dias
2. NÃO

RECÉM-NASCIDO

Gemelar: 1. SIM 2. NÃO (se “NÃO”, passe para o tópico 1. Sexo)
Sexo: Feto A Feto B.(use a mesma codificação do tópico 1. Sexo)

Peso: Feto A_____Feto B._____
Estatura: Feto A_____Feto B._____
Apgar: Feto A_____1º Minuto_____5º Minuto _____
Feto B_____1º Minuto_____5º Minuto _____
1. Sexo? 1. Masculino 2. Feminino 2. Peso:_____g 3. Estatura:_____cm
4. Apgar no 1º minuto:_____ 5. Apgar no 5º minuto:_____
6. Alguma Intercorrência?
1. SIM Qual ?_____
2. NÃO
7. Idade Gestacional pelo Capurro _____semanas
8. Tinha Pediatra na Sala de Parto?
1. SIM 2. NÃO 3. Não Sabe.
9. Foi orientada para Amamentação?
1. SIM 2. NÃO
10. Foi colocado para amamentar logo após o nascimento?
1. SIM 2. NÃO Se “NÃO” porquê?_____
11. Recém Nascido em:
1.Berçário 2. Alojamento Conjunto 3. Neo Morto 4.Natimorto 5. Outro _____

Responsável pelo preenchimento:_____

Estratégia Trevo de Quatro Folhas
Questionário complementar ao formulário existente

1. Recebeu visita domiciliar de algum profissional da ESF durante a gestação?
(0) Não recebeu visita (1) ACS (2) Enfermeiro (3) Médico (4) Mais de um profissional
2. Sabe o nome dos Profissionais de Saúde que a acompanharam durante o pré-natal?
(1) Não (2) Sim
3. Quanto tempo em média esperava para ser atendida no pré-natal?
(1) Menos de 15 min (2) De 15 a 30 min (3) De 30 min a 1h (4) Mais de 1h
4. Quanto tempo em média duravam as suas consultas de pré-natal?
(1) Menos de 5 min (2) De 5 a 10 min (3) De 10 min a 15min (4) Mais de 15 min
5. Em suas consultas você conseguia tirar suas dúvidas?
(1) Sempre (2) Algumas vezes (3) Nunca Motivo:_____
6. Participou alguma vez de atividades educativas em grupo de gestantes?
(1) Não Motivo:_____ (2) Sim
7. Você recebeu alguma das seguintes orientações durante o pré-natal?
7.1) Importância do pré-natal e cuidado de higiene
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.2) Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.3) Pratica de atividades físicas e alimentação saudável na gravidez
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.4) Desenvolvimento fetal
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.5) Modificações corporais e emocionais
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.6) Direitos da Gestante
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.7) Atividade sexual
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.8) Planejamento familiar
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.9) Sinais de alerta e o que fazer
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.10) Preparo para o parto
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.11) Importância da amamentação
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.12) Cuidados com recém-nascidos e vacinação
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
7.13) Importância da consulta puerperal
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
8. Era permitida a presença de acompanhante durante a consulta?
(0) Não se aplica = "nunca fui acompanhada" (1) Nunca (2) Às vezes (3) Sempre
9. Como você classificaria a atenção pré-natal que recebeu?
(1) Ótima (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima
Porquê?_____
_____
10. Você realizava esforço físico no trabalho fora de casa, nas tarefas domésticas ou nos cuidados com as crianças durante a gestação?

	Sim	Não	Nº de vezes por semana	Duração horas/dia	Período gestacional
Trabalho fora de casa					
Tarefas domésticas					
Cuidados com					

as crianças					
Outras atividades					

Especificar as outras atividades: _____
_____

11. Durante a gravidez você sofreu alguma agressão física?
1. Sim 2. Não
Se sim, quantas vezes: _____
Quantos meses de grávida você tinha_____
12. Nesta gravidez você teve algum problema dentário? 1 Sim 2. Não
Se sim: Teve consulta odontológica 1. Sim 2. Não
13. Perguntar somente para as mães com parto prematuro:
Porque você acha que o parto ocorreu antes da hora: _____
_____
_____

ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURADA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DA ESF DE SOBRAL

CSF:_____ Data da Avaliação:___/___/___

Recursos Humanos	**Pontos**		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	(5) Parcialmente Atendido	(10) Totalmente Atendido
É utilizada agenda flexível para o atendimento pré-natal	(0)	(5)	(10)
Há médico realizando atendimento pré-natal no CSF	(0)	(5)	(10)
Há enfermeiro realizando atendimento pré-natal no CSF	(0)	(5)	(10)
Há auxiliar de enfermagem realizando atendimento no CSF	(0)	(5)	(10)
Há ACS ativos em todas as microáreas realizandocadastramentoeacompanhamento das gestantes	(0)	(5)	(10)
Há funcionário de apoio administrativo	(0)	(5)	(10)
Há auxiliar de serviços gerais em todos os turnos de atendimento	(0)	(5)	(10)
Total de Recursos Humanos	Máximo = 70		
Planta Física	**Pontos**		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	(5) Parcialmente Atendido	(10) Totalmente Atendido
Há sala de espera com bancos para sentar	(0)	(5)	(10)
Existe consultório individual.	(0)	(5)	(10)
A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas.	(0)	(5)	(10)
Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos.	(0)	(5)	(10)
Há luz suficiente para atividades que requeiram maior iluminação.	(0)	(5)	(10)
Há sistemas para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.).	(0)	(5)	(10)
Há sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde.	(0)	(5)	(10)
Total de Planta Física	Máximo = 70		
	Pontos		

Recursos Materiais	(0) Insatisfatório ou Inexistente	(5) Parcialmente Atendido	(10) Totalmente Atendido
Mesa e cadeira	(0)	(5)	(10)
Mesa de exame ginecológico com escada de dois degraus	(0)	(5)	(10)
Foco de luz	(0)	(5)	(10)
Balança para adultos (peso/altura)	(0)	(5)	(10)
Esfigmomanômetro	(0)	(5)	(10)
Estetoscópio clínico	(0)	(5)	(10)
Estetoscópio de Pinard e/ou Sonar Doppler	(0)	(5)	(10)
Fita métrica flexível e inelástica	(0)	(5)	(10)
Especulo vaginal + pinça Cheron	(0)	(5)	(10)
Material para coleta de exame colpocitopatológico (luvas, espéculo, espátula de Ayre, escova endocervical, lâmina e porta-lâmina)	(0)	(5)	(10)
Gestograma ou disco obstétrico	(0)	(5)	(10)
Disco de IMC ou tabela de IMC	(0)	(5)	(10)
Roupa de cama e camisola limpa	(0)	(5)	(10)
Lixeira para material usado	(0)	(5)	(10)
Manutenção e esterilização dos equipamentos e instrumental utilizado	(0)	(5)	(10)
Total de Recursos Materiais	Máximo = 150		
Apoio Laboratorial (No CSF são realizados os seguintes exames de rotina)	**Pontos**		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	(5) Parcialmente Atendido	(10) Totalmente Atendido
Hematócrito	(0)	(5)	(10)
Hemoglobina	(0)	(5)	(10)
Grupo sanguíneo e fator Rh	(0)	(5)	(10)
Glicemia de jejum	(0)	(5)	(10)
Teste de Tolerância a Glicose 75g	(0)	(5)	(10)
Sumário de urina	(0)	(5)	(10)
Coombs indireto	(0)	(5)	(10)
Teste rápido HIV	(0)	(5)	(10)
Teste rápido Hepatite B	(0)	(5)	(10)
Ultrassonografia Obstétrica	(0)	(5)	(10)
Teste rápido Sífilis	(0)	(5)	(10)
Sorologia para Toxoplasmose	(0)	(5)	(10)
Colpocitologia	(0)	(5)	(10)
Urinocultura	(0)	(5)	(10)
Total de Apoio Laboratorial	Máximo = 140		
Instrumentos de Registro	**Pontos**		

	(0) Insatisfatório ou Inexistente	(5) Parcialmente Atendido	(10) Totalmente Atendido
Cartão de Gestante	(0)	(5)	(10)
Ficha Perinatal	(0)	(5)	(10)
Ficha de cadastramento da gestante no SISPRENATAL	(0)	(5)	(10)
Mapa de Registro Diário - SISPRENATAL	(0)	(5)	(10)
Caderno ou Planilha para controle de registro de gestantes	(0)	(5)	(10)
Total de Instrumentos de Registro	Máximo = 50		
Medicamentos Essenciais	**Pontos**		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	(5) Parcialmente Atendido	(10) Totalmente Atendido
Ácido Fólico	(0)	(5)	(10)
Analgésicos (paracetamol)	(0)	(5)	(10)
Antibióticos (amoxacilina, nitrofurantoina, cefalexina)	(0)	(5)	(10)
Antiémeticos	(0)	(5)	(10)
Anti-hipertensivo (metildopa)	(0)	(5)	(10)
Creme vaginal (metronidazol, miconazol)	(0)	(5)	(10)
Insulina	(0)	(5)	(10)
Penicilina Benzatina	(0)	(5)	(10)
Sulfato ferroso	(0)	(5)	(10)
Vacina antitetânica	(0)	(5)	(10)
Total de Medicamentos Essenciais	Máximo = 100		
Sistema de Referência e Contra-Referência	**Pontos**		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	(5) Parcialmente Atendido	(10) Totalmente Atendido
Sistema de Referência funcionante	(0)	(5)	(10)
Sistema de Contra-Referênciafuncionante	(0)	(5)	(10)
Total de Sistema de Referência e Contra-Referência	Máximo = 20		

Fonte: Adaptado de Rocha (2011 apud Morais, 2013). Relatório da avaliação da estrutura:

Estrutura Avaliada	**Máximo de Pontos**	**Pontos Obtidos**	**Proporção (%)**	**Critérios de Avaliação**			
				Insuficiente (≤ 49,9%)	Precárias (50 a 74,9%)	Satisfatórias (75 a 89,9%)	Ótimas (90 a 100%)
Recursos Humanos	70						
Planta	70						

Física							
Recursos Materiais	150						
Apoio Laboratorial	140						
Instrumentos de Registro	50						
Medicamentos Essenciais	100						
Sistema de Referência e Contra-Referência	20						
Total	600						

Fonte: Adaptado de Rocha (2011 apud Morais, 2013).

Qualificação da Estrutura do CSF_____=_____

ANEXO B - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DA ESF DE SOBRAL

Nº_____ **Data:**____/____/____
Nome:_____
Endereço: _____
CSF/ Bairro: _____ Nº SISPRENATAL_____
ACS:_____

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS E DEMOGRAFICAS

1) Idade: _____anos
2) Cor (Raça)
1. Branca 2. Negra 3. Parda 4. Amarela 5. Não se aplica
3) Qual o seu estado civil?
1. Solteira 2. Casada 3. Separada 4. Viúva 5. União estável (juntos)
4) Qual é o seu grau de instrução?
(1) Analfabeta (2) Alfabetizada (3) Ensino Fundamental Completo (4) Ensino Fundamental Incompleto (5) Ensino Médio Completo (6) Ensino Médio Incompleto (7) Ensino Superior Completo (8) Ensino Superior Incompleto (9) Pós Graduação
5) Qual a sua profissão/ocupação?
(1) Do lar (2) Atividade fora do lar_____ (3) Estudante
6) Qual a sua renda mensal (familiar)?
(1) menos de 1/2 Salário mínimo (2) 1/2 – 1 Salário mínimo (3) 1 – 2 Salários mínimos (4)2–3 Salários mínimos (5)3-5 Salários mínimos (6) + de 6 Salários (7) Sem renda

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

7) (1)Nº Gestação:_____ (2)Nº Partos:____ (3)Nº Cesárea:____(4)Nº Abortos:____
(5)Natimorto: ____ (6)Neomorto precoce: ____ (7)Neomorto Tardio: ____

8) Nº Filhos Vivos: ____
GESTAÇÃO ATUAL
9) Classificação de risco: (0) Sem registro da classificação de risco (1) Risco Habitual (2) Risco Clinico (3) Risco Social
10) Gemelar: (1) Sim (2) Não
11) DUM _____
12) Data do Parto: ____/_____/_____
13) Idade Gestacional em semanas no parto? Nº semanas _____
(1) Menos de 22 (2) de 22 a 27 (3) de 28 a 31 (4) de 32 a 36 (5) de 37 a 41 (6) Mais de 41
14) Tipo de parto:
(1) Cesárea (2) Normal(3) Normal/Fórceps
15) Sexo do RN? (1) Masculino (2) Feminino
16) Peso do RN:_____g
17) Você usou alguma medicação nesta gestação? (1) Sim (2) Não. Se “sim” qual? _____
18) Você fumou durante a gestação? (1) Sim (2) Não. Se sim, quantos cigarros por dia? ___
19) Você tomou bebida alcoólica durante a gestação? (1) Sim (2) Não. Se “sim”, qual a frequência?_____
20) Uso de drogas ilícitas na gestação? (1) Sim (2) Não. Se “sim”, quais? _____
COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À GESTAÇÃO ATUAL

21) Esteve Internada nesta gestação? (1) Sim. Onde? _____
Qual motivo? _____Duração? _____dias (2) Não

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

22) Primeira consulta no Pré-Natal – DUM _____
(1) 1º Trimestre (até 13sem.) (2) 2º Trimestre (14 a 28sem.) (3) 3º Trimestre (+ 28sem.)
23) Número de consultas no Pré-Natal: _____ consultas.
24) Recebeu atendimento durante o pré-natal por quais profissionais?
(1) Enfermeiro (2) Médico (3) Enfermeiro e Médico (4) Enfermeiro, Médico e Outros
25) Nesta gravidez você teve algum problema dentário? (1) Sim (2) Não
Se sim: Teve consulta odontológica (1) Sim (2) Não
26) Recebeu visita domiciliar de algum profissional da ESF durante a gestação?
(0) Não recebeu visita (1) ACS (2) Enfermeiro (3) Médico (4) Mais de um profissional
PERCEPÇÃO DA PUERPERA SOBRE A ATENÇÃO PRÉ-NATAL RECEBIDA
27) Sabe o nome dos profissionais de saúde que a acompanharam durante o pré-natal?
(1) Não (2) Sim
28) Quanto tempo em média esperava para ser atendida no pré-natal?
(1) Menos de 15 min (2) De 15 a 30 min (3) De 30 min a 1h (4) Mais de 1h
29) Quanto tempo em média duravam as suas consultas de pré-natal?
(1) Menos de 5 min (2) De 5 a 10 min (3) De 10 min a 15min (4) Mais de 15 min
30) Em suas consultas você conseguia tirar suas dúvidas?
(1) Sempre (2) Algumas vezes (3) Nunca Motivo:_____
31) Participou alguma vez de atividades educativas em grupo de gestantes?
(1) Não Motivo:_____ (2) Sim
32) Você recebeu alguma das seguintes orientações durante o pré-natal?
32.1) Importância do pré-natal e cuidado de higiene
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.2) Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.3) Pratica de atividades físicas e alimentação saudável na gravidez
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.4) Desenvolvimento fetal
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.5) Modificações corporais e emocionais
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.6) Direitos da Gestante
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.7) Atividade sexual
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.8) Planejamento familiar
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.9) Sinais de alerta e o que fazer
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.10) Preparo para o parto
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.11) Importância da amamentação
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.12) Cuidados com recém-nascidos e vacinação
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
32.13) Importância da consulta puerperal
(1) Não se lembra (2) Não (3) Sim
33. Era permitida a presença de acompanhante durante a consulta?
(0) Não se aplica = “nunca fui acompanhada” (1) Nunca (2) Às vezes (3) Sempre
34. Como você classificaria a atenção pré-natal que recebeu?
(1) Ótima (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima

Porquê?

_____

_____

BUSCA EM REGISTRO DE PRONTUÁRIO NO CSF:
35) Foi realizada consulta puerperal até 42 dias pós-parto? (1) Não (2) Sim
Data __/__/__
36) Foi realizada busca ativa para consulta puerperal? (1) Não (2) Sim

Procedimentos e classificação da adequação dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante o pré-natal

Exames complementares básicos e procedimentos	**Registros Observados**	**Avaliação**
Início do Pré-natal	(0) Sem registro (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Número de consultas durante o pré-natal	(0) Sem registro (1) 2 ou menos (2) 3 a 5 consultas (3) 6 ou + consultas	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Altura Uterina (AU)	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Idade Gestacional (IG)	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Pressão Arterial (PA)	((0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	((1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Peso Materno (PM)	((0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 a 4 registros (3) 5 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Batimentos cardíacos fetais (BCF)	(0) Sem registro (1) 1 a 2 registros (2) 3 registros (3) 4 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Apresentação Fetal	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Vacina antitetânica	(0) Sem registro (1) Registro da 1ª dose (2) Registro da 2ª dose (3) Registro da 3ª dose (4) Registro da dose de reforço (5) Registro de Gestante imune	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Curva Altura Uterina X Idade Gestacional (AU X IG)	(0) Sem registro (1) Preenchimento incompleto (2) Preenchimento completo	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Curva IMC Materno X Idade	(0) Sem registro	(1) Adequado

Gestacional (IMC X IG)	(1) Preenchimento incompleto (2) Preenchimento completo	(2) Inadequado (3) Intermediário
TipagemSanguínea e fator Rh	(0) Sem registro (1) 1 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado
Hematócrito/ Hemoglobina	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Teste rápido para Hepatite B	(0) Sem registro (1) 1 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado
Sorologia para Toxoplasmose	(0) Sem registro (1) 1 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado
Glicemia de jejum	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Sumário de urina	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Teste rápido para sífilis	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Teste rápido para HIV	(0) Sem registro (1) 1 registro (2) 2 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado (3) Intermediário
Urinocultura	(0) Sem registro (1) 1 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado
Colpocitopatologico	(0) Sem registro (1) Com registro	(1) Adequado (2) Inadequado
Ultrassom Obstétrico	(0) Sem registro (1) 1 ou + registros	(1) Adequado (2) Inadequado
Consulta puerperal	(0) Sem registro (1) Com registro	(1) Adequado (2) Inadequado

Fonte: Adaptado de Rocha (2011 apud Morais, 2013).

Observação: -

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO CIENTIFICA DA SECRETÁRIA DE SAÚDE DE SOBRAL

PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0166/2015

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF-UVA intitulado "Avaliação da Atenção Pré-Natal da Estratégia de Saúde da Família de Sobral" que será desenvolvido por Josiane Alves Dorneles sob orientação da Profa. Dra. Ana Cecília Lins Sucupira.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da coleta de dados nos 33 Centros de Saúde da Família e no Banco de Dados da Estratégia Trevo de Quatro Folhas da Secretaria de Saúde de Sobral, mediante acordo prévio entre a pesquisadora e as gerências destes serviços, quanto à escolha dos melhores dias e horários para realização da coleta de informações e orientações cabíveis para o processo.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência aos participantes do estudo, devendo estes serem convidados a participar da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização da participação com assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado.

Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora enviar cópia desta pesquisa até 30 dias da sua conclusão para o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde - NEPS/EFSFVS como forma de devolução dos resultados ao sistema de saúde de Sobral.

Código de Validação: PP91431457048522F
Emitido em: Sobral, 03 de Março de 2016, às 20:42, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço sicc.uvanet.br/validacao, através das informações acima.

PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

Sobral, 28 de Dezembro de 2015

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP91431457048522F
Emitido em: Sobral, 03 de Março de 2016, às 20:42, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço sicc.uvanet.br/validacao, *através das informações acima.*

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Pré-Natal da Estratégia de Saúde da Família de Sobral
Pesquisador: Josiane Alves Dorneles
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 53344016.2.0000.5053
Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.474.945

Apresentação do Projeto:
Projeto de Pesquisa apresentado ao Mestrado Profissional em Saude da Familia, da Rede Nordeste de Formacao em Saude da Familia, nucleadora UVA.

Objetivo da Pesquisa:
Geral: Avaliar o desempenho da assistencia pre-natal da Estrategia Saude de Familia de Sobral, segundo os parametros da Rede Cegonha.
Especificos:Identificar o perfil sociodemografico e economico das puerperas atendidas na ESF de Sobral. Identificar o perfil obstetrico das puerperas atendidas na ESF de Sobral. Avaliar os indicadores de estrutura dos CSF de Sobral, considerando os requisitos minimos para a assistencia pre-natal propostos pela Rede Cegonha. Avaliar os indicadores de processo da assistencia pre-natal da ESF de Sobral quanto aos requisitos minimos de qualidade propostos pela Rede Cegonha. Avaliar os indicadores de resultado da assistencia pre-natal da ESF de Sobral. Avaliar a relacao entre o desempenho adequado da assistencia pre-natal e o desfecho da gestacao.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Toda pesquisa envolve riscos em menor ou maior grau e que o pesquisador deverá envidar esforços para minimizá-los ao máximo e ponderar entre estes e os benefícios. Neste caso específico, a pesquisa envolve riscos mínimos e os benefícios embora indiretos, sobrepoe aos riscos.

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA

Continuação do Parecer: 1.474.945

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de corte transversal descritiva e avaliativa. A populacao do estudo sera composta de puerperas que realizarem pre-natal exclusivamente na Estrategia de Saude da Familia (ESF) de Sobral em 2015. A pesquisadora tera acesso a Entrevista arquivada no Banco de Dados da Estrategia Trevo de Quatro Folhas, e a prontuario da verificacao da realizacao da consulta puerperal. Para o calculo da amostra da pesquisa, foi levada em consideracao o numero de nascidos, em 2014 em Sobral e utilizada a formula para calculo em populacao finita desenvolvida por Rea e Parker. A amostra calculada foi de 346

puerperas. Para compor a amostra, sera utilizado o metodo de amostragem aleatoria simples, que tera como base de dados digital o Banco de Dados da Estrategia Trevo de Quatro, onde sao digitadas todas as entrevistas realizadas com puerperas do municipio de Sobral. A coleta de dados sera realizada entre os meses de marco e abril de 2016.

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro para avaliacao da estrutura, e outro, para avaliacao do processo e resultados da atencao pre-natal.Os dados serao colhidos pela pesquisadora. Serao registrados nos formularios e digitados em dupla entrada, tabulados e processados utilizando o software EpiInfo para analise estatistica.

Criterios de inclusao: Puerperas, que responderem a entrevista realizada pela Estrategia Trevo de Quatro Folhas para Avaliacao da Utilizacao da Caderneta da Mae e da Crianca em Sobral e que realizarem pre-natal exclusivamente na Estrategia de Saude da Familia de Sobral e seus servicos de referencias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios presentes e permitem apreciaçao ética.

Recomendações:

Enviar relatório final após conclusao do estudo através da Plataforma Brasil, até 30 dias após a conclusao.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendencias

Considerações Finais a critério do CEP:

Em segunda análise, considerando que a pesquisadora atendeu às recomendaçoes indicadas, considera-se aprovado ad referendum do CEP o presente protocolo de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA

Continuação do Parecer: 1.474.945

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_662447.pdf	03/03/2016 20:59:37		Aceito
Outros	PARECERDOSICC.pdf	03/03/2016 20:58:44	Josiane Alves Dorneles	Aceito
Declaração do Patrocinador	declaracaodecusto.pdf	18/02/2016 10:06:24	Josiane Alves Dorneles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISADOMPSFAvaliacaodaAssistenciaPreNataldaESFdeSobral.pdf	17/02/2016 13:14:08	Josiane Alves Dorneles	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoProjetoPlataformaBrasil.pdf	17/02/2016 12:01:39	Josiane Alves Dorneles	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SOBRAL, 01 de Abril de 2016

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

ANEXO E- DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA E GRAMATICAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que foi realizada a Revisão Textual da Dissertação de Mestrado: **"AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL"** de **Josiane Alves Dorneles.**

Sobral, 12 de maio de 2017.

Antonio Ronyere Gomes Lima

Formação: Letras , registrado sob o nº1.191

C.P.F 005.275.013-28