UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMILIA

MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CRATO – CEARÁ
2016

MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Orientador: Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino

Co-orientadora: Profa. Dra. Mirna Fontenele de Oliveira

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

CRATO – CEARÁ

2016

Ribeiro Filho, Moacir Andrade.
R483a Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na estratégia saúde da família/ Moacir Andrade Ribeiro Filho. – Crato-CE, 2016
148p.; il.

Dissertação apresentada à coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri - URCA. Área de Concentração: Saúde da Família; Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde
Orientador: Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino
Co-orientadora: Profa. Dra. Mirna Fontenele de Oliveira

1. Gravidez; 2. Cuidado pré-natal; 3. Qualidade da assistência à saúde; I Título.

CDD: 618.24

MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Regional do Cariri, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Glauberto da Silva Quirino

Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino - URCA

(Orientador)

Mirna Fontenele de Oliveira

Profª. Drª. Mirna Fontenele de Oliveira - UFC

(Có-orientadora)

Katia Pires Nascimento do Sacramento

Profª. Drª. Kátia Pires Nascimento do Sacramento - URCA

(Membro Externo)

Evanira Rodrigues Maia

Profª. Drª. Evanira Rodrigues Maia - URCA

(Membro Interno)

Antonio Germane Alves Pinto

Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto- URCA

(suplente)

Crato, 27 de setembro de 2016.

DEDICATÓRIA

A Rayane Rodrigues, gestante *(in memoriam),*
que por uma "fatalidade" teve sua vida
e a de seu filho Pedro Henrique ceifada.
Ser mãe é ter completude de felicidade,
mas a morte não a permitiu.

AGRADECIMENTOS

Durante o caminho que trilhei pude aprender que sozinho não chegaria a lugar algum. Por isso, gostaria de agradecer imensamente a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que eu pudesse construir este trabalho.

A Deus, TODO PODEROSO, que iluminou os meus dias difíceis. Sem Ele nada seria possível nem teria sentido! Obrigado, Senhor, por estar ao meu lado durante toda a construção deste trabalho e por ter, muitas vezes, me carregado nos braços.

Aos meus pais e irmãos, por estarem sempre próximos, apesar da distância física, ouvindo-me e concedendo-me sempre palavras de carinho e incentivo na caminhada do saber.

Ao professor, Dr. Glauberto da Silva Quirino, meu orientador, por ter aceitado o convite de orientar e acreditar na minha capacidade de contribuir com a saúde materno-infantil.

À professora, Dra. Mirna Fontenele de Oliveira, minha co-orientadora, pelas inestimáveis contribuições na realização deste trabalho.

À professora, Dra. Katia Pires Nascimento do Sacramento, pelas valiosas contribuições estatísticas, humanas e disponibilidade de sempre.

Aos professores, Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado e Dr. Antônio Germane Alves Pinto pelo empenho, dedicação para manter a qualidade do curso e por estarem sempre na retaguarda, incentivando a construir novos saberes capazes de ressignificar as práticas.

À RENASF/URCA, pelo acolhimento em sua ambiência e pela a oportunidade de estarmos juntos na construção de saberes e práticas.

Aos meus colegas, Agentes Comunitários de Saúde, pela ímpar contribuição dada a este trabalho. Vocês foram pontes que permitiram minha ida a um campo cheio de riquezas científicas, culturais e humanas. Meu abraço.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, especificamente aos médicos e enfermeiros que disponibilizaram uma parte de seu tempo para produção dos dados.

Às mulheres, que gentilmente aceitaram participar deste estudo, compartilhando comigo informações sobre um evento tão especial em suas vidas: a maternidade. Meus sinceros agradecimentos.

Às minhas amigas mestrandas, pelos momentos de aprendizado compartilhados e pelo fortalecimento constante nas horas de desânimo. Vocês foram molas propulsoras por me permitirem compreender o valor das amizades e do companheirismo nos momentos felizes e, principalmente, naqueles em que achei que não ia conseguir superar as dificuldades.

RIBEIRO FILHO, M. A. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família.** [Dissertação]. 148f. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Regional do Cariri. Crato, 2016.

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF); caracterizar o perfil sócio demográfico das gestantes e puérperas atendidas nas ESF; avaliar a estrutura disponível nas unidades da ESF para prestação da assistência pré-natal, avaliar o processo assistencial da atenção pré-natal prestado às usuárias atendidas pela ESF, analisar os indicadores de resultados da atenção pré-natal realizada na ESF, mensurar o grau de satisfação das mulheres quanto à atenção pré-natal recebida propor sugestões aos gestores para melhoria da atenção pré-natal. Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, com uma abordagem quantitativa e seguiu o referencial teórico de Donabedian. Realizado na cidade de Lavras da Mangabeira com uma amostra de 189 usuárias. A coleta dos dados ocorreu no período de março a maio de 2016, através de quatro formulários. Os dados foram digitados e armazenados no programa Excel 2010, organizados e apresentados em tabelas confeccionadas pelo *Microsoft Word* 2010. As análises estatísticas referentes à estrutura foram realizadas pelo *software QtiPlot* versão 0.9.8.6 e apresentados em forma de figuras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, parecer de N. 1.367.302. Os resultados evidenciaram uma estrutura precária para a oferta de um pré-natal de qualidade. Apenas os critérios recursos materiais e instrumentos de registros foram classificados como adequados. Quanto ao componente processo, observou-se que em 88,3% dos cartões havia registros dos antecedentes pessoais, sendo que nenhuma das gestantes apresentou alto risco. Percebeu-se que o parto vaginal prevaleceu e o intervalo entre as gestações foi de, em média, dois anos. 89,2% dos recém-nascidos nasceram com peso adequado. O índice de *Kesnner* (nível 1) mostrou que 86,7% das mulheres iniciaram o Pré-natal antes de 14 semanas e realizaram no mínimo seis consultas. Quanto à vacinação, 96,2% foram imunizadas contra o tétano neonatal, 85,1% contra hepatite B e 69,8%, a influenza. Na realização dos exames laboratoriais, houve uma queda entre os do primeiro e o terceiro trimestre, principalmente as sorologias. Apenas 9,5% realizaram citologia, 69,3,% não participaram de consulta odontológica e 82% não receberam orientações sobre amamentação. O componente resultado revelou que 65,2% das puérperas pariram por via vaginal com idade gestacional em média de 39,7 semanas, 93,8% dos recém-nascidos apresentaram índice de APGAR >7 no primeiro e 100% no quinto minuto, 92,1% nasceram com peso adequado. Não ocorreu morte neonatal ou materna. Foi evidenciado também que 60% das puérperas não receberam visita puerperal e 75,6% não foram encaminhadas ao planejamento familiar. Quanto à satisfação com a assistência recebida, 74,4% estavam satisfeitas e 87,6% atribuíram notas entre seis e dez. Os resultados encontrados permitiram verificar que a assistência pré-natal possui fragilidades que indicam a necessidade de reformular estratégias fortalecedoras da assistência, com vistas à redução dos pontos fracos, contribuindo, assim, para a redução da morbimortalidade materna e fetal, tornando a gestação um momento especial para a mulher, família e profissionais que assistem.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Cuidado pré-natal. Qualidade da assistência a saúde.

RIBEIRO FILHO, M. A. **Evaluation of the quality of prenatal care in the family health strategy.** [Dissertation]. 148f. Professional Master in Family Health. Regional University of Cariri. Crato, 2016.

ABSTRACT

This study aimed to evaluated the quality of prenatal care given to users assisted by the Family Health Strategy (FHS); to characterize the sociodemographic profile of pregnant women and recent mothers received in the FHS, to assess the structure available in units of the FHS for the provision of prenatal care, to assess the assistantial process of prenatal care to users of FHS, to analyze the result indicators of prenatal care performed in FHS, to measure the degree of satisfaction of women regarding prenatal care received, and to propose suggestions to managers for improvement of prenatal care. This is a transversal descriptive study, with a quantitative approach based on the theoretical referential of Donabedian. It was held in the town of Lavras da Mangabeira with a sample of 189 users. The data collection took place during the period from March to May 2016 through four forms. The data were typed and stored in the program *Excel 2010*, organized and presented in tables made by *Microsoft Word 2010*. Statistical analysis for the structure were performed by the software *QtiPlot* v.*0.9.8.6* and presented in the form of figures. The project was approved by the ethics and Research Committee of the Regional University of Cariri, opinion No. 1,367,302. The results showed a precarious structure for offering a prenatal care of quality. Only the criteria of material resources and instruments registration were classified as adequate. About the process component, it was observed that in 88.3% of the cards there were records of personal history and none of the pregnant women presented a high risk. It was noticed that the vaginal birth prevailed and the interval between pregnancies was on average two years. 89.2% of newborns were born with proper weight. The Kesnner index (level 1) showed that 86.7% of women started the prenatal before 14 weeks and performed at least six visits. As for vaccination, 96.2% were immunized against neonatal tetanus, 85.1% against hepatitis B and 69.8% against influenza. In laboratory tests, there was a drop between the first and the third quarter, mainly the serology. Only 9.5% performed cytology, 69.3% did not participate in dental appointment and 82% did not receive guidance on breastfeeding. The component result showed that 65.2% of recent mothers gave birth vaginally; with an average gestational age of 39,7 weeks, 93.8% of newborns presented APGAR > 7 in first and 100% in the fifth minute, 92.1% were born with proper weight. No maternal or neonatal death occurred. It was also evidenced that 60% of recent mothers did not receive visit and 75.6% were not sent to family planning program. Regarding satisfaction with the assistance received, 74.4% were satisfied and 87.6% attributed scores between six and ten. The results found have shown that prenatal assistance has weaknesses that indicate the need to reformulate strategies to empower the assistance, with a view to reduce the weaknesses, thus contributing to the reduction of maternal and fetal morbimortality, making pregnancy a special moment for the woman, family and professionals that assist her.

Keywords: Pregnancy. Prenatal care. Quality of health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos a partir do protocolo PRISMA. Lavras da Mangabeira - CE, 2016 32

Figura 2 - Diagrama da seleção de amostra para avaliação do processo e resultado. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 55

Figura 3 - Fluxograma de coleta dos dados Lavras da Mangabeira - CE, 2016 59

Figura 4 - Recursos humanos por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 63

Figura 5 - Planta física por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 64

Figura 6 - Recursos materiais por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira– CE, 2016 65

Figura 7 - Apoio laboratorial por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 66

Figura 8 - Instrumentos de registro por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 67

Figura 9 - Medicamentos essenciais por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 68

Figura 10- Sistema de referência e contrarreferência por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 69

Figura 11- Classificação do municipio segundo os critérios avaliados. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 70

Figura 12- Avaliação da estrutura das ESF segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 71

Figura 13- Grau de satisfação das mulheres com a assistência pré-natal recebida. Lavras da Mangabeira – CE, 2016 84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das mulheres conforme as variáveis sócio demográficas. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 72

Tabela 2 - Distribuição das mulheres conforme antecedentes pessoais. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 73

Tabela 3 - Distribuição das mulheres conforme antecedentes obstétricos e neonatais. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 74

Tabela 4 - Informações registradas sobre a gestação atual. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 75

Tabela 5 - Classificação do grau de adequação quanto o índice de *Kesnner* modificado por Coutinho 2002. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 76

Tabela 6 - Procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 77

Tabela 7 - Procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n= 189) 78

Tabela 8 - Exames laboratoriais realizados durante a atenção pré-natal. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 79

Tabela 9 - Exames laboratoriais realizados durante a atenção pré-natal. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 80

Tabela 10- Distribuição das mulheres conforme o desfecho da gestação. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 81

Tabela 11- Cuidados realizados durante a visita puerperal. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 115) 82

Tabela 12- Avaliação da assistência pré-natal pelas mulheres. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189) 83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descritores de assunto localizados no *MeSH/DeCS* para os componentes da pergunta de pesquisa a partir da estratégia PVO. Lavras da Mangabeira - CE, 2016 30

Quadro 2 - Identificação das publicações sobre avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica em Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

BDENF - Base de Dados de Enfermagem

CAPES - Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CINAHL - *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CREAS - Centro de Referência de Assistência Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DeCS - Descritores de Ciência da Saúde

DP - Desvio Padrão

ESF - Equipe Saúde da Família

FMS - Faculdade Santa Maria

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LILACS - Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde

MeSH - Medical Subject Headings

MEDLINE - *Medical Literature Analyses and Retrieval System Oline*

MS - Ministério da Saúde

ODM - Objetivo do Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RMM - Razão de Mortalidade Materna

RN - Recém-Nascido

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PN - Pré-Natal

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*

SUS - Sistema Único de Saúde

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 OBJETIVOS 20

2.1 Geral 20

2.2 Específicos 20

3 REVISÃO DA LITERATURA 21

3.1 Avaliação e qualidade da assistência pré-natal 21

3.2 Revisão Integrativa da literatura 28

4 MÉTODO 51

4.1 Tipo de estudo 51

4.2 Local do estudo 51

4.3 População, amostra e amostragem 53

4.3.1 Gestantes e puérperas 53

4.3.2 Profissionais 56

4.4 Instrumentos de coleta de dados 56

4.5 Procedimentos para coleta dos dados 58

4.6 Organização, apresentação e análise dos dados 60

4.7 Aspectos éticos e legais 61

5 RESULTADOS 62

5.1 Caracterização dos profissionais..... 62

5.2 O componente estrutura 62

5.3 O componente processo 71

5.4 O componente resultado 81

5.5 Grau de satisfação das mulheres quanto a atenção PN recebida 83

6 DISCUSSÃO 85

7 CONCLUSÕES 110

REFERÊNCIAS 114

APÊNDICES 127

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais 128

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Gestantes e Puérperas..... 130

APENDICE C – Termo de Fiel Depositário..... 132

APENDICE D – Formulário de Caracterização dos profissionais 133

APÊNDICE G – Formulário de coleta de dados (Satisfação da mulher) 134

ANEXOS 135

ANEXO E – Formulário de coletas de dados (Estrutura)..... 136

ANEXO F – Formulário de coleta de dados (Processo e Resultado)..... 140

ANEXO H – Parecer consubstanciado do CEP 146

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são momentos únicos na vida da mulher, proporcionando a experiência de inúmeras transformações físicas, psicológicas e emocionais no decorrer do período gestacional, parto e pós-parto. Essas modificações requerem cuidados efetivos e em tempo oportuno para que o resultado final desse processo seja um parto sem complicações e um recém-nascido (RN) sadio, apto a sobreviver no meio extrauterino. Desta forma, a mulher e seu filho requerem uma série de cuidados que promovam a saúde e qualidade de vida do binômio (COSTA et al., 2010).

Para Feliciano, Pradebon e Lima (2013) vivenciar a gestação é uma experiência social e individual esperada dentro do ciclo de vida da mulher, ela é única, e cada mulher experimenta diferentes sentimentos, entretanto, durante este processo ocorrem alterações e necessidades físicas, emocionais e psicológicas as quais têm influência significativa no bem-estar materno e fetal.

Acerca do processo gestacional, Martinelli et al. (2014) mostram que várias condições e inúmeros determinantes podem interferir na evolução normal da gestação. Estes fatores estão relacionados a determinantes sociais, econômicos e culturais, ao acesso às recomendações nutricionais com a garantia de uma alimentação adequada na gravidez, puerpério e como determinante de maior impacto, os relacionados às características individuais de cada gestante.

Os cuidados dispensados ao binômio mãe e filho, desde o pré-natal ao pós-parto, são importantes para a redução de um problema de saúde pública: a morbimortalidade materna e neonatal. Este agravo tem se tornado um desafio na vida dos profissionais e dos gestores em saúde compromissados em reduzir os óbitos maternos e fetais ocorridos no Brasil e no mundo, os quais muitos são de causas evitáveis (CASTRO; MOURA; SILVA, 2010).

Costa et al. (2010) defendem que a gestação é reconhecida como um dos determinantes do estado de saúde da mulher, sendo em algumas situações o único momento que ela, na idade fértil, procura os serviços de saúde, tratando-se de uma oportunidade para as ações direcionadas à promoção da saúde feminina, orientação e rastreamento de complicações maternas, bem como o momento de acolher e

fortalecer o vínculo entre profissional e gestante, garantindo assim o sucesso nas consultas pré-natais subsequentes.

Fundamentando esta concepção de que o pré-natal é o momento oportuno para identificar alterações e a partir desta constatação garantir uma assistência acolhedora e resolutiva à gestante, Hass, Teixeira e Beghetto (2013) evidenciam que a assistência pré-natal é vista como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o escopo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto.

Para que o desfecho da gestação seja uma criança saudável e uma puérpera sadia, faz-se necessário assegurar um acompanhamento pré-natal acessível, com qualidade e capaz de intervir nas alterações inesperadas. Nesse sentido, para que seja garantida uma assistência qualificada, faz-se necessário um conjunto de estratégias envolvendo recursos humanos, estruturais e tecnológicos.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil e a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem há décadas abraçando o desafio e implementando políticas públicas, como a implantação do programa de humanização do pré-natal e nascimento (PNHPN), com a finalidade de alcançar a redução da mortalidade materna e neonatal.

Conforme Morais (2013) e Corrêa (2014) no ano de 2000, 191 nações integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), entre elas o Brasil, ao analisar os maiores problemas do mundo assinaram a Declaração do Milênio. Nessa ocasião, a partir desses problemas, estabeleceram propósitos para o desenvolvimento humano, denominados Oito Objetivos do Milênio, que no Brasil foram chamados Oito Jeitos de Mudar o Mundo, estes deveriam ser alcançados por todos os países até 2015. Entre estes, está a redução em três quartos (75%) da razão de mortalidade materna (RMM), tendo como referencial os índices de 1990.

Transcorridos 10 anos após este compromisso assumido, o relatório *“Trends in maternal mortality: 1990 to 2010”,* divulgado recentemente pela Organização Mundial da Saúde, apontou a ocorrência de aproximadamente 287.000 mortes maternas em todo o mundo em 2010, o que significa uma redução de 47% em relação aos índices de 1990. Os países em desenvolvimento foram responsáveis por cerca de 90% dessas mortes (WHO, 2012).

Com o propósito de melhorar tais indicadores, várias medidas foram tomadas pelo governo brasileiro para ampliar o acesso das mulheres ao

acompanhamento pré-natal (PN), para qualificar as ações nele desenvolvidas e modificar o modelo de atenção ao parto.

Segundo Corrêa (2014) para atingir a meta do quinto Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) que é melhorar a Saúde Materna, o Brasil deveria apresentar razão de mortalidade materna igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015.

Diante da realidade brasileira vigente e do decisivo papel da assistência pré-natal no resultado gestacional, surgiu a necessidade da definição de um modelo nacional que normatizasse as ações assistenciais relacionadas aos cuidados pré-natais, conjugando esforços para sensibilizar gestores e profissionais de saúde para implementar uma assistência obstétrica de qualidade no país.

Assim, em 2000, o MS, no intento de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, instituiu o PHPN, tendo como finalidade assegurar a qualidade do acompanhamento pré-natal, com o compromisso de melhorar a saúde das gestantes e reduzir a mortalidade infantil até o ano de 2015 (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013).

Em linhas gerais, o PHPN preconiza realizar a primeira consulta até o quarto mês gestacional; o mínimo de seis consultas por gestantes, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, uma consulta puerperal em até 40 dias do pós-parto; exames laboratoriais realizados na primeira consulta e alguns repetidos após a trigésima semana de gestação, vacinação antitetânica, classificação continuada de riscos e atividades educativas (ROCHA; SILVA, GURGEL, 2012).

Já em 2006, visando maior qualidade e humanização desta atenção, o MS estabeleceu que a principal finalidade da atenção pré-natal e puerperal seria acolher a mulher desde o inicio da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável, com a garantia do bem-estar materno e neonatal (HASS, TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013).

O MS em 2011, por meio da Portaria n. 1.459 de 27 de junho de 2011, instituiu a Rede Cegonha, com a intenção de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo país e reduzir as taxas de mortalidade e morbidade materno-infantil que permanecem elevadas. Esta rede veio como forma de complementar o PHPN e, com isso, tem por intuito fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o nascimento até 24

meses depois do parto; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

Conforme Paris, Pelloso e Martins (2013), a inexistência ou uma assistência inadequada durante o pré-natal podem trazer graves consequências para a saúde da mãe e do feto. Gestantes que frequentaram os serviços de atenção pré-natal apresentaram número menor de complicações e os fetos desenvolveram-se e nasceram bem, demonstrando uma relação entre assistência pré-natal e o bem-estar do recém-nascido.

Uma das principais ações de promoção e prevenção de eventos adversos à saúde da gestante e de seu filho é realizada no âmbito da atenção primária à saúde através de uma atenção pré-natal adequada. Um cuidado pré-natal efetivo, oportuno e humanizado tem sido importante meta da saúde pública, devido à possibilidade de reduzir significativamente os determinantes de morbimortalidade neonatal (VETTORE et al., 2013).

Vale ressaltar, conforme Costa et al. (2010), que o pré-natal deve ser organizado para atender as reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados disponíveis para cada caso.

Diante do exposto, observa-se que estratégias, protocolos e programas relacionados à assistência materna infantil foram desenvolvidos a fim de alcançar as metas propostas para 2015, no entanto, estudos têm demonstrado que essas ações executadas em diversos lugares do Brasil mostraram-se ineficazes e implementadas de maneira insatisfatória para a maioria das gestantes (DOMINGUES et al., 2012; MARTINELLI et al., 2014).

Para Martinelli et al. (2014), isso se refletiu novamente nos indicadores, já que a taxa de mortalidade neonatal tem diminuído pouco e a mortalidade materna tem se mantido estável desde 1996 – em torno de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos. Corroborando, os relatórios do MS mostram que no Brasil morrem por complicações relacionadas à gravidez, parto, pós-parto ou aborto, 64,8 mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. O número é três vezes maior ao índice de 20 mortes por 100 mil nascidos vivos, considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2013). Estes dados revelam a permanência elevada desses indicadores persistindo o desafio de reduzir os números de óbitos maternos e fetais.

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Dados do último registro no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) mostram que em 2011 a taxa de mortalidade neonatal no Brasil foi de 10,6 óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2011c). Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso país. Tais mortes ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012a).

Partindo das constatações expostas anteriormente e da compreensão de que a assistência pré-natal tem influências relevantes nos desfechos perinatais, bem como na redução dos indicadores de mortalidade materna e neonatal, surgiu a seguinte pergunta problema: qual a qualidade da assistência pré-natal realizada na Estratégia Saúde da Família?

A partir de então, será descrita a inserção do pesquisador no contexto investigado, salientando que o presente estudo, é parte de uma vivência profissional somada à necessidade de contribuir com a qualidade da assistência pré-natal na práxis assistencial em saúde.

No ano de 2002, precisamente no segundo semestre, o pesquisador ingressou no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Maria (FSM) em Cajazeiras, estado da Paraíba.

Como pioneiro na turma de graduandos da Faculdade Santa Maria e por disponibilizar-se a pesquisar e a participar de eventos científicos que elevassem o nome da instituição, durante a graduação, surgiram oportunidades de participar de grupos de pesquisas na área de Saúde da Família com ênfase em Saúde da Mulher, ademais, sendo agraciado com inúmeras oportunidades oferecidas pela Faculdade, dentre essas, a participação em eventos científicos regionais, estaduais, nacionais e internacionais.

Em 2003, surgiu o convite para organizar e integrar a Comissão Científica dos Encontros Acadêmicos da referida instituição. O convite foi aceito com determinação tendo em vista que seria uma experiência única a qual proporcionou a oportunidade de adquirir habilidades e conhecimentos acadêmicos relevantes para vida profissional.

Após concluir a graduação no ano de 2007, a Faculdade Santa Maria ofereceu uma bolsa de estudo para cursar uma pós-graduação em Saúde da Família por ter sido o melhor aluno da turma. Abraçando a oportunidade, e motivado pelo desejo de seguir trajetória acadêmica, mais uma etapa profissional foi alcançada: ser enfermeiro especialista em saúde da família.

Com um ano de pós-graduado em saúde da família veio aprovação em um concurso público para trabalhar como enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Lavras da Mangabeira e assim desenvolver junto à população adscrita ações de prevenção e promoção da saúde.

Em 2009, o gestor municipal de Lavras da Mangabeira fez o convite para Coordenar a Atenção Básica no referido município. Transcorridos três anos no referido cargo, surgiu novo desafio: assumir a pasta de Secretário Municipal da Saúde. Assim, essas vivências no campo da estratégia e na gestão, promoveram experiências significativas com consequente ascensão profissional.

Vale ressaltar que na graduação emergiu o interesse pelas disciplinas relacionadas à Saúde da Mulher e o desejo de ser enfermeiro obstetra sendo este objetivo alcançado. Em 2009 ocorreu também um processo seletivo em enfermagem obstétrica pela Escola de Saúde Pública do Ceará, sendo aprovado na seleção, no segundo semestre de 2010 veio à conclusão.

Como fazia parte do quadro de funcionários efetivos da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba, a coordenação de enfermagem fez a transferência para a Maternidade onde, neste setor, está sendo possível contribuir para a saúde materna e neonatal. A partir de então, cresceu o desejo de continuar pesquisando na área da saúde da mulher e aprimorando habilidades profissionais, ou seja, qualificando o saber fazer.

Entretanto, a vivência de cinco anos atuando como Enfermeiro Obstetra em uma Maternidade no interior da Paraíba e há seis anos prestando assistência como enfermeiro na ESF no município de Lavras da Mangabeira, interior do Ceará, proporcionou inquietações neste eixo temático. Este cotidiano permitiu presenciar situações nas quais os profissionais da Atenção Básica atribuem à Atenção Hospitalar a responsabilidade pelos óbitos maternos e neonatais enquanto a atenção hospitalar associa esses óbitos à precária qualidade da assistência pré-natal prestada na Atenção Básica.

Assim, a busca por informações que realmente retratem a realidade sobre a qualidade da atenção pré-natal justifica e constitui o desafio deste estudo. Do ponto de vista teórico, pela necessidade de aprofundar a compreensão do problema, a avaliação da qualidade do processo de assistência pré-natal realizada pela rede pública torna-se um espaço essencial nessa questão. Outro fator importante é que os resultados servirão para construir o diagnóstico situacional local visto a necessidade de estudos que avaliem a qualidade do pré-natal na ESF.

Para tanto, será estudado como a assistência pré-natal vem sendo realizada na rede pública municipal, especialmente em termos de qualidade dos cuidados dispensados com vistas à implementação de uma atenção pré-natal eficaz, de qualidade e humanizada, compatível com as recomendações do MS. Enquanto estudo de avaliação, o conhecimento a ser produzido poderá instrumentalizar os gestores municipais e profissionais das equipes da ESF responsáveis na formulação de estratégias de enfrentamento e criação de alternativas para enfrentamento dos problemas que influenciam nesta qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

✓ Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família.

2.2 ESPECÍFICOS

✓ Caracterizar o perfil sócio demográfico das gestantes e puérperas atendidas nas ESF.

✓ Avaliar a estrutura disponível nas unidades da ESF para prestação da assistência pré-natal.

✓ Avaliar o processo assistencial da atenção pré-natal prestado às usuárias atendidas pela ESF.

✓ Analisar os indicadores de resultados da atenção pré-natal realizada na ESF.

✓ Mensurar o grau de satisfação das mulheres quanto à atenção pré-natal recebida.

✓ Propor sugestões aos gestores para melhoria da atenção pré-natal.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Avaliação e qualidade da assistência pré-natal

Os avanços observados no campo da saúde e o crescente interesse em oferecer qualidade nos serviços prestados, representam um enorme desafio para a maioria dos profissionais de saúde que atuam nesse campo. Assim, “definir níveis de qualidade em saúde é de uma complexidade ímpar, em face da peculiaridade das instituições de saúde” (ALENCAR, 2013, p. 36).

Nos últimos anos a qualidade é considerada um componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado. Nesse sentido, é preciso superar a concepção que considera o discurso da qualidade como uma prerrogativa dos países ricos de recursos e com um sistema de saúde avançado (SERAPIONI, 2009).

A história moderna da avaliação sistemática das intervenções sociais começa no século XVIII, na Grã-Bretanha e na França, com as novas correntes ideológicas e filosóficas que serviram de arrimo ao pensamento científico moderno, acarretando assim a multiplicação e o refinamento dos métodos de pesquisa social e a implementação de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). No entanto, a avaliação se instituiu como uma prática e estratégia de governos no período após a Grande Depressão nos Estados Unidos até a Segunda Guerra Mundial (FIGUEIRÓ, 2010).

Nesse contexto, a avaliação apresenta-se como um mecanismo que visava acompanhar as políticas públicas implementadas e equacionar os problemas sociais existentes (FIGUEIRÓ et al., 2010). A avaliação consolidou-se como uma prática de intervenção política do Estado, nos sistemas, serviços, programas e projetos político-sociais, e definiu-se também como um campo de conhecimento, com a busca de aportes científicos que lhe dessem sustentação e credibilidade. E, nos últimos tempos, o campo se expandiu e passou por muitas transformações, incorporando influências dos distintos campos do saber, como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica e epidemiológica, e o direito. Com isso, se configurou em seu âmbito um conjunto diverso de tendências e abordagens norteadoras (SAMICO, 2010).

A partir do entendimento de que avaliar é uma atividade cotidiana e que frequentemente desenvolvemos esta ação, mesmo que informalmente, fica evidente que este processo perpassa por nossas vivências e requer reflexão constante de como está sendo vivenciado. Cruz (2001), dando contribuições a esta reflexão, diz que se pararmos para observar, será visível que a avaliação está presente em vários contextos da vida, seja no âmbito pessoal ou nas instituições. A todo instante falamos de avaliação ou estamos sujeitos a ela, mas não nos damos conta disso. O fato é que participamos de alguma forma de processos que visam verificar resultados, alcance de objetivos, checagem de conhecimentos e outros, e, em razão deles, nos organizamos socialmente, o que se constituiu na trajetória histórica da humanidade. Reconhecer este aspecto é um primeiro passo na construção de uma avaliação que considere os sujeitos que deles participam.

Segundo Serapioni (2009), a constatação da alta variabilidade das práticas clínicas e assistenciais, seja entre as mesmas profissões, seja entre diferentes áreas geográficas, assim como a variabilidade dos custos nem sempre referentes a fatores epidemiológicos ou clínicos, tem representado um importante estímulo para introduzir a avaliação sistemática da qualidade da atenção à saúde.

Os serviços de saúde, por diversos momentos, são avaliados sobre o desenvolvimento de suas atividades, visando à melhoria da atenção e qualidade da assistência prestada ao usuário e, para que essa avaliação se concretize, há necessidade de aprofundamento teórico (ABRANTES, 2014). Para o Escrivão Junior (2012, p.16), “a constante avaliação da qualidade dos serviços de saúde é vital para o sucesso das organizações, sendo desejável a utilização de critérios objetivos, ou seja, indicadores que permitam medir a qualidade dos serviços”.

Entretanto, Tanaka (2011) discorre que a avaliação da Atenção Básica em Saúde (ABS) envolve os seguintes componentes: medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão, sendo um processo técnico-administrativo destinado ao último componente citado. Segundo o autor, o juízo de valor emitido em um processo de avaliação da atenção pré-natal possibilitará a tomada de decisão quanto à assistência desenvolvida em nível local e nacional.

A avaliação é um método pelo qual se procura identificar, aferir, investigar e analisar como se processou a construção do conhecimento e se o resultado correspondeu às expectativas esperadas (GOMES, 2011). Fundamentando esta assertiva, Brousselle et al. (2011) referem que avaliar consiste fundamentalmente

em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa traduzir em ações.

O conceito de avaliação da qualidade de saúde foi definido por Avedis Donabedian em seu modelo: estrutura-processo-resultado. Este modelo foi universalmente aceito e tem sido amplamente utilizado na literatura, especialmente para o desenvolvimento de normas de qualidade (HAJE; LAMRINI; RAIS, 2010).

Morais (2013, p. 32), em sua dissertação, apresentou que Donabedian, médico armênio radicado nos Estados Unidos, foi o primeiro a estudar de forma sistemática a questão da avaliação da qualidade da atenção médica, modelo posteriormente adaptado para avaliação dos serviços de saúde. Seus primeiros trabalhos surgiram na década de 1960, mas atingiram notoriedade mundial a partir dos anos 1980 e, ainda hoje, têm-se mantido como principal referência.

Segundo Rocha (2011), Avedis Donabedian nasceu em sete de junho de 1919 em Beirute, no Líbano. Após graduar-se como médico na Universidade Americana de Beirute, seus horizontes expandiram-se e o levaram a Harvard, onde obteve o grau de Mestre em Saúde Pública em 1955. Através de um corpo de oito livros e mais de 50 artigos, Donabedian transformou o pensamento sobre os sistemas de saúde, convertendo-os em um campo para a investigação e uma arena excitante para a ação.

Em qualquer estudo de avaliação haverá a necessidade de explicitação clara dos critérios e parâmetros utilizados para a emissão do julgamento, conforme ressalta Worthen, Sanders e Fritzpatrick (2004, p.35) ao considerarem que a avaliação corresponde “à identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor ou mérito, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto a ser avaliado em relação a esses critérios”.

Desse modo, o ato de julgar na avaliação precisa levar em consideração critérios e parâmetros reconhecidos pelos interessados como confiáveis. É a prática do julgamento que evidencia o caráter de não neutralidade na avaliação, pelas implicações subjetivas e por permitir a ressignificação de elementos que ajudam a

consubstanciar o parecer dado. É prudente reconhecer, nesse caso, a definição de critérios e padrões de julgamento, que contem, principalmente, com uma negociação entre os principais interessados na intervenção e na avaliação, para que os resultados da mesma possa melhor orientar os usuários, profissionais, gestores e outros interessados (CRUZ; REIS, 2011).

Ademais, entende-se que para avançar na prática de avaliação de programas e políticas em saúde, faz-se necessário construir desenhos de avaliações que busquem responder o porquê de cada realidade encontrada. Observar se os efeitos esperados foram alcançados, necessariamente, não ajuda para a orientação de melhorias da política. Este pode ser considerado um importante desafio metodológico a ser enfrentado na medida em que precisa se discutir estratégias para a definição de perguntas pactuadas que orientem para uma avaliação, que responda aos interesses dos sujeitos diretamente vinculados à intervenção (FIGUERÓ et al., 2010).

Morais (2013, p.30) para entender como ocorre o processo de atendimento nas unidades de saúde brasileira, refere que estudos têm sido realizados para avaliar a atenção, utilizando-se critérios e teorias de qualidade aplicadas à saúde, na expectativa de determinar com exatidão os problemas encontrados e, assim, propor soluções concretas, relacionadas à realidade existente, com vista à melhoria dos resultados. Entretanto, a avaliação em saúde tem se constituído como uma ferramenta importante e indispensável para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. Sua prática vem se fortalecendo desde a década de 1970, sendo influenciada pelos movimentos de democratização da saúde e da reforma sanitária (POLGLIANE, et al., 2014).

Corroborando com esta concepção, Anversa et al. (2012) defendem que a avaliação dos sistemas de saúde constitui-se em uma potente ferramenta norteadora, para gestores e profissionais de saúde. Nesse sentido, Rocha (2011) referenciou que nas quatro últimas décadas, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm se baseado nas propostas de Donabedian que, aproveitando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman e utilizando como referencial a teoria dos sistemas, sistematizou a avaliação da qualidade da atenção médica em três enfoques: estrutura, processo e resultado.

Discorrendo sobre qualidade, Morais (2013) defende que, qualidade em saúde é aquele tipo de assistência em que se espera proporcionar aos usuários o

máximo e mais completo bem-estar, considerando o equilíbrio previsto entre ganhos e perdas decorrentes do processo de assistência em toda a sua complexidade.

Na visão de Donabedian (1988), a qualidade é o produto de dois fatores, sendo um deles o de ciência e tecnologia de cuidados de saúde e do outro a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática. Este produto pode ser caracterizado por atributos que ele se refere como componentes de qualidade e dá um relato lúcido de cada um deles. O esteio bem pensado dá ao leitor uma base sólida para enfrentar as outras questões que são fundamentais para a compreensão e prestar cuidados de saúde de qualidade aceitável. Ele ainda sugere que as atividades dos profissionais devem ser monitoradas a fim de identificar os casos ou situações onde a qualidade do atendimento cai abaixo do esperado ou nível desejado (DONABEDIAN, 2003).

Posteriormente, o referido autor ampliou a definição de qualidade descrevendo os sete pilares, que compreendem: a eficácia, como a capacidade do cuidado; a efetividade, correspondendo ao conjunto de melhorias possíveis nas condições de saúde a serem obtidas; a eficiência, que diz respeito ao custo para que uma dada melhoria na saúde seja alcançada; a otimização, representando a adição de benefícios em relação aos custos; a aceitabilidade, que significa a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários e de suas famílias; a legitimidade é a aceitabilidade do cuidado do modo pelo qual é visto pela comunidade em geral; e a equidade diz respeito à determinação do que é justo na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma sociedade (DONABEDIAN, 1994).

A avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos a serem utilizados na avaliação. Os estudos realizados sobre esta temática baseiam-se fortemente no quadro conceitual proposto por Donabedian que apresenta duas vertentes principais: o modelo sistêmico e os setes pilares da qualidade (FRIAS et al., 2010). Na avaliação da qualidade dos serviços, recomenda-se a análise da estrutura, do processo e do resultado, sendo o estudo do processo a melhor maneira de investigação da atenção ofertada no nível de atenção primária (DONABEDIAN, 1994).

Para Donabedian (1988) a análise da estrutura, por sua vez, aborda informações sobre recursos físicos, materiais, formas de organização e

funcionamento, normas e procedimentos, tipo e especialização do equipamento. A análise do processo envolve as atividades relacionadas à assistência, incluindo diagnósticos, práticas terapêuticas e de reabilitação, ou seja, refere-se às ações desenvolvidas nos serviços de saúde, orientada essencialmente para a análise da atuação da população. Avaliar o processo requer critérios delimitados, geralmente, pela resolutividade das ações desenvolvidas. O resultado está relacionado ao efeito que as ações e os procedimentos têm sobre o estado de saúde.

Sob a perspectiva avaliativa de Donabedian, Siqueira (2011) em sua dissertação, traz que a estrutura é avaliada, sobretudo, pelas características dos recursos utilizados na atenção médica, organização administrativa, instalações, equipe disponível, normas vigentes e perfil dos profissionais envolvidos. O processo por sua vez é avaliado comparando os procedimentos empregados com os critérios estabelecidos e sua metodologia pode ser dividida em observação direta da prática e os estudos baseados nos registros médicos (DONABEDIAN, 1978). Quanto à avaliação dos resultados, as metodologias utilizadas podem ser medidas pela capacidade física e o estado funcional, medida do impacto das doenças sobre o comportamento dos indivíduos e medida de percepção pessoal da saúde geral.

É interessante perceber que ainda se estabelece como hegemônico na avaliação da qualidade em saúde, o referencial de Donabedian (1990), que desenvolveu um modelo de avaliação centrado nos componentes de estrutura, processo e resultado para a observância dos pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização e legitimidade.

De acordo com Donabedian (1994), a finalidade da avaliação da qualidade é estimar o grau de sucesso dos profissionais da saúde em se autogovernarem, de modo a evitar a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer acompanhamento ininterrupto, de tal maneira que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (ROCHA, 2011).

Rocha (2011) traz em sua dissertação uma concepção de Donabedian sobre avaliação, para ele, a avaliação dos serviços permite duas dimensões: o desempenho técnico, isto é, a interação entre tecnologia médica e conhecimento de forma a maximizar os benefícios e minimizar os riscos; e o relacionamento pessoal com o usuário, atendendo às normas éticas e sociais, além das expectativas e necessidades dos assistidos (DONABEDIAN, 1988).

Neste contexto, a literatura mostra uma crescente publicação acerca da qualidade da assistência pré-natal, pois, diversos estudos (Corrêa, 2014; Morais, 2013; Rocha, 2011; Martinelle et al., 2014)foram realizados objetivando avaliar a qualidade desta assistência considerando aspectos relacionados, a estrutura, processo e resultado, sob a perspectiva de Donabedian.

Vilarinho, Nogueira e Nagahama (2012), realizaram uma pesquisa avaliativa que objetivou avaliar a qualidade da atenção pré-natal e puerperal a adolescentes com filhos nascidos vivos em instituição pública de saúde de Teresina-PI com base nas recomendações de Donabedian. Os resultados desta pesquisa mostraram que a maioria realizou exames de pré-natal de rotina, 75% tiveram as mamas examinadas e 88,6% foram orientadas sobre aleitamento materno. A atenção puerperal foi intermediária para 38,6% das mulheres, 52,3% não retornaram à unidade de saúde e tampouco receberam visita domiciliar, 70,5% foram orientadas sobre os métodos contraceptivos e 93,2%, sobre aleitamento materno.

Ademais, outro estudo acerca da temática foi desenvolvido por Frota et al. (2014). Eles avaliaram a assistência pré-natal de acordo com o PHPN sob a ótica da equipe saúde da família. Para isto, utilizou-se o modelo proposto por Donabedian baseado na teoria dos sistemas em que se consideram os elementos de estrutura, processo e resultado, tendo como ponto principal de análise os serviços de saúde e as suas práticas assistenciais.

Assim, os resultados mostraram que as ESF se apresentaram com uma estrutura insatisfatória para uma atenção pré-natal de qualidade. A planta física, os recursos materiais, a sistemática do atendimento e as filas de espera expuseram a necessidade de um olhar mais criterioso por parte da gestão para com as unidades de saúde que prestam assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal. Quanto ao processo, foi possível observar que os enfermeiros e os médicos apresentaram atitudes semelhantes quanto à abordagem e as condutas inerentes ao exame físico, porém, os enfermeiros foram os que mais orientaram as gestantes (FROTA et al., 2014).

Diante destas constatações, é possível observar que os estudos realizados são norteadores para pesquisas futuras, pois reafirmam o referencial teórico Donabediano como fio condutor para o desenvolvimento do processo de avaliação em saúde.

3.2 Revisão integrativa da literatura

A assistência à saúde da mulher tem merecido destaque crescente na história das políticas de saúde no Brasil e foram implantadas em resposta à persistência de índices elevados dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal e de pressões sociais (BRASIL, 2012). A atenção pré-natal (PN), uma de suas dimensões, permite o acompanhamento da saúde da gestante, identifica fatores de risco e realiza a detecção e o tratamento oportuno de afecções, o que contribui para melhores desfechos maternos e perinatais (DOMINGUES, et al., 2012).

No Brasil, apesar da expansão da atenção primária à saúde e da ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, observa-se a manutenção de índices de complicações maternas e neonatais causadores de mortes, no entanto, estas quando identificadas e conduzidas em tempo oportuno não teriam desfechos negativos (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Desta forma, é imperativo promover a organização e articulação do sistema de saúde vigente, SUS, no sentido de lançar mãos de processos avaliativos constantes no âmbito da Atenção Básica, especificamente nos serviços que realizam assistência pré-natal tendo em vista serem estes os responsáveis pelo primeiro contato da gestante, bem como dos encontros subsequentes durante as consultas.

A avaliação é capaz de identificar potenciais, mostrar fragilidades e orientar novas tomadas de decisões acerca de determinada ação-intervenção, com potencial para reorientar processos de trabalho e politicas de saúde (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013).

Ela refere-se às ações desenvolvidas nos serviços de saúde, orientada essencialmente para a análise da atuação profissional no cuidado do binômio saúde/ doença da população. Avaliar o processo requer critérios que são delimitados, geralmente, pela resolutividade das ações desenvolvidas. Nessa mesma perspectiva, a “avaliação dos sistemas de saúde constitui-se em uma potente ferramenta norteadora, para gestores e profissionais de saúde” (ANVERSA et al., 2012, p.1).

Considerando que a assistência pré-natal desenvolvida na Estratégia Saúde da Família é uma das ferramentas capazes de evitar as mortes maternas e neonatais bem como compreendendo que esta assistência é passível de avaliação,

e com isso pode-se chegar à qualidade do cuidado ofertado às mulheres no ciclo gravídico puerperal é que se questiona: qual a qualidade da assistência pré-natal prestada a mulheres na atenção básica à saúde?

Assim, no intuito de subsidiar respostas para o questionamento proposto, optou-se pela revisão integrativa da literatura. Para tanto, objetiva-se analisar a produção científica sobre a qualidade da assistência pré-natal na atenção básica à saúde.

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Desta forma, a revisão integrativa emerge como uma ferramenta que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SILVEIRA, 2005).

3.2.1 Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em seis etapas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; apresentação da revisão integrativa (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A elaboração da pergunta norteadora deve ser o primeiro passo para os profissionais ou gestores que desejam buscar evidências científicas para subsidiar uma decisão, usando elementos importantes para o delineamento do estudo (SILVA, 2013).

Isto posto, para ampliar a abrangência e dar rigor na formulação da pergunta problema deste estudo e selecionar os descritores adequados (Quadro 1), utilizou-se a estratégia PVO (População/Participantes; Variáveis de interesse; Resultados) (PERES BIRUEL; ROCHA PINTO, 2011).

Estes três elementos constitutivos da pergunta devem ser determinados da seguinte maneira: participantes - as características dos participantes que se deseja contemplar na investigação, bem como a condição ou problema investigado;

variáveis de interesse - variáveis que serão usadas como controle ou como subgrupos de comparação de participantes, as quais podem ser usadas como filtro ou identificadas como categorias na construção da estratégia de pesquisa; *outcomes* (desfechos) - resultado verificado nos participantes, ou, mais precisamente, o indicador da modificação ou variação das condições dos participantes em relação às variáveis definidas (PERES BIRUEL; ROCHA PINTO, 2011).

Quadro 1 - Descritores de assunto localizados no *MeSH/DeCS* para os componentes da pergunta de pesquisa a partir da estratégia PVO. Lavras da Mangabeira - CE, 2016.

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	COMPONENTES	DESCRITORES/MESH
P	População	Mulheres grávidas	Gravidez (pregnancy)
V	Variável	Assistência pré-natal prestada na ESF	Cuidado pre-natal (prenatalcare)
O	Desfecho *(outcomes)*	Qualidade da Assistência PN	Qualidade da assistência a saúde (Qualityof Health Care)

A partir de então, a busca na literatura foi realizada durante os meses de maio a junho de 2016 de forma independente nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analyses and Retrieval System Oline* (MEDLINE), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde(LILACS), *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por meio do portal de periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) utilizando o método de busca avançada e a categoria título, resumo e assunto.

Para recuperar pesquisas indexadas nas diversas bases de dados selecionadas utilizou-se os descritores do vocabulário de Descritores de Ciências da Saúde – DeCS e termos do dicionário *Medical Subject Headings– MeSH* (Quadro 1). Durante a busca utilizou-se o cruzamento dos *MeSH/DeCS* com o operador *booleano AND* para associação dos descritores como estratégia de busca: *pregnancy AND prenatalcare AND quality of healthcare.* É importante salientar que os descritores utilizados para a busca são concomitantemente termos *MeSH.*

O cruzamento foi realizado de forma individual em cada base, após estes cruzamentos foram garimpados, 1344 artigos sendo, 116 na SciELO, 872 na

MEDLINE, 60 na LILACS, 247 na CINAHL e 49 na BDENF. Em seguida estes passaram por uma seleção inicial a partir da aplicação de filtros, sendo estes: idiomas (inglês, português e espanhol); limite temporal (escopo dos 10 últimos anos de publicação, de 2005 a 2015) e textos completos disponíveis, totalizando 336 artigos filtrados. Após o processo de filtragem realizou-se a leitura de seus títulos e resumos, resultando na exclusão dos 266 estudos não relacionados à temática. Restaram 70 artigos que foram submetidos à conferência para averiguar duplicações, assim, identificou-se que dos 70 artigos, 13 eram repetidos, resultando em 57 artigos pré-selecionados.

Logo foram aplicados os critérios de inclusão, serem artigos originais referentes à temática avaliação da assistência pré-natal na atenção básica e, como critério de exclusão, publicações do tipo comunicações breves, editorial, *comment*, artigos de reflexão e de revisão de literatura, documentários, ensaios, resumos de teses, resenhas e relatos de experiência; projeto de intervenção; não estarem disponíveis em texto completo para *download* ou não responderem à questão de estudo.

Após essa pré-seleção, os estudos foram lidos na íntegra. Nessa etapa foram excluídos 37 artigos e a coleta resultou em uma amostra final de 20 artigos. Para tanto, utilizou-se o protocolo *Preferred ReportingItems for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA), conforme fluxograma da figura 1.

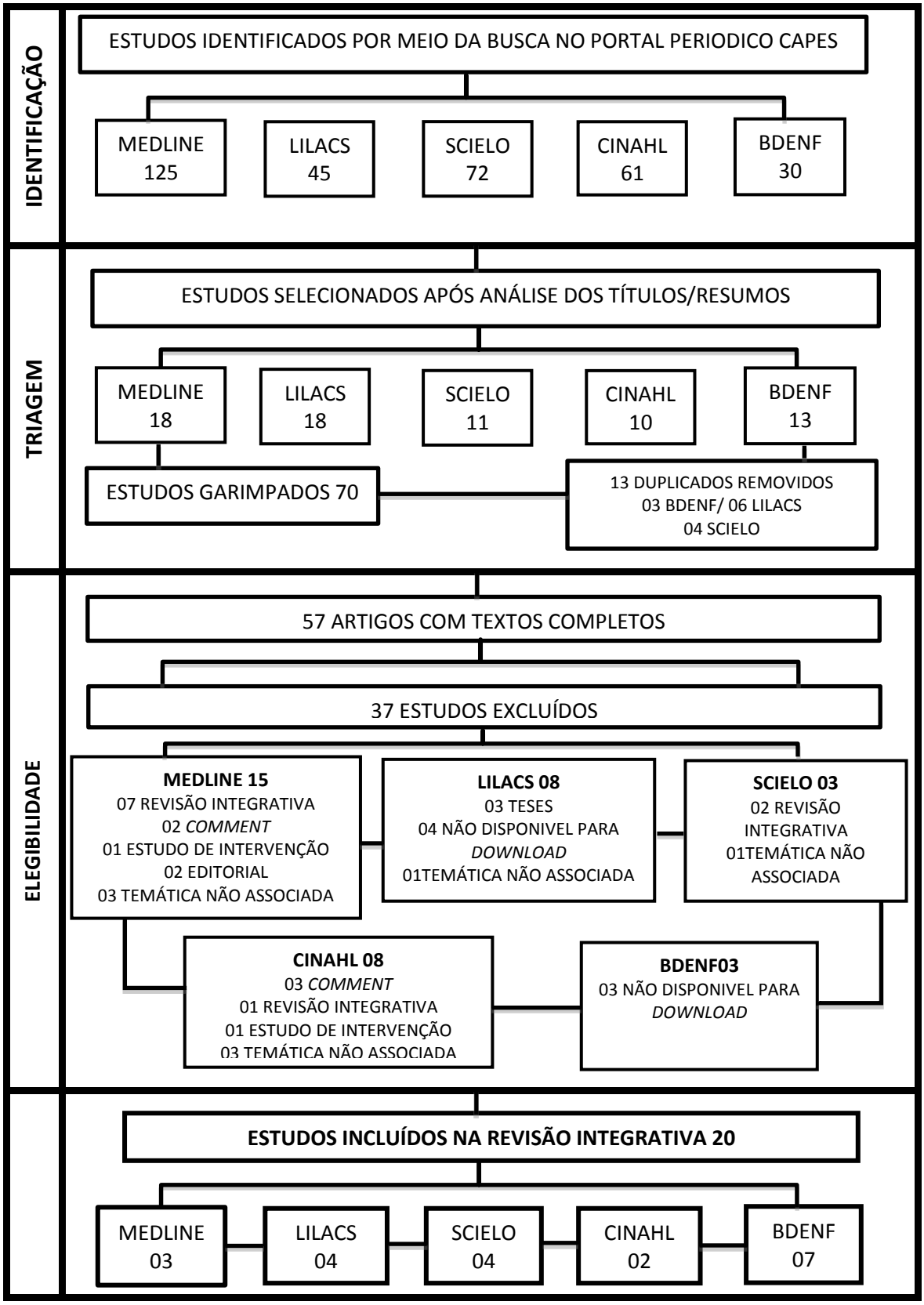

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos a partir do protocolo PRISMA. Lavras da Mangabeira - CE, 2016.

Para extração dos dados nos artigos selecionados fez-se necessária a utilização de um instrumento de Ursi (2005), onde este permitiu assegurar que a totalidade dos dados relevantes fosse extraída (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Realizou-se a extração dos dados nas bases pelo revisor, autor deste estudo, de forma independente e, na sequência, procedeu-se uma análise crítica e detalhada dos estudos, identificando os resultados e implicações com base na questão norteadora com posterior síntese dos dados. Logo, procedeu-se a organização, interpretação, apresentação e discussão dos achados nesses estudos.

3.2.2 Resultados

Os resultados foram subdivididos em três seções: caracterização bibliométrica e metodológica das publicações e qualidade da assistência pré-natal.

Caracterização bibliométrica

As publicações apresentaram diferentes características no que se refere ao ano de publicação, idioma, periódico e países em que foram realizados os estudos. Estas características estão evidenciadas no quadro 2.

Quadro 2 - Identificação das publicações sobre avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

TITULO DO ARTIGO	AUTORES	PERIODICO	PAIS	IDIOMA	ANO DE PUBLICAÇÃO
Assistência pré-natal: estudo de três indicadores	MIRANDA, F. J. S.; FERNANDES, R. A. Q.	Rev. enferm. UERJ, RJ.	Brasil	Português	2010
Analysis of the prenatal care in Cuiabá-MatoGrosso according to sisprenatal data	CORRÊA, A. C. P, *et al*.	Rev. pesq.: cuid. fundam.	Brasil	Inglês	2013
Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL	GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F.	Rev. EscEnferm, USP	Brasil	Português	2008
Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde	PEREIRA, N. M.; GUIMARÃES, B. N. S.; LANZA, F. M.	Rev. Enferm. Cent. O. Min.	Brasil	Português	2013
O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica	PEIXOTO,C. R. et al.	Rev. enferm. UERJ, RJ	Brasil	Português	2011
Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará	XIMENES NETO, F. R. G. et al.	Rev. BrasEnferm, Brasília	Brasil	Português	2008
Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo	GONÇALVES, R. et al.	Rev. BrasEnferm, Brasília	Brasil	Português	2008
Antenatal care in primary health care centres in Medina, Saudi Arabia, 2009: a cross-sectional study	HABIB, F.; HANAFI, M.I.; EL-SAGHEER, A.	EasternMediterranean Health Journal La Revue de Santé de laMéditerranéeorientale	Arabia Saudita	Inglês	2009
Quality of Antenatal Care Services in the Birim North District of Ghana: Contribution of the Community-Based Health Planning and Services Program	NAARIYONG, S. et al.	MaternChild Health J	Ghana	Inglês	2012
Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária	OLIVEIRA, R. L. A. de, et al.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil	Português	2013

TITULO DO ARTIGO	AUTORES	PERIODICO	PAIS	IDIOMA	ANO DE PUBLICAÇÃO
O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?	NETO, E. T. dos S., et al.	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro	Brasil	Português	2012
Atenção Pré-natal na cidade de Pelotas, rio Grande do Sul, Brasil.	RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E.	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Recife	Brasil	Português	2008
Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em um município no Sul do Brasil	ANVERSA, E. T. R., et al.	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro	Brasil	Português	2012
Coverage and Quality of Antenatal Care Provided at Primary Health Care Facilities in the 'Punjab' Province of 'Pakistan'	MAJROOH, M. A., et al.	*PLOS ONE*	Paquistão	Inglês	2014
Quality of antenatal and childbirth care in selected rural health facilities in Burkina Faso, Ghana and Tanzania: similar finding	DUYSBURGH, E., et al.	Tropical Medicine and International Health	África	Inglês	2013
Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based surve	FAGBAMIGBE; A. F.; IDEMUDIA E. S.	Reproductive Health	África	Inglês	2015
Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil	DOMINGUES, R. M. S. M., et al. .	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro	Brasil	Português	2012
Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo	SUCCI, R C. de M., et al.	Rev. Latino-am Enfermagem	Brasil	Português	2008
Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias	SILVA, E. P. da, et al.	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife	Brasil	Português	2013
SISPRENATAL como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante	ANDREUCCI, C. B. et al.	Rev. Saúde Pública	Brasil	Português	2011

O país que mais publicou nos últimos 10 anos foi o Brasil com 14 artigos (MIRANDA; FERNANDES, 2010); (GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008); (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013); (PEIXOTO, et al., 2011); (XIMENES NETO, et al., 2008); (GONÇALVES, et al., 2008); (OLIVEIRA, et al. 2013); (SUCCI, et al., 2008); (NETO, et al., 2012); (RASIA; ALBERNAZ, 2008); (ANVERSA, et al., 2012); (DOMINGUES, et al., 2012); (SILVA, et al., 2013) e (ANDREUCCI, et al., 2011).

Os anos de 2008 e 2013 foram os que mais publicaram estudos na temática e a língua portuguesa foi a mais frequente com 14 publicações (MIRANDA; FERNANDES, 2010); (GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008); (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013); (PEIXOTO, et al., 2011); (XIMENES NETO, et al., 2008); (GONÇALVES, et al., 2008); (OLIVEIRA, et al. 2013); (SUCCI, et al., 2008); (NETO, et al., 2012); (RASIA; ALBERNAZ, 2008); (ANVERSA, et al., 2012); (DOMINGUES, et al., 2012); (SILVA, et al., 2013) e (ANDREUCCI, et al., 2011).

Quanto aos periódicos, as revistas da área de enfermagem foram as que mais publicaram, com oito artigos (MIRANDA; FERNANDES, 2010); (GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008); (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013); (PEIXOTO, et al., 2011); (XIMENES NETO, et al., 2008); (GONÇALVES, et al., 2008); (OLIVEIRA, et al., 2013) e (SUCCI, et al., 2008).

Caracterização metodológica

Nesta seção descrever-se-á o delineamento metodológico, a população-alvo, o plano amostral, as formas de organização e análise dos dados.

Em relação ao delineamento metodológico houve predominância dos estudos do tipo transversal, descritivo com abordagem quantitativa (MIRANDA, FERNANDES, 2010); (CORRÊA, et al., 2013); (PEREIRA, GUIMARAES, LANZA, 2013); (PEIXOTO, et al., 2011); (HABIBI, HANAFI, EL-SAGHEER, 2009); (NAARIYONG et al., 2012); (ANVERSA et al., 2012); (MAJROOH, et al., 2014); (DUYSBURG, et al., 2013); (DOMINGUES, et al., 2012); (SUCCI, et al., 2008); (SILVA, et al., 2013) e (ANDREUCCI, et al., 2011).

Quanto à população-alvo identificadas nos estudos, elas foram diversificadas, no entanto, predominaram as mulheres em idade fértil (MIRANDA; FERNANDES, 2010); (CORRÊA, et al., 2013); (GRANGEIRO, DIÓGENES, MOURA,

2008); (HABIBI, HANAFI, EL-SAGHEER, 2009); (DOMINGUES, et al., 2012); (SUCCI, et al., 2008); (OLIVEIRA, et al., 2013); (PEIXOTO, et al., 2011); (PEREIRA, GUIMARAES, LANZA, 2013); (NETO, et al., 2012); (ANVERSA, et al., 2012); (DUYSBURG, et al., 2013); (FAGBAMIGBE; IDEMUDIA, 2015); (ANDREUCCI, et al., 2011); (NAARIYOUNG, et al., 2012) e (RASIA; ALBERNAZ, 2008). Alguns autores elegeram também a Unidade Básica de Saúde (UBS) e ESF (SILVA, et al., 2013); (XIMENES, et al., 2008) e (MAJROOH, et al., 2014).

Vale salientar que nos estudos que tiveram mulheres em idade fértil como população-alvo, a amostra variou de 23 (PEREIRA, GUIMARAES, LANZA, 2013) a 13.410 mulheres (FAGBAMIGBE; IDEMUDIA, 2015), enquanto que o grupo amostral de UBS e ESF variou de 12 (PEIXOTO et al., 2011) a 171 unidades de saúde (MAJROOH, et al., 2014).

Para a organização e análise dos dados coletados os autores utilizaram *softwares*, em oito artigos foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences, SPSS* (MIRANDA; FERNANDES, 2010); (PEIXOTO, et al., 2011); (HABIBI, HANAFI, EL-SAGHEER, 2009); (NAARIYOUNG, et al., 2012); (NETO, et al., 2012); (RASIA; ALBERNAZ, 2008) e (DOMINGUES, et al., 2012).

Em dois estudos observou-se uma análise sem a utilização de um tratamento estatístico, um utilizou análise univariada pela abordagem de um raciocínio indutivo compilado sob a supervisão de um sociólogo sênior (MAJROOH, et al., 2014). O outro fundamentou sua análise no referencial avaliativo proposto por *Avedis Donabedian* (XIMENES NETO, et al., 2008).

Qualidade da assistência pré-natal

Os estudos selecionados avaliaram a assistência pré-natal em diversas cidades, evidenciaram características peculiares aos serviços vinculados ao SUS, especificamente na Rede Básica de Saúde.

Tomando por base a concepção de avaliar a partir da tríade, estrutura, processo e resultados, um estudo avaliou a estrutura, o processo e os indicadores de resultados em 14 centros de saúde constatando que apenas quatro se mostraram adequados para o atendimento pré-natal (XIMENES NETO, et al., 2008). Dois avaliaram apenas a estrutura utilizada durante a assistência materno-fetal, sendo que um comparou a estrutura de uma unidade de saúde no modelo tradicional com a estrutura de uma ESF, indicando que havia semelhanças em ambos os modelos de

atenção (OLIVEIRA, et al., 2013) e o outro avaliou a estrutura da rede de atenção primária em saúde e revelou boa estrutura em maior parte das unidades avaliadas (SILVA, et al., 2013).

Quanto os aspectos relacionados ao processo e resultados, nove estudos avaliaram a assistência pré-natal a partir de aspectos relacionados às consultas pré-natais considerando quantidade de consultas, o tempo que realizou a primeira consulta e a duração média de cada consulta (MIRANDA; FERNANDES, 2010); (CORRÊA, et al., 2013); (GRANJEIRO, DIOGENES, MOURA, 2008); (PEREIRA, GUIMARAES, LANZA, 2013); (HABIBI, HANAFI, EL-SAGHEER, 2009); (RASIA; ALBERNAZ, 2008); (FAGBAMIGBE; IDEMUDIA, 2015) e(ANDREUCCI, et al., 2011).

Nesse sentido, os autores revelaram um crescente percentual na quantidade de consultas, as gestantes avaliadas participaram de seis ou mais consultas, em média de 8,1 consultas de pré-natal. Em se tratando da consulta puerperal, apenas 17,1% receberam este cuidado (CORRÊA, et al., 2013). Outro aspecto evidenciado por eles foi que as mulheres realizaram a primeira consulta até 120 dias de gestação, 91,7% iniciaram o pré-natal precocemente. A duração média da primeira consulta foi de 10,3 minutos e as subsequentes 9,1 minutos. Vale salientar que o vínculo entre profissionais, agentes comunitários de saúde e gestantes foi imprescindível para o sucesso da adesão (GONÇALVES, et al., 2008).

Havia deficiência na inserção de atividades de educação em saúde durante os encontros pré-natais. Ademais, o acompanhamento odontológico e a realização de exame ginecológico durante a gestação também se mostraram precários nesses estudos (PEIXOTO, et al., 2011); (DUYSBURG, et al., 2013); (SILVA, et al., 2013); (RASIA; ALBERNAZ, 2008); (HABIBI, HANAFI, EL-SAGHEER, 2009). Apenas 6% das mulheres receberam orientações sobre aleitamento materno e contracepção (MAJROOH, et al., 2014), e baixa prevalência tanto nas orientações quanto na execução do aleitamento materno exclusivo (SILVA, et al., 2013).

Como pontos positivos na atenção pré-natal, destacam-se a imunização antitetânica, realização dos exames laboratoriais, suplementação de ferro e aferição da pressão arterial (GRANJEIRO, DIOGENES, MOURA, 2008); (PEIXOTO, et al., 2011) e (ANDREUCCI, et al., 2011).

A cobertura pré-natal em diversas localidades brasileiras apresentou-se boa, atingindo até 97,1% em relação ao número de nascidos vivos (ANVERSA, et al., 2012); (SUCCI, et al., 2008) e(ANDREUCCI, et al., 2011).

Embora tenha sido evidenciado o aumento na cobertura e na qualidade do atendimento, ainda existem lacunas a serem preenchidas durante a assistência pré-natal, dentre essas: baixa qualidade profissional, ausência de atividades coletivas e de profissional médico realizando consulta pré-natal, inaplicabilidade dos princípios do SUS, pouca motivação profissional, falta de compromisso dos gestores, preenchimento inadequado do cartão pré-natal, desarticulação entre profissionais e gestores administrativos (CORRÊA, et al., 2013); (GRANJEIRO, DIOGENES, MOURA, 2008); (PEREIRA, GUIMARAES, LANZA, 2013); (PEIXOTO, et al., 2011); (ANDREUCCI, et al., 2011); (OLIVEIRA, et al., 2013); (NETO, et al., 2012); (ANVERSA, et al., 2012); (MAJROOH, et al., 2014); (FAGBAMIGBE; IDEMUDIA, 2015); (ANDREUCCI, et al., 2011); (DOMINGUES, et al., 2012) e (SUCCI, et al., 2008).

Em um estudo realizado na atenção primária do Paquistão, foi identificado que menos de 30% dos profissionais realizaram anamnese, 50% não seguiram as etapas do histórico de saúde e os protocolos clínicos não estavam sendo seguidos, apenas 46% das usuárias estavam satisfeitas com os serviços de pré-natal (MAJROOH, et al., 2014).

No que se refere aos indicadores de resultados, nesse estudo especificamente, foram avaliados o coeficiente de mortalidade materna, coeficiente de mortalidade infantil, percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita e percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, entretanto, apenas dois coeficientes foram evidenciados, a mortalidade materna de 1,7 e o de sífilis congênita 0,94 (XIMENES NETO, et al., 2008).

Os estudos que qualificaram a atenção pré-natal classificaram-na a partir de recomendações de órgãos governamentais como MS e OMS. Os critérios de classificação utilizados foram: estrutura física, procedimentos, condutas profissionais adotadas e desfechos maternos e perinatais. Assim, 12 pesquisas classificaram a assistência pré-natal como de baixa qualidade (CORRÊA, et al., 2013); (GRANJEIRO, DIOGENES, MOURA, 2008); (NAARIYOUNG, et al., 2012); (FAGBAMIGBE; IDEMUDIA, 2015); (DOMINGUES, et al., 2012); (SUCCI, et al., 2008); (PEREIRA, GUIMARAES, LANZA, 2013); (OLIVEIRA, et al., 2013); (NETO, et a., 2012); (MAJROOH, et al., 2014); (DUYSBURG, et al., 2013) e(SILVA, et al., 2013).

3.2.3 Discussões

A redução da mortalidade materna e neonatal tem sido um desafio no Brasil. Esta meta despontou inúmeras estratégias a fim de promover a qualidade da assistência pré-natal no país. A preocupação com os serviços de atendimento à gestante é remota, foram iniciadas nos anos 1920-1930 no pós-guerra, quando se estabeleceram como serviço indispensável para o acompanhamento da gestação (RAZIA; ALBERNAZ, 2008).

A partir dos anos de 1970, a política de atenção à saúde materno infantil teve um incremento substancial, devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil, com ampliação da atenção ao pré-natal, face ao reconhecido impacto e transcendência que esta produz no estado de saúde da mãe e do seu filho (XIMENES NETO et al., 2008). Nesse contexto, a assistência pré-natal é reconhecida no Brasil, como sendo um dos componentes que contribuem para a redução significativa das taxas de mortalidade materna (MIRANDA; FERNANDES, 2010).

Com a implantação do PHPN e posteriormente a instituição da Rede Cegonha em 2011, implementou-se a institucionalização de um modelo de atenção pré-natal humanizado. Esses programas serviram de base para a crescente publicação de estudos avaliativos a fim de avaliar os indicadores de saúde envolvidos no quinto objetivo do desenvolvimento do milênio (ODM): o Brasil apresentar mortalidade materna inferior a 35% (BRASIL, 2012).

Como estratégia identificada nos estudos, a inserção do enfermeiro como profissional responsável pela assistência pré-natal, mostrou-se resolutiva. Dentre as categorias profissionais atuantes nesse contexto, o enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, pois tem qualificação para o atendimento à mulher, possuindo um papel extremamente importante na área educativa, de prevenção e promoção da saúde, além de ser agente da humanização, do fortalecimento do vínculo entre o profissional, gestante e família (PEREIRA, GUIMARÃES, LANZA, 2013).

Sob uma perspectiva diferente, um estudo mostrou que o acompanhamento das gestantes estava sendo realizado por médicos e enfermeiros da ESF, em alguns casos apenas um dos profissionais o conduzia, mas a predominância foi à realização da assistência em alternância de consultas, ou seja, 54,8% das

participantes (PEIXOTO, et al., 2011). Cabe salientar a importância do acompanhamento PN conduzido pelos dois profissionais, visto que eles têm características específicas em suas consultas, entretanto, a consulta de enfermagem não substitui a consulta médica e vice-versa.

Para garantir a qualidade da assistência pré-natal conforme preceitua o PHPN, o MS estabeleceu diretrizes para atenção pré-natal: rotinas preconizadas para consulta, definição de fatores de risco na gravidez, de forma que se possa ampliar a assistência pré-natal incluindo, entre outras normas, a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (GONÇALVES, et al., 2008).

Mesmo com as evidências da contribuição do enfermeiro como participante nas ações de assistência pré-natal, ainda existem barreiras a serem enfrentadas: a resistência do médico das equipes da atenção primária em colaborar com ele na condução dessa assistência e a precária interação entre estes profissionais são dificuldades encontradas para a implementação do protocolo de assistência (PEREIRA, GUIMARÃES, LANZA, 2013).

Estrutura

A preocupação com a qualidade da estrutura das unidades de saúde remete ao fato que ela favorece o processo do cuidado, proporcionando qualidade no atendimento (SILVA, et al., 2013).

Nesse contexto, uma estrutura qualificada oferece melhores condições de trabalho, dispõe ao profissional possibilidade de uma atenção qualificada, permite a continuidade da assistência e a efetividade nas ações prestada, garantindo um processo adequado de cuidados e um resultado favorável (XIMENES NETO, et al., 2008; MORAIS, 2013).

No Paquistão, apenas 24% das instalações avaliadas alcançaram uma boa classificação, 13,5% na sua estrutura tiveram classificação média, assim, mais da metade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) obtiveram classificação ruim mostrando com isso as precárias condições a qual os profissionais e usuárias estavam sujeitos (MAJROOH, et al., 2014).

Um estudo brasileiro constatou que 14% das unidades não dispunham de pia e 21% de banheiro. A presença de pia nos consultórios para higienização das

mãos e banheiro permite o controle de infecção e a privacidade da gestante na troca de roupa para realização de exame físico (XIMENES NETO, et al., 2008). O MS recomenda que dentre os princípios gerais para qualidade no acompanhamento do pré-natal faz-se necessário uma área física adequada para o atendimento das gestantes e familiares, para o exame clínico ou ginecológico ser realizado em condições adequadas de higiene e ventilação, bem como oferece a privacidade, um fator essencial durante a consulta (BRASIL, 2012a).

Outros estudos, comparando a assistência pré-natal prestada pelas ESF e as unidades com modelos tradicionais, evidenciaram que os recursos físicos eram adequados e semelhantes nas UBS e ESF. A maioria dos materiais necessários também estava disponível em ambos os modelos, excetuando-se o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério e alguns medicamentos essenciais (OLIVEIRA et al., 2013; MARTINELLE, et al., 2014). Desta forma, os estudos primários evidenciaram a precariedade da estrutura existente e trazem a relação de uma área física adequada com a qualidade da assistência oferecida.

Processo

A organização do serviço tem sido um elemento fundamental para execução da atenção ao pré-natal, pois uma assistência humanizada necessita além de trabalhadores de saúde qualificados, ferramentas tecnológicas comuns ao desenvolvimento da consulta, atenção especializada, dinâmica e seguimento do cuidado nos diferentes níveis de atenção (XIMENES NETO, et al., 2008).

No Brasil, observou-se aumento da cobertura da assistência pré-natal e do número de consultas por gestantes nos últimos 15 anos, sendo a proporção de gestantes sem acesso a qualquer consulta de pré-natal inferior a 2% no ano 2009 (DOMINGUES et al., 2012). A distribuição das gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre foi de 82% e 18% no 2º trimestre. Evidenciando que a cobertura do pré-natal foi adequada, garantindo tanto o início precoce quanto a realização de um número de consultas além do preconizado pela OMS (GONÇALVES et al., 2008).

Considerando o indicador de processo do MS, primeira consulta realizada até 120 dias, 91,7% dos pré-natais estavam adequados (DOMINGUES, 2012). Assim, pode-se afirmar que houve captação precoce junto à maioria das mulheres que compuseram a amostra, independente do serviço onde foram atendidas. A

idade gestacional em que a mulher inicia o pré-natal é fator condicionante para o desfecho favorável do desenvolvimento gestacional, desta forma, o início precoce do pré-natal é considerado um indicador sensível da adequação e do impacto dos programas de intervenção nesta área, em vista de sua relação estreita com a assistência prestada à gestante (MIRANDA; FERNANDES, 2010).

Na Região Metropolitana da Grande Vitória, quase metade das puérperas (48,2%) possuía sete ou mais consultas registradas (NETO, et al., 2012). Com relação à identificação precoce das gestantes, 75,5% das mulheres grávidas tiveram este critério atendido (CORREA; ABRANTES; LIMA, 2013).

O mérito dessa captação é dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o início precoce do acompanhamento pré-natal verificado deve-se à busca ativa da gestante realizada por eles. É importante salientar que o modelo adotado pela ESF preconiza a delimitação da área de abrangência da unidade de saúde tornando possível detectar precocemente as gestantes residentes na comunidade e incentivá-las ao comparecimento no pré-natal (GONÇALVES, et al., 2008).

Para que ocorra um pré-natal de qualidade, é importante que o serviço e os profissionais de saúde estejam preparados para receber as gestantes e fornecer uma assistência integral. Dessa forma, o profissional que recebe a gestante deve estar atento, além dos fatores de natureza física, a uma diversidade de fatores de ordem emocional, econômica e familiar, visto que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta e, consequentemente, na qualidade do acompanhamento (PEIXOTO et al., 2010; POLGLIANE, et al., 2014).

Acerca do processo de educação em saúde nas consultas, os serviços em sua totalidade realizam os procedimentos clínico-obstétricos considerados minimamente necessários ao pré-natal, no entanto, apenas 45,5% deles apresentavam atividades de educação em saúde, e em 47,7% das unidades utilizavam no mínimo um indicador para monitorar internamente a qualidade do pré-natal. Assim, percebe-se a alta cobertura na realização dos procedimentos importantes no pré-natal, e a deficiência da maioria dos serviços em planejar atividades de educação em saúde (SILVA, et al., 2013).

A prática de educação em saúde avaliada por meio da participação em grupos operativos de gestantes é uma estratégia utilizada de forma incipiente. As estratégias grupais são importantes recursos para transmitir orientações e socializar

experiências, no entanto os profissionais relatam a pouca disponibilidade de tempo para executá-lo (PEREIRA; GUIMARAES; LANZA, 2013).

Em relação ao encaminhamento ao odontólogo, os dados apresentados nos artigos são convergentes com outros estudos em que mais da metade das gestantes relataram não terem sido encaminhadas ao dentista, sendo que algumas delas informaram terem sido encaminhadas, porém não foram às consultas, por medo, falta de tempo e houve referência à demora no atendimento odontológico (PEIXOTO et al., 2011).

Oliveira et al. (2011) comparando a assistência pré-natal entre USF e UBS mostraram que o indicador de processo consulta odontológica foi deficiente em ambos os modelos, na Unidade Saúde da Família (USF) apenas 46,1% e na UBS 32,3 % passaram por atendimento odontológico.

Dentre os exames básicos preconizados pelo MS durante a consulta pré-natal está o exame de colpocitologia oncótica, entretanto, sua realização necessita de alguns equipamentos e insumos específicos, bem como de profissionais habilitados a ofertar este exame (XIMENES NETO, et al., 2008).

No entanto, percebeu-se o reduzido número de mulheres que realizaram exame ginecológico durante a gestação atual. Tal exame se faz importante para a detecção de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e lesões precursoras do câncer de colo uterino e a indicação do *screening* de câncer de mama, situações que podem interferir negativamente no processo de gestação, parto e puerpério. Constatou-se também que as gestantes que realizaram o exame preventivo do câncer de colo de útero em algum momento de suas vidas apresentaram maior chance de realizar o mesmo exame durante o período gestacional (PEIXOTO, et al., 2011).

O processo de educação em saúde durante a gestação reflete no desfecho final desse processo, no entanto, esta prática tem sido inconstante nos campos da atenção primária a saúde. Orientações recebidas por gestantes são insipientes, visto que 57,4%, não receberam qualquer tipo de informações relacionadas ao parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido ou amamentação, ademais, 44,2% eram primigestas, ampliando a necessidade de orientações. Tais informações são fundamentais para uma vivência tranquila e um ciclo gravídico puerperal saudável (PARIS, PELLOSO, MARTINS, 2013).

Fundamentando esta lacuna um estudo elucidou que orientações sobre amamentação foram realizadas em apenas 48% das consultas e essas informações foram recebidas por aproximadamente 50% das gestantes (RAZIA; ALBERNAZ, 2008). Em outra pesquisa as orientações sobre o parto e aleitamento materno foram referidas por uma proporção pequena de mulheres, mesmo entre aquelas com mais de 37 semanas e já próximas à data do parto (SIQUEIRA, 2011). A orientação e preparação para o aleitamento, realizada durante a assistência pré-natal, é considerada fundamental para o sucesso da prática da amamentação (DOMINGUES et al., 2012).

A garantia de exames básicos que diagnosticam ou previnem agravos/doenças como anemias, sífilis congênita, aids, infecção urinária dentre outros são essenciais para uma satisfatória atenção ao pré-natal, permitindo a redução dos riscos de aquisição de morbidades e mortalidade perinatal. O PHPN instituiu ainda uma estratégia para induzir e auxiliar a maioria dos municípios na implementação dessas ações, introduzindo novos recursos para o custeio dessa assistência e transferindo-os mediante o cumprimento de critérios mínimos, necessários para melhorar a qualidade da assistência (XIMENES NETO et al., 2008).

Nessa perspectiva, os resultados desta revisão sugerem que os serviços seguem estas recomendações, pois ações básicas, porém indispensáveis, durante as consultas pré-natais foram evidenciadas e consideradas como positivas.

A qualidade da assistência pré-natal foi avaliada a partir das informações contidas no cartão da gestante e identificou-se que nos registros desse documento, os procedimentos realizados em cada consulta foram elevados, principalmente no que se refere à aferição do peso e da pressão arterial, informação confirmada por 96,3% das grávidas, as quais relataram que esses procedimentos foram realizados em todas as consultas (DOMINGUES, et al., 2012).

A avaliação realizada a partir de registros das informações contidas no SISPRENATAL e no cartão do pré-natal em diversas regionais de saúde identificou variação de informações nas unidades avaliadas. Apenas 18,6% das mulheres realizaram todos os exames básicos e 50,3% realizou sorologia para HIV. Quanto à imunização, as cadernetas das gestantes mostraram 66,3% de mulheres foram imunizadas contra o tétano, enquanto que o SISPRENTAL evidenciou mais de 80%

das gestantes vacinadas. Esses documentos mostraram também que 81,6% de mulheres realizaram todos os exames básicos (ANDREUCCI, et al., 2011).

É importante salientar que estudos internacionais selecionados nesta revisão mostram que os procedimentos mais realizados durante as consultas pré-natais não divergem dos estudos nacionais. Nesse sentido, autores internacionais identificaram que a medição da pressão arterial era o componente mais oferecido (90,9%) e seguiu relação estreita com a suplementação de ferro, pois (90,8%) das entrevistadas receberam o ferro em suas consultas (FAGBAMIGBE; IDEMUDIA, 2015).

A revisão permitiu caracterizar a assistência pré-natal realizada em cada trimestre gestacional. No primeiro, as gestantes atendidas nas USF realizaram significativamente mais a sorologia para hepatite B e o *Coombs* indireto. No terceiro, tiveram acesso aos exames de glicemia, hemograma, *Coombs* indireto, urina simples e cultura, sorologias para sífilis, toxoplasmose, hepatite B e em maior quantidade o parasitológico de fezes. A situação das USF foi significativamente mais favorável quando se consideraram os exames e condutas do terceiro trimestre: quantidade de consultas, revisão de parto, vacinação contra o tétano, registro de pressão arterial, peso e altura uterina em todas as consultas, orientação sobre nutrição e sinais de alerta para trabalho de parto, história clínica totalmente preenchida e aconselhamento antes da coleta do exame anti-HIV (OLIVEIRA, et al., 2013; COSTA, et al., 2010).

Uma pesquisa trouxe resultados reflexivos, apesar do aumento do registro dos resultados de exames com o avançar da gravidez, a adequação atingiu um valor máximo de apenas 41% em gestantes com 28-33 semanas. Nas grávidas com 34-37 semanas, quando já deveriam estar disponíveis os resultados dos exames da segunda rotina, observou-se uma queda da adequação, que não alcançou 20% nas gestações a termo. Quanto à vacinação antitetânica, também se observou uma elevação do registro de doses à medida que aumentou a idade gestacional das mulheres entrevistadas, porém sem atingir a cobertura desejada. Em mulheres com mais de 37 semanas, apenas 54% poderiam ser consideradas imunizadas para a prevenção do tétano neonatal. A prescrição da suplementação de sulfato ferroso, sem diagnóstico de anemia, foi elevada, próxima a 90% em todas as faixas gestacionais (DOMINGUES, et al., 2012).

Desta forma, para realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência às gestantes e à puérpera, o município deveria, por meio das unidades integrantes da rede de atenção à saúde, garantir a realização dos exames básicos o mais próximo possível do território em que moram (XIMENES NETO et al., 2008).

A qualidade do acompanhamento pré-natal perpassa por atitudes que vão desde o acolhimento até o desfecho final. Ações como a realização do exame físico geral e a medição da altura uterina, permitem o toque e uma maior aproximação profissional com a gestante. Este vínculo otimiza a adesão do plano de cuidados e por conseguinte garante uma gestação saudável.

Considerando esses aspectos, foi evidenciado nesta revisão que a qualidade da assistência pré-natal nos locais avaliados foi considerada baixa e que os cuidados oferecidos foram desiguais levando-nos a uma constatação de que persiste o desafio em reorganizar a rede de cuidados materno-infantil, com ênfase nas ações desenvolvidas junto às gestantes durante suas consultas na atenção primária em saúde.

Os baixos índices de cobertura nas ações básicas de atenção à saúde são preocupantes e demandam ações urgentes dos gestores e profissionais envolvidos com o cuidado materno infantil (OLIVEIRA, et al., 2013). Ademais, a qualidade da assistência pré-natal apresentou-se inadequada em seus componentes mais básicos preconizados pelo MS, pois o cuidado pré-natal apresentou inúmeras falhas, resultando em uma inadequação da assistência (PEREIRA, GUIMARÃES, LANZA 2013). Os princípios da universalidade, integralidade e equidade que orientam o Sistema Único de Saúde não estão sendo atendidos como um todo, visto que uma parcela da população encontra ainda um nível de dificuldade considerável na obtenção da assistência, pelo menos no que diz respeito à atenção pré-natal. (MIRANDA; FERNANDES, 2010)

Resultado

A avaliação da qualidade demonstrou ser um poderoso instrumento de identificação dos pontos fortes e fracos na estrutura e no processo que interferem no resultado da assistência pré-natal. Se por um lado demonstrou que as unidades avaliadas atingiram indicadores satisfatórios em alguns itens, por outro, mostram suas deficiências.

Como consequência dessas fragilidades pode-se observar, com esta revisão, os persistentes índices de recém-nascidos com sífilis e de mortes maternas que são considerados preocupantes para as metas atuais. O coeficiente de mortalidade materna e percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita ainda persistem como problema de saúde pública (XIMENES NETO, et al., 2008).

A morte de uma mulher em idade fértil promove um impacto na família, na comunidade e na sociedade. Ela reflete a qualidade de vida de uma região, especialmente os cuidados prestados à assistência à saúde da população feminina (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

Os estudos epidemiológicos sobre a mortalidade materna abrangem realidades distintas a nível mundial e nacional. Na última publicação do Inquérito Confidencial de Morte Materna, realizado no Reino Unido, relativo aos dados do triênio 2006-2008, foi registrada a ocorrência de 261 mortes maternas, 107 de causas diretas e 154 de causas indiretas (MOTA; GAMA; THEMER, 2008).

No Brasil, a morte materna obstétrica direta é responsável pela manutenção da razão de mortalidade materna (RMM) em níveis elevados. O MS estima que ocorram no país cerca de 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos e, a despeito dos avanços que ocorreram no país na última década, a razão de mortalidade materna encontrou-se estagnada ao redor desse número durante esse período. Em decorrência dessa estagnação, a meta de redução da mortalidade materna no Brasil não será alcançada em 2015 como parte dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (BRASIL, 2012d). Diversos estudos nacionais corroboram esses resultados, além de destacar que grande parte destas mortes poderia ser evitada se a assistência à gestação, ao parto ou puerpério fosse adequada (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; BOTELHO, et al., 2014; MORSE, 2011).

Achados importantes nos estudos nacionais e que contribuem para o aumento desses índices, foi à deficiência na atenção pré-natal e a não identificação de fatores de risco (BOTELHO, et al., 2014). Em outros países, mesmo naqueles com baixa RMM, tem sido enfatizada a relação entre o padrão de cuidado pré-natal e a morte materna (SCHUTTE, SCHUITEMAKER, ROOSMALEN, 2008; SCHUTTE, et al., 2009).

A análise de evitabilidade dos óbitos, embora por critérios nem sempre explicitados, encontrou porcentuais de óbitos evitáveis sempre elevados, revelando

que, a mortalidade materna ainda pode ser reduzida (MORSE, et al., 2011). Nessa perspectiva, o planejamento familiar é uma estratégia que favorece a redução da mortalidade materna, com quedas dos níveis de gravidez indesejada, além de reduzir o número de filhos e aumentar o intervalo entre as gestações (LESTER, BENFIELD; FATHALLA, 2010).

Outro indicador de resultado encontrado nesta revisão foi à persistência da sífilis congênita corroborando com outros inquéritos epidemiológicos realizados a nível nacional. No Brasil, o número de casos notificados de sífilis na gestação tem aumentado a cada ano (BRASIL, 2014). Assim, a incidência de sífilis congênita estimada para o país foi de 3,51 por mil nascidos vivos, variando de 1,35 na Região Centro-oeste a 4,03 na Nordeste. Os valores estimados não foram estatisticamente diferentes daqueles notificados ao SINAN no ano de 2011 (BRASIL, 2012c). A taxa de transmissão vertical no país foi de 34,3%, sendo o menor percentual observado na Região Centro-oeste (15%). Três regiões apresentaram transmissão vertical superior a 30%. O Nordeste apresentou 37,9%, o maior valor (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Falhas na assistência pré-natal também foram identificadas em estudo recente que estimou, globalmente, mais de 80% das gestantes com sífilis receberam assistência pré-natal e 66% dos desfechos adversos ocorreram em gestantes que não foram testadas ou tratadas para sífilis durante esta assistência (YEGANEH, et al., 2015).Percebe-se que parte das lacunas identificadas com esta revisão e apresentadas em estudos afins, são passíveis de resolução, tendo em vista, os problemas nos serviços de saúde podem ser reduzidos através de intervenções administrativas em nível local e municipal, em parceria com os profissionais de saúde que atendem à gestante nessas unidades (PEIXOTO, et al., 2011).

3.2.4 Conclusão

A cobertura pré-natal tem se elevado, entretanto a qualidade mostrou-se baixa, apresentando fragilidades desde a estrutura até os aspectos relacionados ao processo e resultados da assistência materno fetal.

A estrutura física utilizada apresentou-se deficiente revelando a necessidade de uma reestruturação nos ambientes utilizados pelos profissionais. Os profissionais não estavam habilitados a desenvolveram atividades de educação em saúde,

inclusive não realizaram orientações sobre o aleitamento materno e planejamento familiar. O acompanhamento odontológico foi precário e as gestantes não tinham o hábito de realizarem a coleta citológica do Papanicolau.

Para os profissionais de saúde que atuam nesse contexto, especialmente o enfermeiro, há necessidade de um melhor preparo e condições de trabalho para prestação de serviço as usuárias, no entanto, há desarticulação e desmotivação entre profissionais, descumprimento dos princípios do SUS, gestores descompromissados com a aplicabilidade dos recursos e falhas no preenchimento dos cartões, o que repercute negativamente no processo da assistência ofertado às gestantes.

Fatores observados como positivo foi o aumento no número de gestantes que iniciaram consulta pré-natal antes de 120 dias e a quantidade de consultas realizadas. O número de grávidas com acesso a exames laboratoriais, suplementação de ferro e doses de vacinas preconizadas foram satisfatórias. No entanto, os resultados demonstraram que o controle da sífilis congênita na gestação está deficiente e o coeficiente de mortalidade materna mesmo em declínio ainda é considerado desafiador para os dias atuais.

A assistência pré-natal de qualidade tem sido uma estratégia capaz de provocar impactos positivos na saúde da mulher e de seu filho, sobretudo, este cuidado perpassa por ações vistas como básicas, mas que garantem um desfecho positivo na vida da gestante, de sua família, bem como nos indicadores de saúde, requerendo assim o compromisso dos profissionais de saúde e de gestores.

Os achados desta revisão apontam para a necessidade de ações e estratégias capazes de reverter a realidade da assistência ofertada às mulheres durante a gestação. No entanto, as conclusões dela são preliminares e não podem ser consideradas definitivas, devido os vieses possíveis nos estudos primários, o recorte temporal e local como limitação do estudo.

Assim, persiste o entendimento de que para uma assistência de qualidade faz-se necessário uma política de saúde efetiva voltada à saúde materno infantil capaz de preencher as lacunas encontradas nesse estudo, sobretudo, fortalecer a integralidade da assistência na perspectiva de um sistema de saúde resolutivo e operante.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com uma abordagem quantitativa. Segundo Bastos e Duquia (2007), o estudo transversal consiste em uma ferramenta de grande utilidade na descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco, para a ação e planejamento em saúde. Entretanto, Haddad (2004) diz que ele apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem. Quanto à pesquisa descritiva, Gil (2010) refere que ela tem como finalidade primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno e a checagem de relações entre variáveis.

Sobre a abordagem quantitativa, Pradonov e Freitas (2013, p. 69) consideram “tudo que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. No entanto, requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas”.

No âmbito da saúde, Tanaka (2011) defende que a abordagem quantitativa é a mais utilizada na avaliação em saúde, pelo fato de que é maior a identidade e a facilidade de compreensão e diálogo entre os distintos sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde, com os resultados expressos por números possibilitando assim uma interlocução mais transparente e objetiva com todos os interessados na avaliação.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Lavras da Mangabeira, estado do Ceará. Historicamente, esta cidade surgiu quando principiou a mineração no vale do Cariri, cuja área trabalhada abrangeu os lugares denominados Fortuna, Barreiros e Morros Dourados. Em meados do século XVIII, alguns mineradores vieram até a Mangabeira, como era natural naqueles tempos, que se julgava possível e rendosa a colheita de ouro. O fato, como era óbvio, transformou a região de um momento para

outro, surgindo, assim, movimentado arraial com população ávida e esperançosa de descobrir, ali, o sonhado e rico metal (IBGE, 2015).

Lavras da Mangabeira está localizada no sertão cearense, especificamente na região do Vale Jaguaribe, a 445 km^2 da capital, Fortaleza. Conforme último censo de 2014 possuía uma população estimada de 31.409 habitantes, sendo 15.522 mulheres, destas 8.968 em idade fértil (faixa etária de 10 a 49 anos). Possui área territorial de 947,968 km^2 composta por cinco distritos (Amaniutuba, Iborepi, Quitaius, Mangabeira, Arrojado) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,613 (IBGE, 2015), ficando abaixo da média estadual que é de 0,682, revelando que o município estudado, precisa melhorar seus indicadores sociais nas dimensões do desenvolvimento humano, especificamente longevidade, educação e renda.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de um, maior o desenvolvimento humano (PNUD, 2013).

Este município faz parte da Macrorregional de Saúde Cariri. É gerenciado pela 17ª Regional de Saúde e a gestão municipal vem estruturando a rede de atenção à saúde desde 1996 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, sendo que a partir de 2005, vem utilizando a Estratégia Saúde da Família como eixo norteador e porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, este modelo tem sido marco de implementação das práticas em saúde coletiva, operacionalizada mediante a gestão plena em saúde.

A sua rede de saúde local é constituída por 13 estabelecimentos de saúde, sendo 10 ESF, quatro na sede do município e seis distribuídas pelos distritos sanitários, um hospital filantrópico de pequeno porte, referência para os partos de risco habitual, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) e uma Clínica de Fisioterapia municipal.

Com relação à assistência pré-natal, o município onde o estudo ocorreu, não tem um centro de referência secundária para este tipo de cuidado, nem médico obstetra realizando pré-natal de alto risco, sendo necessário encaminhar as gestantes para a Policlínica do município de Icó, dificultando assim, o acesso dessas usuárias em caso de complicações obstétricas. É importante elucidar que o hospital do município só realiza partos de risco habitual, os demais são encaminhados via

regulação à vizinha microrregião de saúde de Juazeiro do Norte (21ª Região de Saúde).

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 2009, último registro oficial consta o nascimento de 380 crianças, sendo 39,6% de parto cesáreo, 3,7% prematuros e 3,9% com baixo peso ao nascer (SINASC, 2009).

A porcentagem de cobertura de consultas pré-natal em 2009 foi de 97,4% (SIAB, 2009). O número de internações por parto e puerpério foi de 15,3%. Outro dado importante é que número de óbitos de mulheres em idade fértil em 2012 foi de oito mulheres no município. Ressalta-se que a mortalidade infantil neste mesmo ano foi de 7,9 (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2013).

4.3 População, amostra e amostragem

A população do estudo foi constituída de usuárias grávidas a partir do terceiro trimestre de gravidez e as puérperas encontradas no período da coleta de dados, devendo as mesmas estarem cadastradas em uma das 10 ESF do município de Lavras da Mangabeira. Foram incluídos como população, também, os profissionais (médico e enfermeiro) da Estratégia Saúde da Família, envolvidos diretamente na assistência pré-natal, ou seja, os que estivessem realizando cuidados pré-natais durante o estudo. Por se tratar de dois grupos amostrais, discorrer-se-á em separado cada amostra.

4.3.1 Gestantes e puérperas

Quanto à amostra do grupo de gestantes no terceiro trimestre e as puérperas foi realizado um cálculo amostral previsto para a coleta com bases estatísticas na população de mulheres elegíveis atendidas no ano de 2015. Assim, utilizou-se o cálculo para amostras finitas (JEKEL, ELMORE, KATZ, 2005 p. 207).

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

Onde, n = tamanho da amostra

σ = nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão

p = percentagem com a qual o fenômeno se verifica

q = percentagem complementar (100-p)

e = erro máximo permitido

N = tamanho da população

Tomando por base a quantidade de gestantes cadastradas em 2015, que perfez um total de 370mulheres nos três trimestres de gestação realizou-se o cálculo amostral descrito a seguir:

$$n = \frac{1{,}96^2 x 0{,}5^2 x 370}{0{,}5^2 x 368 + 1{,}96^2 x 0{,}5^2}$$

$$n = \frac{3{,}8416 x 92{,}5}{0{,}9225 + 0{,}9604}$$

$$n = \frac{355{,}348}{1{,}8829}$$

$$n = 188{,}7$$

$$n = 189.$$

Assim, a amostra foi composta por 189 mulheres, a partir de um tamanho populacional (N) de 370 gestantes. Foi estabelecido um intervalo de confiança de 95%, sendo 1,96 o nível de significância expresso em desvio padrão (σ), erro máximo permitido (e) de 0,05 e uma prevalência (p) de 50%.

Entretanto, faz-se necessário evidenciar que foi utilizado, para o cálculo amostral, o número de gestantes nos três trimestres atendidas em 2015, visto a dinamicidade do número de gestantes por trimestres, e o fato de o referido município não dispor do quantitativo exato de mulheres em cada trimestre. Diante disso, ampliou-se a população para as gestantes nos três trimestres e estabeleceu-se um limite mínimo amostral de 189 gestantes e puérperas.

Como critérios de inclusão, foram eleitas todas as gestantes e puérperas maiores de 18 anos cadastradas e acompanhadas na rede pública de saúde, que estivessem realizando o PN na atenção básica. A idade gestacional igual ou maior a 30 semanas foi estabelecida como limite do acompanhamento PN na última consulta por considerar a realização da segunda amostra dos exames complementares, rotina no terceiro trimestre. Elegeu-se, também, como grupo amostral as puérperas até 45 dias do pós-parto, ou seja, puerpério tardio (REZENDE FILHO;

MONTENEGRO, 2014). Este limite estabelecido está relacionado com o prazo que o MS recomenda para a visita puerperal (BRASIL, 2012).

Entretanto, utilizaram-se como critérios de exclusão a gestação de alto risco, as que realizaram consultas pré-natais na rede particular ou em centros de referências. Desta forma, a amostra constituiu-se de 189 mulheres (74 gestantes/115 puérperas) selecionadas por amostragem por conveniência. Na Figura 2 estão às informações sobre o processo de seleção da amostra.

Figura 2 - Diagrama da seleção de amostra. Lavras da Mangabeira - CE, 2016.

4.3.2 Profissionais

Quanto à amostra dos profissionais que realizam pré-natal, esta foi composta por um representante (médico ou enfermeiro), perfazendo um total de 10 profissionais, sendo cinco médicos e cinco enfermeiros. Optou-se por esta amostra para que fosse incluído um profissional por ESF.

Vale salientar que este grupo amostral foi constituído por meio de uma seleção aleatória simples do tipo sorteio. Neste tipo de seleção Prodanov e Freitas (2013, p.99) defendem que “cada elemento da população tem oportunidade igual de ser incluído na amostra”. Gil (2010, p. 108) recomenda “neste tipo de amostragem seja atribuído a cada elemento do universo um número único para depois serem selecionados”, desta forma todos os profissionais médicos e enfermeiros tiveram a mesma probabilidade de participar do estudo e nenhum se negou em participar.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Para realização da coleta dos dados foram elaborados quatro formulários, a fim de extrair todas as informações relevantes para avaliação da qualidade da assistência. Isto posto, um instrumento está relacionado à caracterização dos profissionais (Apêndice D), um acerca da estrutura das ESF (Apêndice E), um referente ao processo e resultado da assistência pré-natal (Apêndice F) e outro concernente à satisfação das gestantes e puérperas quanto à assistência pré-natal (Apêndice G). Estes instrumentos contêm informações relacionadas às variáveis de interesse e que contemplem aspectos referidos anteriormente, sendo o quadro teórico baseado no referencial de Donabedian (DONABEDIAN, 1994).

Segundo Gil (2010, p. 119) “O formulário enquanto técnica de coleta de dados situa-se entre o questionário e a entrevista, logo, sua adequada aplicação exige que se considerem as recomendações referentes tanto a elaboração do questionário quanto à condição da entrevista”.

Ele é usado quando se pretende obter respostas mais amplas, com maior número de informações, dentre suas vantagens, destacam-se: ele pode ser aplicado para qualquer tipo de informante, sendo ou não alfabetizado, uma vez que pode ser preenchido pelo pesquisador (ANDRADE, 2005).

Para a utilização destes formulários foram levados em consideração os indicadores estabelecidos pelo PHPN (BRASIL, 2000), no Caderno de Atenção ao Pré-natal (BRASIL, 2012a) e as recomendações da Rede Cegonha, tendo em vista esta ter sido lançada como estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito do planejamento reprodutivo e a atenção humanizada no ciclo gravídico-puerperal, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e saudável (BRASIL, 2011a).

Nos instrumentos de avaliação foram considerados os aspectos relacionados à estrutura física, recursos humanos, assistência ofertada, materiais disponíveis para assistência, disponibilidade laboratorial para realização dos exames, instrumentos de registros da assistência oferecida as gestantes, medicamentos necessários e redes de apoio integral para assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Assim, o formulário da coleta dos dados referente à estrutura foi adaptado com base em um instrumento validado por Rocha (2011) e Morais (2013), este permitiu a coleta de informações estruturais para análise referente às 10 ESF de Lavras da Mangabeira.

O formulário referente à avaliação do processo e do resultado foi baseado no instrumento de coleta desenvolvido por Corrêa (2014) e no Índice de *Kesnner* modificado por Coutinho (2002), onde os mesmos são constituídos especificamente por variáveis relacionadas à caracterização sócio-demográfica e econômica, ao perfil obstétrico e à atenção pré-natal, bem como os indicadores referentes à consulta puerperal, que segundo o Ministério da Saúde, a assistência puerperal determina a conclusão do pré-natal (BRASIL, 2011b).

O Índice de *Kesnner* modificado por Coutinho (2002) no nível um é calculado combinando o número de consultas de PN com a idade gestacional em que foi iniciado, classificando-a em adequada, inadequada e intermediária, conforme a seguir: A) Adequado – início do 1º trimestre (≤ 14 semanas) e seis ou mais consultas; B) Inadequado – Início no 3º trimestre (> 28 semanas), duas consultas ou menos; C) Intermediário– as demais situações (MORAIS, 2013).

A qualidade da assistência pré-natal perpassa também pela percepção das gestantes e puérperas, desta forma, incluiu-se um formulário direcionado à opinião das participantes do estudo acerca da qualidade da assistência pré-natal recebida

durante sua gestação. Neste formulário, as mulheres poderiam quantificar de acordo com sua satisfação a qualidade desta assistência dando uma nota de zero a 10.

Os instrumentos utilizados para coleta dos dados passaram por uma avaliação e foram pré-testados em um teste piloto com cinco mulheres, as quais não compuseram a amostra. Este teste foi utilizado a fim de identificar possíveis falhas ou viés possibilitando as correções necessárias, mas, não houve necessidade de modificações.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados em duas etapas, considerando as diferentes unidades de saúde onde ocorreram as coletas, as diferentes amostras (gestantes, puérpera, profissional) e a aplicação de quatro formulários.

A primeira etapa foi uma entrevista para preenchimento do formulário junto aos profissionais de saúde que atuavam na assistência pré-natal da Estratégia Saúde da Família (ESF). A entrevista com estes profissionais foi previamente agendada e realizada pelo pesquisador em ambiente privativo. Na ocasião foi solicitada a participação do profissional mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste momento, também foram observados aspectos relacionados à estrutura das unidades, visando atender um dos objetivos do estudo.

A segunda etapa foi realizada mediante contato inicial com os enfermeiros em suas respectivas ESF. Neste momento, o pesquisador, junto aos enfermeiros, construiu uma lista para facilitar a coleta, com informações referentes às gestantes e puérperas. Estas informações foram: nome, idade gestacional, endereço e seu respectivo agente comunitário de saúde.

Como era rotina neste município, as consultas pré-natais ocorrerem um dia por semana e no mesmo dia em todas as ESF precisou-se organizar uma programação específica para o agendamento em cada unidade de saúde, bem como a organização da coleta em seus domicílios a fim de obter consentimento formal para realização da pesquisa, logo em seguida foi agendada a coleta.

Para otimizar essa etapa, o pesquisador em uma reunião da associação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais responsáveis pela cobertura de

cada microárea, procurou o apoio dos mesmos que serviram de ponte entre usuárias e pesquisador.

No domicílio, o pesquisador solicitou à usuária um local reservado para evitar intervenção do ACS e pediu a usuária seu cartão de pré-natal, documento de portabilidade obrigatória da gestante, fonte de informações e referência imediata para a continuidade da atenção nos serviços referenciados (MORAIS, 2013).

Também foi procurado o apoio do CREAS (Centro de Referência de Assistência Social) solicitando o espaço para que em uma de suas reuniões com as gestantes fosse apresentada a pesquisa e agendada a coleta com as participantes. Assim, a figura 3 apresenta esquematicamente os estágios das coletas dos dados que ocorreram entre os meses de março, abril e maio de 2016.

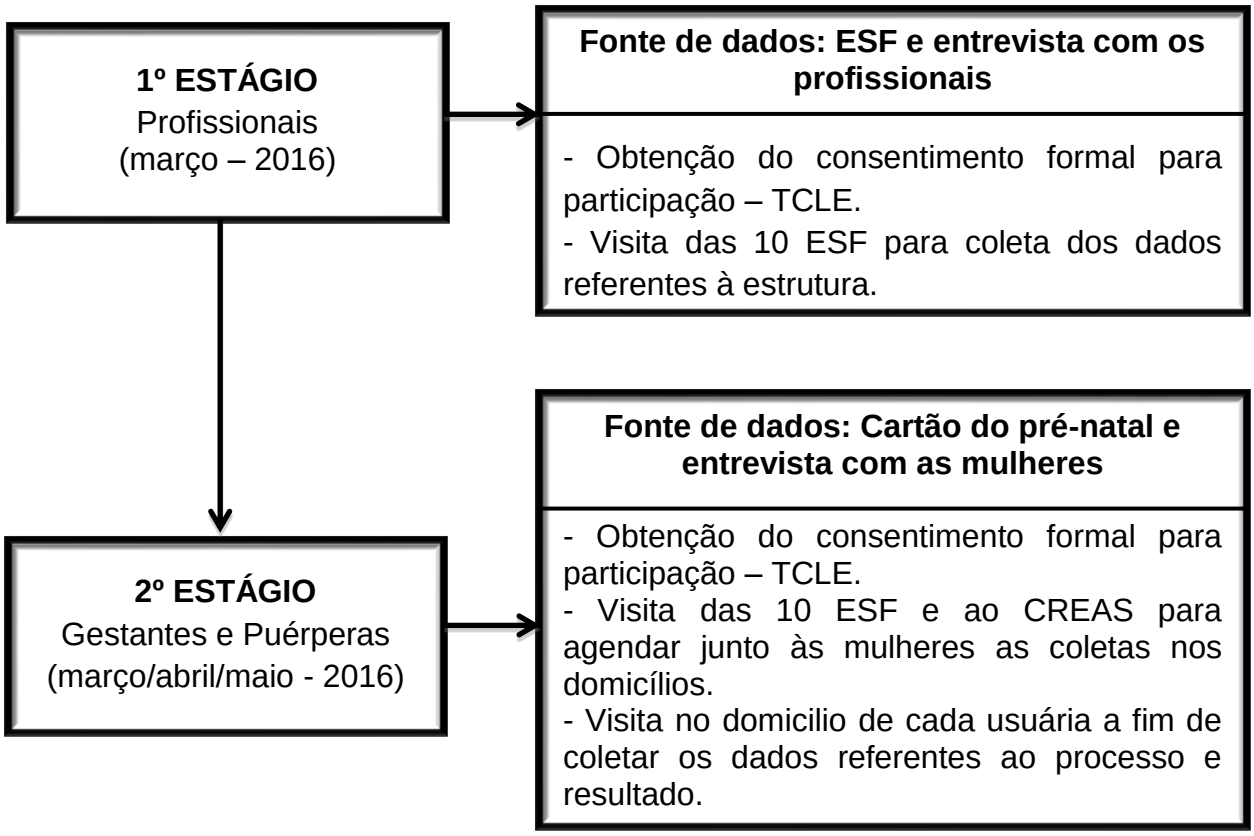

Figura 3 - Fluxograma de coleta dos dados. Lavras da Mangabeira - CE, 2016.

4.6 Organização, apresentação e análise dos dados

Após a coleta dos dados empíricos, eles foram digitados e armazenados no programa Excel for Windows versão 2010. Para uma melhor visualização e entendimento das variáveis estudadas foram organizados e apresentados em tabelas confeccionadas pelo *Microsoft Word*2010. As análises estatísticas referentes à estrutura foram realizadas pelo *software QtiPlot* versão 0.9.8.6 (GOMES, 2009) e apresentados em forma de figuras.

Na avaliação da estrutura utilizou-se pontuação a cada variável de acordo com as seguintes especificações: zero para insatisfatório ou inexistente; cinco pontos quando fossem parcialmente atendidas as recomendações; e dez pontos quando o quesito fosse totalmente atendido (ROCHA, 2011). Dessa forma, a pontuação para os quesitos, após a adequação à realidade local, foi distribuída entre: recursos humanos, máximo de 110 pontos; planta física, 60 pontos; recursos materiais, 180 pontos; instrumentos de registros, 50 pontos; apoio laboratorial, 190 pontos; medicamentos essenciais, 100 pontos e sistema de referência e contrarreferência, máximo 30 pontos, podendo cada ESF chegar a um máximo de 720 pontos.

Usando como base as pontuações acima, Rocha (2011) apresenta a seguinte classificação para as ESF: “ótimas” (90% a 100% do total de pontos); “satisfatória” (75% a 89,9%); “precárias” (50% a 74,9%) e “insuficientes” (49,9% ou menos).

Para avaliação dos registros de alguns procedimentos clínico-obstétricos foi utilizada a classificação adaptada de acordo com Morais (2013), considerando adequada quando há cinco ou mais registros, parcialmente realizado, quando há de três a quatro registros e insuficiente quando há um a dois registros.

Os dados foram agrupados em frequências absoluta e relativa, com distribuições percentuais para variáveis categóricas. Realizou-se, ainda, análise entre as variáveis independentes (dados maternos e sociodemográficos) e dependentes (índices de qualidade do pré-natal sob a perspectiva dos profissionais e das mulheres usuárias).

A discussão dos resultados encontrados foi realizada à luz de publicações científicas sobre a temática, dialogando sobre suas semelhanças, diferenças e contribuições para o aprofundamento crítico da temática.

4.7 Aspectos éticos e legais

Para o desenvolvimento da pesquisa foram seguidos os preceitos éticos contidos na Resolução N. 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b).

O trabalho seguiu os dispositivos da referida resolução, onde o projeto da pesquisa foi submetido à plataforma Brasil que o encaminhou para apreciação e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri. O referido CEP aprovou o mesmo sob parecer de N^0. 1.367.302, após aprovação foi iniciado o procedimento de coleta dos dados.

Os participantes da pesquisa, profissionais e usuárias, emitiram anuência em participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A e B), onde na ocasião foram esclarecidos de forma oral e escrita os objetivos do estudo. Após assinado em duas vias o termo, uma ficou com o pesquisador para arquivar e a outra foi entregue aos participantes.

O município envolvido no estudo foi convidado também para participar de forma voluntária da pesquisa com consentimento formalizado, mediante assinatura, pelo secretário municipal da saúde, do Termo de Fiel Depositário (Apêndice C).

Foi solicitado aos selecionados para o estudo, a autorização para publicação dos dados em congressos relacionados à saúde e em revistas científicas. Além de que, foram assegurados aos participantes da pesquisa os princípios da autonomia, do anonimato e da não-maleficência.

5 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados aspectos relativos à caracterização dos profissionais e das mulheres participantes do estudo, os indicadores do componente estrutura, processo e resultados da atenção pré-natal desenvolvida na ESF do município de Lavras da Mangabeira – CE, por fim a satisfação das usuárias sobre a assistência recebida.

5.1 Caracterização dos profissionais

Quanto à caracterização desses profissionais, seis (60%) eram do sexo masculino, todos possuíam especialização em diversas áreas sendo que quatro (40%) eram especialistas em Saúde da Família e apenas um (10%) em materno infantil, no entanto, nenhum dos entrevistados possuía mestrado ou doutorado. O tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família variou de dois a 18 anos, com tempo médio de nove anos.

5.2 O componente estrutura

Nesta seção serão apresentados os indicadores avaliados referentes à estrutura das ESF: recursos humanos, planta física, recursos materiais, apoio laboratorial, instrumento de registros, medicamentos essenciais, sistema de referência e contra referência.

As equipes de saúde avaliadas receberam abreviação conforme a seguir: (Ar) Arrojado; (Ib) Iborepi; (Am) Amaniutuba; (Ma) Mangabeira; (Q1) Quitaius 1; (Q2) Quitaius 2; (S1) Sede 1; (S2) Sede 2; (S3) Sede 3 e (S4) Sede 4, estas foram classificadas de acordo em três categorias, (I) insuficientes; (P) precárias; (S) satisfatórias e (O) ótimas.

No critério de avaliação recursos humanos, das ESF avaliadas 50% foram classificadas como precárias e 50% insuficientes. A ESF Sede 3 foi classificada exclusivamente como precária, no entanto, as equipes de Arrojado, Amaniutuba, Mangabeira e Sede 4consideradas como precária variaram no seu limite mínimo de desvio padrão(DP) para insuficiente. Apenas a ESF Sede 2 classificada como insuficiente possui um DP para precária (FIGURA 4).

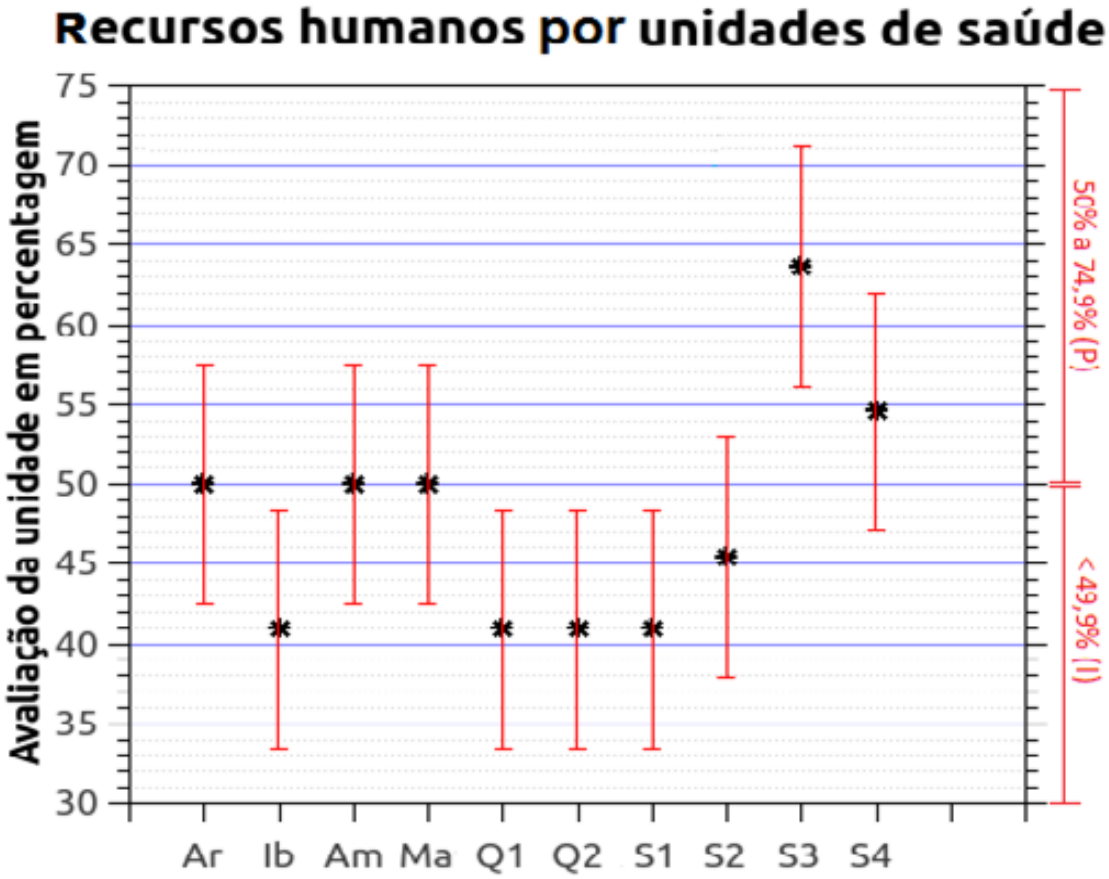

Figura 4 - Recursos humanos por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

A Figura 5 ilustra que 70% das ESF apresentaram uma planta física inadequada para oferecer assistência pré-natal. As ESF Arrojado, Iborepi, Quitaius 1, Quitaius 2, Sede 1, Sede 2 foram classificadas como precárias e a Sede 4 obteve a pior classificação (insuficiente). Melhores classificadas foram as equipes Sede 3 e Amaniutuba (20%), classificando-se como ótimas e a de Mangabeira (10%) como satisfatória.

Figura5 - Planta física por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

De acordo com a Figura 6,70% das equipes de saúde foram classificadas entre satisfatória e ótima na avaliação dos recursos materiais. As equipes Iborepi e Sede 2 obtiveram melhor classificação (ótima). Arrojado, Mangabeira, Quitaius 2, Sede 1 e Sede 3 foram classificadas como satisfatórias, sendo que duas dessas (Sede 1 e Sede 3) estão com limite mínimo de DP dentro da classificação precária. As equipes com a pior classificação foram Amaniutuba, Quitaius 1 e Sede 4, consideradas como precárias.

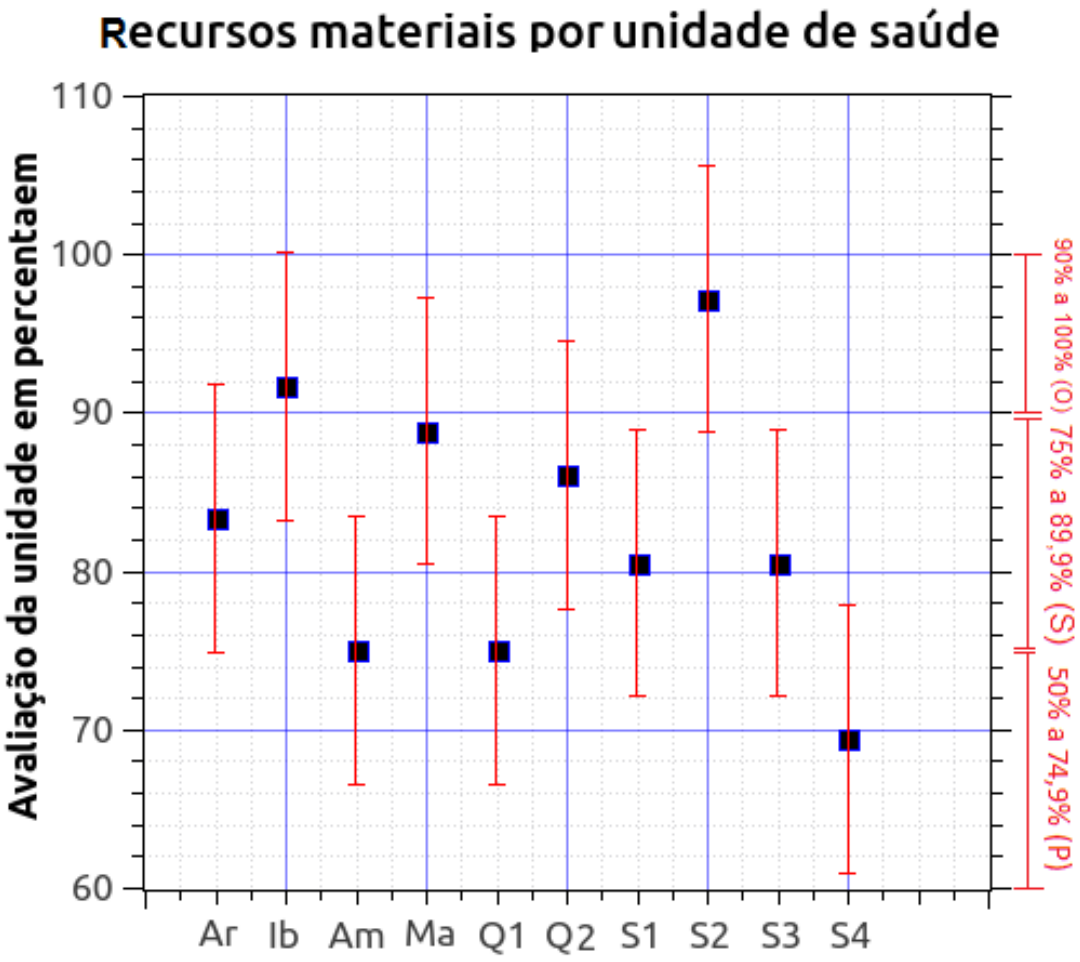

Figura 6 – Recursos materiais por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

A Figura 7 ilustra que as ESF avaliadas encontravam-se desprovidas de apoio laboratorial, sendo que 100% foram classificadas entre precárias e insuficientes. As equipes de Quitaius 1, Sede 1 e Sede 2 classificadas como insuficientes encontravam-se em pior situação. Tomando por base o DP das classificadas como precárias, três (30%), Arrojado, Iborepi e Sede 4 estão com limite mínimo dentro da classificação insuficiente.

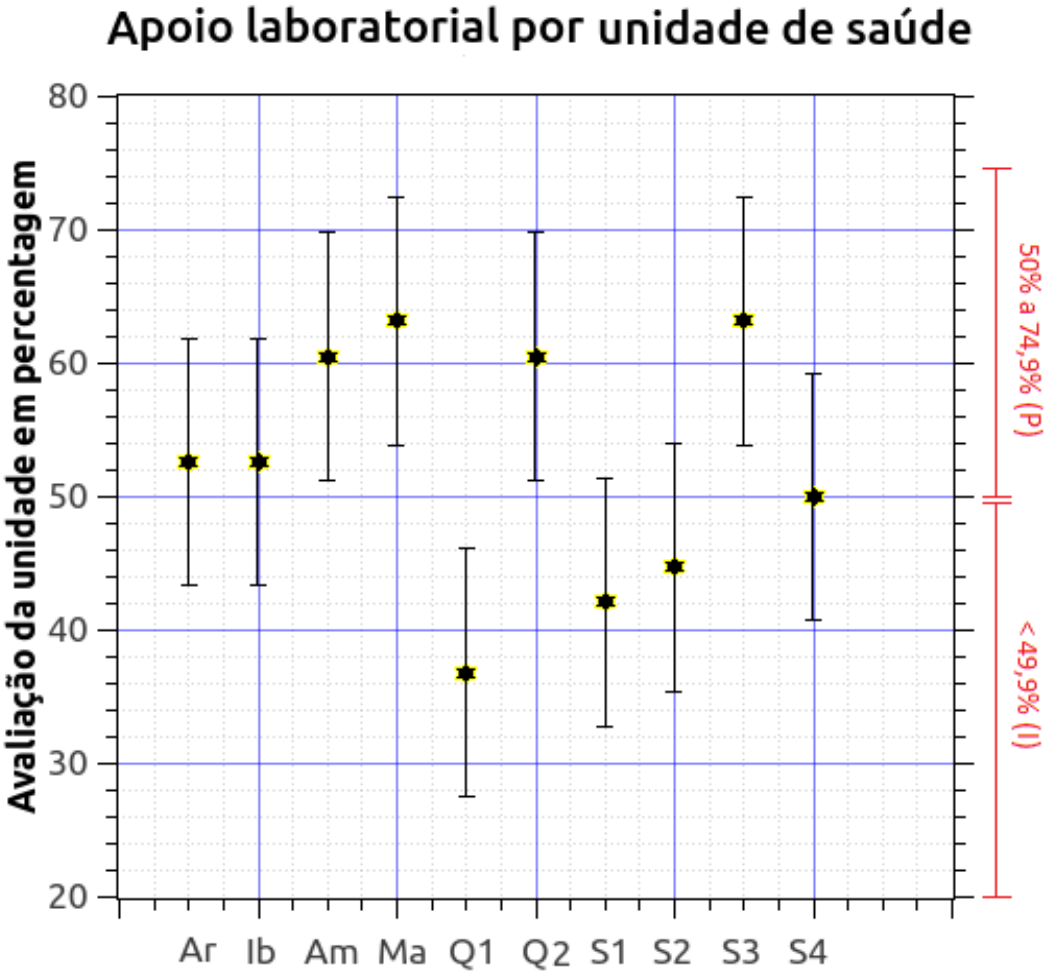

Figura 7 – Apoio laboratorial por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

A partir dos dados ilustrados na Figura 8 pode-se observar que as equipes analisadas possuíam em suas dependências instrumentos para registrar as informações referentes à assistência pré-natal, tendo em vista seis (60%) serem classificadas como ótimas, Arrojado, Iborepi, Mangabeira, Quitaius 1, Sede 1 e Sede 2. Quatro (40%) como satisfatórias. Observa-se que não houve variância nos dados ilustrados. É preciso esclarecer que esta classificação deu-se a partir da verificação da existência dos instrumentos e se estes estavam sendo preenchidos durante as consultas.

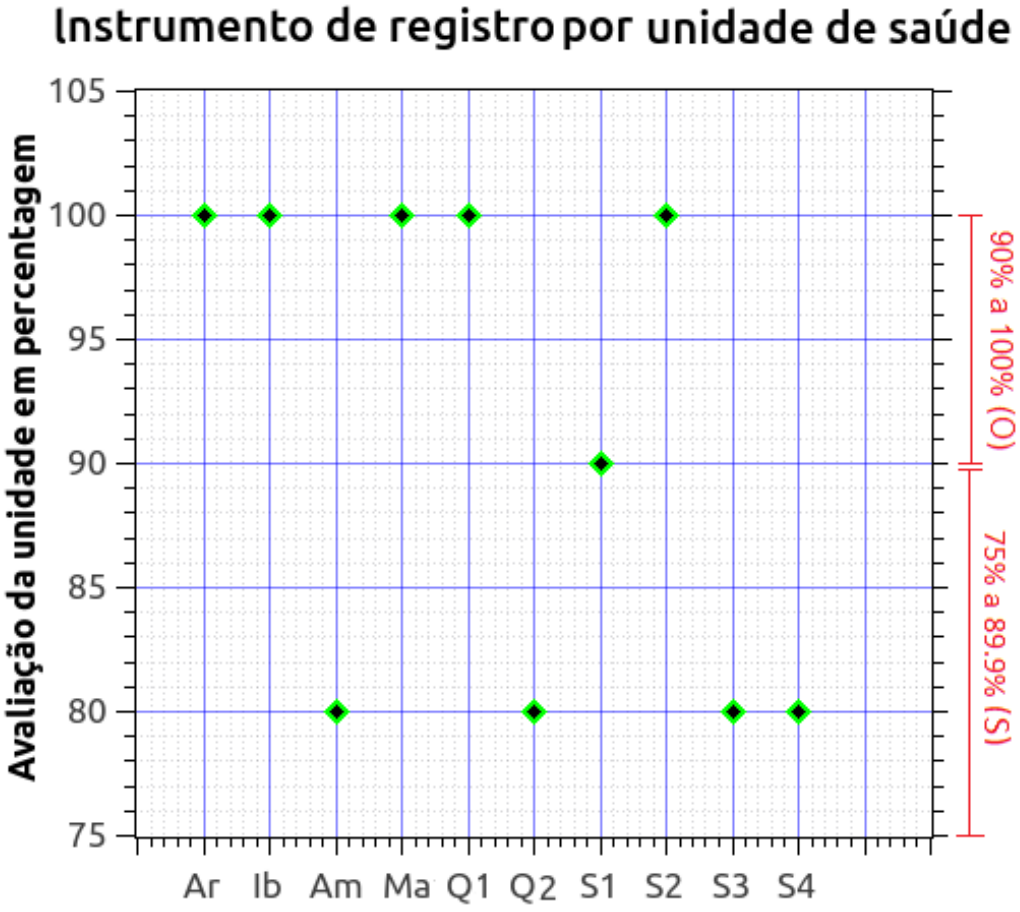

Figura 8 – Instrumentos de registro por unidade de saúde segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

A Figura 9 ilustra que as ESF avaliadas não estavam adequadas quanto a disponibilidades dos medicamentos essenciais a serem utilizados durante a gestação. Das 10 ESF avaliadas, 80% classificaram-se como precária, Arrojado, Iborepi, Amaniutuba, Mangabeira, Quitaius 2, Sede 1, Sede 2 e Sede 3. As equipes de Quitaius 1 e Sede 4 (20%) foram classificadas como insuficiente, caracterizando-as como as equipes em piores condições na dispensação desses medicamentos. Entretanto, o DP das equipes remete que das oito consideradas precárias, duas estão com limite mínimo dentro das condições insuficiente.

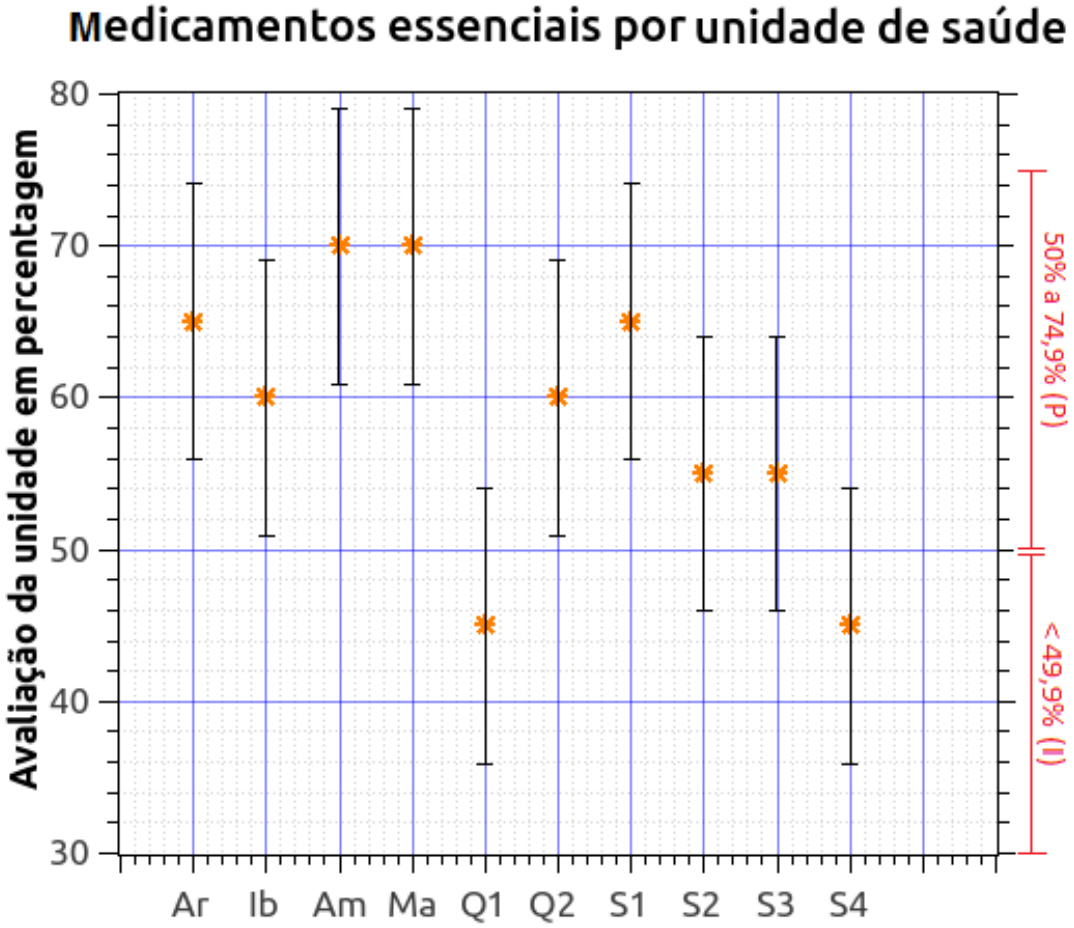

Figura 9 – Medicamentos essenciais por unidade de saúde segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

Na Figura 10 ilustra-se a situação do sistema que referenciam e contrarreferenciam as gestantes dentro da rede de atenção à saúde. Dentre as equipes avaliadas a do distrito de Amaniutuba foi a melhor, classificada como satisfatória, enquanto que as demais (90%) foram categorizadas entre precária e insuficiente. O DP mostra em seu limite mínimo que as equipes de Mangabeira e Quitaius 2, classificadas como precárias variam para insuficiente.

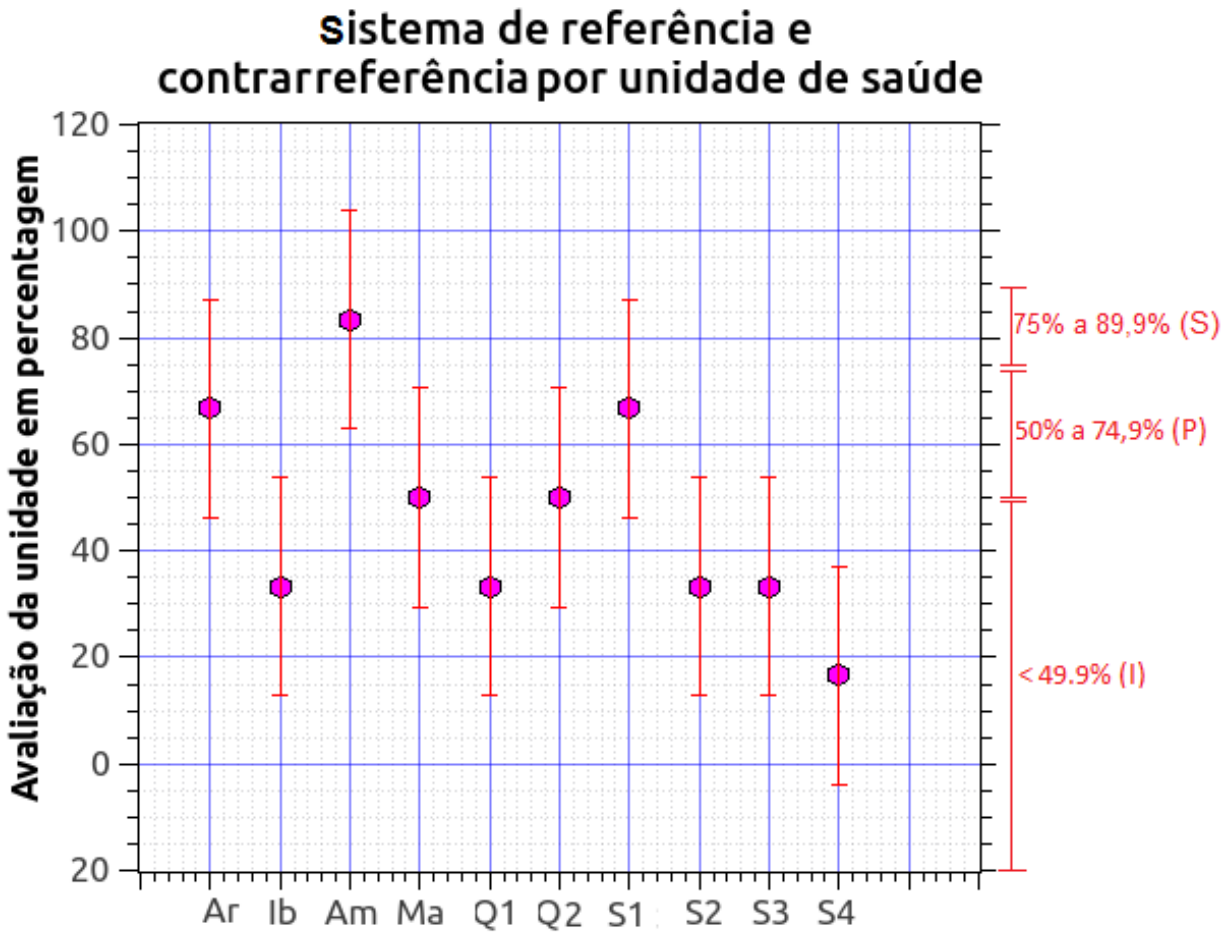

Figura 10 – Sistema de referência e contrarreferência por unidade de saúde, segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

Para classificar a situação geral do município em cada critério avaliado: recursos humanos, planta física, recursos materiais, instrumento de registros, apoio laboratorial/exames, medicamentos essenciais, sistema de referência e contrarreferência, fez-se o percentual geral das 10 equipes em cada categoria avaliada, este percentual foi utilizado para classificação municipal.

A Figura 11 ilustra a classificação global do município em cada critério. Lavras da Mangabeira apresentou-se como insuficiente nos critérios recursos humanos e sistema de referência/contrarreferência; precário em planta física, apoio laboratorial e medicamentos essenciais. Apenas nos critérios recursos materiais e instrumentos de registros foi classificado como satisfatório e ótimo, respectivamente. Foi somada a pontuação obtida pelas 10 equipes em cada critério avaliado e fez-se o percentual, este percentual obtido serviu de referencia para a classificação geral do município em cada critério.

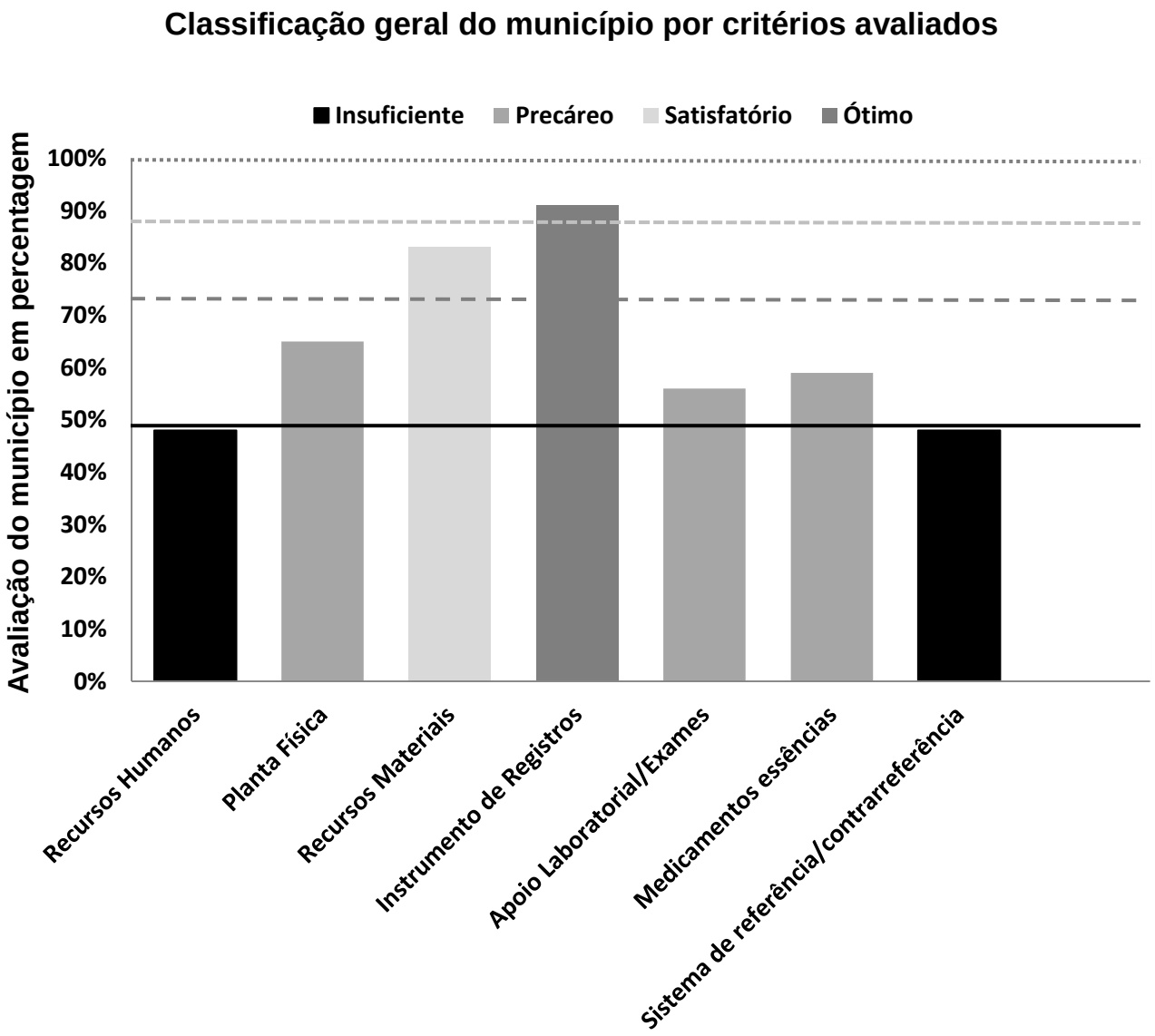

Figura 11 – Classificação do município segundo os critérios avaliados. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

Para realizar esta classificação ilustrada na Figura 12 foram somados os pontos obtidos pela ESF em cada critério e chegou-se a uma pontuação total, desta foi calculada a porcentagem geral da equipe tendo como referência a pontuação máxima dos sete critérios (720 pontos=100%), logo, fez-se a classificação de cada ESF. Das dez equipes, nove (90%) foram classificadas como precária e uma (10%), a de Quitaius 1, em pior situação, considerada como insuficiente.

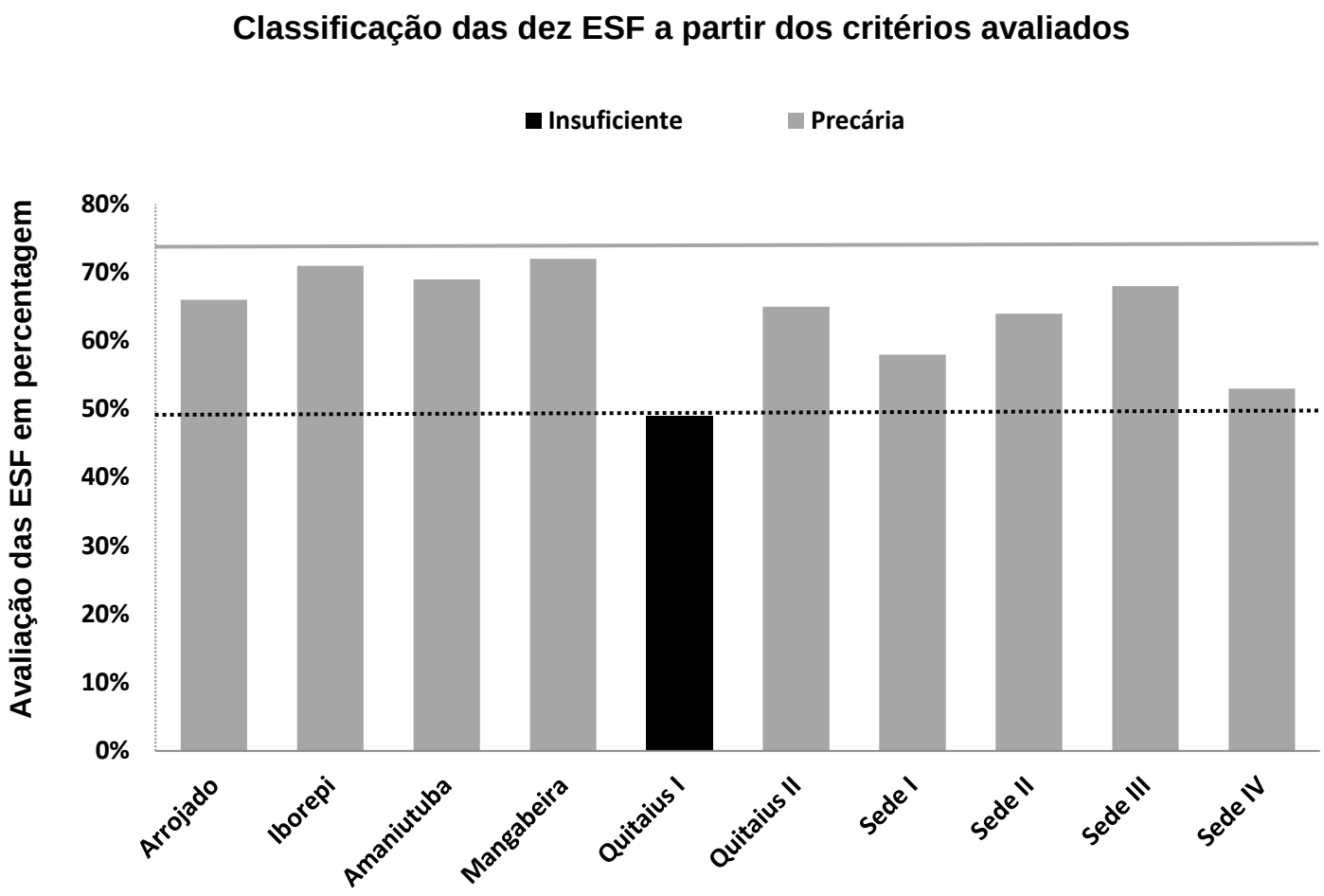

Figura 12 – Avaliação da estrutura das ESF segundo critérios de avaliação. Lavras da Mangabeira – CE, 2016.

5.3 O componente processo

Das 189 mulheres participantes do estudo, 40,2% estavam na faixa etária de 18 a 23 anos, com idade média de 24,9 (mínima de 18 e máxima de 48 anos). Foi registrado nos cartões que 66,6% possuíam a cor parda, no entanto, 77,7% das cadernetas não possuíam informações sobre a cor da pele. A maioria, 46,4% possuía Ensino Médio Completo, 89,6% convivia com companheiro e filhos, 57,3% estavam casadas e 62,5% sobreviviam da agricultura. Observa-se que 84,6% e 95,7% dos cartões não tiveram registros nos campos: situação familiar e ocupação respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres conforme as variáveis sociodemográficas. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189).

Variáveis		
Idade (média)	24,9	
	n	**%**
Faixa etária (anos)		
18–23	76	40,2
24– 29	59	31,2
30– 35	39	20,6
> 35	15	7,9
Raça/cor (n=42)		
Branca	11	26,1
Parda	28	66,6
Preta	3	7,1
Sem registro	147	77,7
Escolaridade (n=157)		
Nenhuma	10	6,3
E.M.I	60	38,2
E.M.C	73	46,4
E.S.I	11	7,0
E.S.C	3	1,8
Sem registro	32	16,9
Situação Familiar (n= 29)		
Companheiros e filhos	26	89,6
Companheiros e sem filhos	1	3,4
Companheiro/filhos/familiares	2	6,8
Sem registro	160	84,6
Estado Civil (n= 164)		
Casada	94	57,3
Solteira	36	21,9
Solteira com união estável	33	20,1
Separada/divorciada	1	0,6
Sem registro	25	13,2
Ocupação (n= 8)		
Dona de casa	3	37,5
Agricultora	5	62,5
Sem registro	181	95,7

E.M.I.: Ensino médio incompleto; E.M.C.: Ensino médio completo; E.S.I.: Ensino superior incompleto; E.M.C: Ensino superior completo.

A tabela 2 mostra que 88,3% dos antecedentes pessoais foram registrados nos cartões. Em 69,4% das mulheres não apresentou infecção urinária, das 51(30,5%) acometidas por este agravo, 84,3% foi submetida ao tratamento. Não

eram hipertensas 98,4% das mulheres; 82,0% nunca tinham sido submetidas à cirurgia pélvica; 98,9% não apresentou infecção sexualmente transmissível (IST); 89,4% não eram fumantes; 90,4% não consumiam álcool e 95,8% não apresentava outros antecedentes. Quanto aos antecedentes: infertilidade, diabetes, cardiopatias, malformação e uso de outras drogas em 100% dos cartões não havia registros.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres conforme antecedentes pessoais. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189)

Variáveis	n	%
Antecedentes pessoais		
Registrados	167	88,3
Sem registros	22	11,6
Infecção Urinária (n=167)		
Não	116	69,4
Sim	51	30,5
Tratada (n=51)		
Não	8	15,6
Sim	43	84,3
Infertilidade		
Não	189	100,0
Cardiopatia		
Não	189	100,0
Diabetes		
Não	189	100,0
Hipertensão		
Não	186	98,4
Sim	3	1,5
Cirurgia pélvica		
Não	155	82,0
Sim	34	17,9
Malformação		
Não	189	100,0
IST		
Não	187	98,9
Sim	2	1,0
Fuma		
Não	169	89,4
Sim	20	10,5
Álcool		
Não	171	90,4
Sim	18	9,5
Outras drogas		
Não	189	100,0
Outros antecedentes (n=167)		
Não	160	95,8
*Sim	7	4,1

* Asma; Desnutrição; Depressão. IST: Infecção Sexualmente Transmissível.

Na tabela 3 estão expostos dados dos antecedentes obstétricos e neonatais. A média de gestações foi de 1,6, a do número de filhos vivos atuais de 1,2 e de partos vaginais 0,9 superior ao de cesáreos 0,2. O intervalo de gestação em anos foi em média 2,1. Quanto o peso do último RN, 89,2% nasceu com peso entre 2.500 a 4.000g sendo 2.400g a média de peso desses RN.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres conforme antecedentes obstétricos e neonatais. Lavras da Mangabeira - CE, 2016.

Variáveis	*M	
N. de Gestação	1,6	
N. de partos vaginais	0,9	
Partos cesáreos	0,2	
N. de abortos	0,1	
N. de filhos vivos	1,2	
N. de natimortos	0,02	
N. de filhos vivos atuais	1,2	
Intervalos de Gestações (anos)	2,1	
Peso do último RN	2.400	
Peso do último RN (gramas)	**n (**112)**	**%**
<2.500	10	8,9
2.500 – 4.000	100	89,2
>4.000	2	1,7

* Média. **Quantidades de RN.

Apresentando as informações sobre a gestação atual, a tabela 4 mostra que foram registradas 99,4% da data da última menstruação (DUM) e a média de idade gestacional (IG) que iniciou o PN (11,3 semanas). O registro de 100% das consultas foi realizado evidenciando uma quantidade média de 6,4 por cada mulher. A média de consultas por trimestre foi de 1,0 no primeiro, 2,6 no segundo e 2,5 no terceiro. O intervalo em dias entre as consultas foi de 29,2 no primeiro; 27,1 no segundo e 23,5 no terceiro, no entanto, a média da IG da última consulta foi 35 semanas. Quanto à administração dos imunobiológicos durante a gestação, 96,2% das mulheres receberam a vacina contra o tétano, 85,1% da hepatite B e 69,8% da influenza.

A tabela mostra também que em 82,5% dos cartões não havia registros de encaminhamentos e 84,1% das cadernetas da gestante estavam sem informações sobre a avaliação do risco gestacional.

Tabela 4 – Informações registradas sobre a gestação atual (n = 189). Lavras da Mangabeira - CE, 2016.

Variáveis	n	%
DUM		
Não	1	0,5
Sim	188	99,4
Media da IG que iniciou o PN (semanas)	11,3	
Número de consultas registradas	189	100,0
Média do número de consultas	6,4	
Média de consultas por trimestre		
1º	1,0	
2º	2,6	
3º	2,5	
Média da IG da última consulta PN (semanas)	35	
Intervalo entre as consultas (Média/dias)		**Média**
1-2	30	
2-3	29	29,2
3-4	30	
4-5	30	
5-6	27	27,1
6-7	25	
7-8	25	
8-9	24	23,5
9-10	22	
Encaminhamentos		
Não	32	16,9
Sim	1	0,5
Sem registro	156	82,5
Imunização contra Tétano		
Não	2	1,0
Sim	182	96,2
Sem registro	5	2,6
Imunização contra Hepatite B		
Não	15	7,9
Sim	161	85,1
Sem registro	13	6,8
Imunização contra Influenza		
Não	31	16,4
Sim	132	69,8
Sem registro	26	13,7
Risco gestacional		
Não	19	10,0
Sim	11	5,8
Sem registro	159	84,1

O índice de *Kesnner* modificado por Coutinho (2002), especificamente do nível um, avalia a assistência PN a partir da IG que iniciou o acompanhamento (antes de 14 semanas) e da quantidade de consultas realizadas (realização de seis ou mais consultas).

Desta forma, a análise do acompanhamento PN a partir desse índice permitiu classificar a assistência PN do município de Lavras da Mangabeira como adequada, tendo em vista que 86,7% das gestantes tiveram acesso ao PN no período recomendado e realizaram no mínimo seis consultas. Apenas um PN realizado foi classificado como inadequado (TABELA 5).

Tabela 5 – Classificação do grau de adequação segundo o índice de *Kesnner* modificado por Coutinho 2002. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189)

Índice de *Kesnner*	n	%
Adequado	164	86,7
Intermediário	24	12,6
Inadequado	1	0,5

Os dados expostos na tabela 6 mostram a frequência dos registros e procedimentos clínico-obstétricos realizados pelos profissionais: 90,4% calcularam a IG; em 86,2% dos cartões havia registros dos pesos das gestantes; 95,7% aferiram a pressão arterial; 78,8% mediram a altura do fundo uterino (AFU) e 81,4% realizaram a ausculta fetal.

Quanto às lacunas observadas na mesma tabela, 83,0% não calcularam o índice de massa corporal (IMC); 58,7% não registram informações no gráfico nutricional; 52,9% deixaram de preencher o gráfico da altura uterina. A média do peso inicial das gestantes foi 57,8 Kg, do final 66,7 Kg e a média da estatura foi de 150 centímetros.

Tabela 6– Procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal. Lavras da Mangabeira – CE, 2016. (n = 189)

Variáveis	n	%
Cálculo da IG		
Realizado	171	90,4
Parcialmente realizado	11	5,8
Insuficiente	4	2,1
Sem registro	3	1,5
Peso		
Realizado	163	86,2
Parcialmente realizado	11	5,8
Insuficiente	0	0,0
Sem registro	15	7,9
IMC		
Realizado	23	12,1
Parcialmente realizado	5	2,6
Insuficiente	4	2,1
Sem registro	157	83,0
Preenchimento do gráfico nutricional		
Realizado	42	22,2
Parcialmente realizado	21	11,1
Insuficiente	15	7,9
Sem registro	111	58,7
Preenchimento do gráfico AFU/IG		
Realizado	53	28,0
Parcialmente realizado	21	11,1
Insuficiente	15	7,9
Sem registro	100	52,9
Pressão Arterial		
Realizado	181	95,7
Parcialmente realizado	4	2,1
Insuficiente	1	0,5
Sem registro	3	1,5
AFU (a partir da 13ª semana)		
Realizado	149	78,8
Parcialmente realizado	36	19,0
Insuficiente	3	1,5
Sem registro	1	0,5
Ausculta de BCF (>14ª semana)		
Realizado	154	81,4
Parcialmente realizado	30	15,8
Insuficiente	3	1,5
Sem registro	2	1,0

Os procedimentos registrados nas cadernetas foram: avaliação do movimento fetal (70,8%); registro da apresentação fetal (30,1%); análise da presença de edema (60,3%); prescrição do acido fólico para as usuárias (86,7%); suplementação do ferro (90,4%). Observou-se também nos registros do cartão que apenas 4,2% tiveram avaliação do risco gestacional; em 61,3% não havia registro de hospitalização; em 82,0% ausência de orientações sobre amamentação e 69,3% não registrou consulta odontológica (TABELA 7).

Tabela 7– Procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a atenção pré-natal. Lavras da Mangabeira – CE, 2016. (n= 189)

Variáveis	n	%
Movimento Fetal (após 20ª semana)		
Realizado	134	70,8
Parcialmente realizado	32	16,9
Insuficiente	21	11,1
Sem registro	2	1,0
Apresentação Fetal (após 28ª semana)		
Realizado	57	30,1
Parcialmente realizado	39	20,6
Insuficiente	40	21,1
Sem registro	53	28,0
Avaliação do Risco gestacional		
Realizado	8	4,2
Parcialmente realizado	7	3,7
Insuficiente	8	4,2
Sem registro	166	87,8
Edema		
Realizado	114	60,3
Parcialmente realizado	19	10,0
Insuficiente	12	6,3
Sem registro	44	23,2
Prescrição de Ácido Fólico		
Não	*10	5,2
Sim	164	86,7
Sem registro	15	7,9
Suplementação de ferro		
Não	1	0,5
Sim	171	90,4
Sem registro	17	8,9
Hospitalização		
Não	72	38,0
Sim	1	0,5
Sem registro	116	61,3
Orientações sobre amamentação		
Não	155	82,0
Sim	34	17,9
Consultas Odontológicas		
Não	131	69,3
Sim	23	12,1
Sem registro	35	18,5

Quanto aos exames realizados no PN, no primeiro trimestre, 99,5% realizaram ABO/RH, apenas uma, 7,6%, realizou o *coombs* indireto, 96,8% realizaram o VDRL, uma apresentou resultado reagente e teve acesso ao tratamento, no entanto, não houve registro no cartão se o parceiro foi tratado. Sobre a realização da testagem HIV, 74,6% realizou o teste, sem positividade e 69,3% fizeram a sorologia para Hepatite B. Na 30ª semana houve um declínio, especificamente nas sorologias, 62,4% realizou o VDRL, todos negativos, 71,4% não repetiram a sorologia para hepatite B e 76,7% não realizaram o HIV (Tabela 8).

Tabela 8 – Exames laboratoriais realizados durante a atenção pré-natal. Lavras da Mangabeira – CE, 2016. (n = 189)

Variáveis	n	%
Sistema ABO/Rh		
Sim	188	99,5
***Coombs* Indireto (Rh-) (n=13)**		
Não	3	23,0
Sim	1	7,6
Sem registro	9	69,2
VDRL		
Não	6	3,1
Sim	183	96,8
VDRL + Tratou a gestante		
Sim	1	100,0
VDRL + Tratou o parceiro		
Sem registro	1	100,0
VDRL na 30ª semana		
Não	53	28,0
Sim	118	62,4
Sem registro	18	9,5
VDRL + Tratou a gestante/ VDRL + tratou o parceiro		
Não se aplica	118	100,0
Anti-HIV		
Não	36	19,0
Sim	141	74,6
Sem registro	12	6,3
Anti-HIV na 30ª semana		
Não	145	76,7
Sim	40	21,1
Sem registro	4	2,1
Hepatite B (HBsAg)		
Não	47	24,8
Sim	131	69,3
Sem registro	11	5,8
Hepatite B na 30ª semana		
Não	135	71,4
Sim	21	11,1
Sem registro	33	17,4

Na tabela 9 contém informações de outros exames que foram avaliados. No primeiro trimestre, 69,8% realizaram a sorologia para toxoplasmose; 93,6% hemograma completo (Hb/Ht); 93,1% urina tipo 1; 5,2% a urocultura e 95,7% glicemia de jejum. Na 30ª semana, 54,4% fizeram o hemograma completo; 51,3% urina tipo 1; 5,2% a urocultura e 55,5% a glicemia de jejum. Apenas 9,5% das mulheres realizaram a citologia oncótica.

Tabela 9 – Exames laboratoriais realizados durante a atenção pré-natal. Lavras da Mangabeira – CE, 2016. (n = 189)

Variáveis	n	%
Toxoplasmose (IgM/IgG)		
Não	47	24,8
Sim	132	69,8
Sem registro	10	5,2
Hb/Ht		
Não	8	4,2
Sim	177	93,6
Sem registro	4	2,1
Hb/Ht na 30ª semana		
Não	50	26,4
Sim	103	54,4
Sem registro	36	19,0
Urina tipo I		
Não	9	4,7
Sim	176	93,1
Sem registro	4	2,1
Urina tipo I na 30ª semana		
Não	83	43,9
Sim	97	51,3
Sem registro	9	4,7
Urocultura		
Não	139	73,5
Sim	10	5,2
Sem registro	40	21,1
Urocultura na 30ª semana		
Não	147	77,7
Sim	10	5,2
Sem registro	46	24,3
Glicemia de jejum		
Não	5	2,6
Sim	181	95,7
Sem registro	3	1,5
Glicemia de jejum na 30ª semana		
Não	67	35,4
Sim	105	55,5
Sem registro	17	8,9
Citologia Oncótica		
Não	112	59,2
Sim	18	9,5
Sem registro	59	31,2
Ultrassonografia	189	100

5.4 O Componente resultado

A tabela 10 traz dados sobre o desfecho materno, 65,2% das puérperas pariram por via vaginal, com média de idade gestacional de 39,7 semanas. Não houve morte materna, nem neonatal, no entanto, ocorreram dois óbitos fetais. Dos 113 nascidos vivos, 93,8% apresentaram APGAR no primeiro minuto maior que sete e no quinto 100% obtiveram índice maior que sete. Quanto ao peso, 92,1% pesaram entre 2.500 a 4.000 gramas.

Tabela 10 – Distribuição das mulheres conforme o desfecho da gestação. Lavras da Mangabeira - CE, 2016. (n = 189)

Variáveis	n	%
Tipo de parto (n= 115)		
Vaginal	75	65,2
Cesáreo	40	34,7
*Não se aplica	74	64,3
Média da IG no parto (semanas)	39,7	
Morte materna		
Não	189	100,0
Morte Fetal		
Não	187	98,9
Sim	2	1,0
APGAR (1º minuto) (n=113)		
<7	7	6,1
>7	106	93,8
**Não se aplica	76	40,2
APGAR (5º minuto)		
<7	0	0,0
>7	113	100,0
**Não se aplica	76	40,2
Peso do último RN (g) (n=115)		
<2.500	6	5,2
2.500 –4.000	106	92,1
>4.000	3	2,6
*Não se aplica	74	39,1
Morte neonatal		
Não	113	100,0
**Não se aplica	76	40,2

*Gestantes que ainda não pariram; ** Incluído dois natimorto e as gestantes.

Conforme a tabela 11, apenas 40,0% das puérperas recebeu visita puerperal. Essas consultas foram realizadas na sua maioria, 78,2% entre 8 a 30 dias do pós-parto. Durante a visita, 95,6% foram submetidas ao exame físico, sendo que essa mesma percentagem não referiram queixas no momento da consulta. Sobre as intercorrências no puerpério, 100% não as apresentaram e nem tiveram necessidade de cuidados especiais ou encaminhamentos, 98,2% negaram problemas emocionais. Quanto à amamentação, 95,5% estavam amamentando, destas 87,9% de forma exclusiva. Outro dado observado foi que das 115 puérperas, 75,6% não receberam orientações sobre anticoncepção e nem foram encaminhadas ao planejamento familiar.

Tabela 11 – Cuidados realizados durante a visita puerperal. Lavras da Mangabeira – CE, 2016. (n = 115)

Variáveis	n	%
Realizou consulta puerperal		
Não	69	60,0
Sim	46	40,0
Tempo em dias do pós-parto que realizou a consulta puerperal		
Até 7 dias	9	19,5
8 – 30	36	78,2
31 – 42	1	2,1
Exame Físico		
Não	2	4,3
Sim	44	95,6
Queixas da puérpera		
Não	110	95,6
Sim	5	4,3
Intercorrências no puerpério		
Não	115	100,0
Problemas emocionais		
Não	113	98,2
Sim	2	1,7
Amamentação (*n=113)		
**Não	5	4,4
Sim	108	95,5
Qual tipo		
Exclusiva	95	87,9
Mista	13	12,0
Orientações sobre anticoncepção (n=115)		
Não	87	75,6
Sim	28	24,3
Encaminhada ao planejamento familiar		
Não	87	75,6
Sim	28	24,3
Precisou de cuidados especiais/Encaminhamentos		
Não	115	100,0

*N = 113: 2 OFIU; ** Motivos de não amamentar segundo as puérperas: não tinha leite; leite era fraco.

5.5 Grau de satisfação das mulheres quanto à atenção pré-natal recebida

Quanto à avaliação da assistência PN recebida sob a perspectiva das usuárias observa-se na tabela 12 que houve uma variação de notas. A menor foi três (1,0%) e a maior 10 (33,3%). Das 189participantes do estudo, 87,6% deram para o acompanhamento PN recebido notas de 6 a 10 e 12,4% deram notas entre um a cinco, sendo que a média geral foi de 8,1.

Tabela 12 – Avaliação da assistência pré-natal segundo opinião das mulheres. Lavras da Mangabeira – CE, 2016. (n = 189)

Variáveis	n	%
Notas para o atendimento pré-natal recebido		
1	0	0,0
2	0	0,0
3	2	1,0
4	8	4,2
5	13	6,8
6	17	8,9
7	25	13,2
8	32	16,9
9	29	15,3
10	63	33,3
Média da nota para o atendimento	**M**	**8,1**

A Figura 13 mostra a representação em porcentagem do grau de satisfação que as usuárias expressaram na avaliação do atendimento PN recebido. Segundo seus relatos, 44,4% estavam satisfeita; 29,6% muito satisfeita; 24,3% acharam regular a atenção PN recebida e apenas 1,5% estavam de muito insatisfeita a insatisfeita.

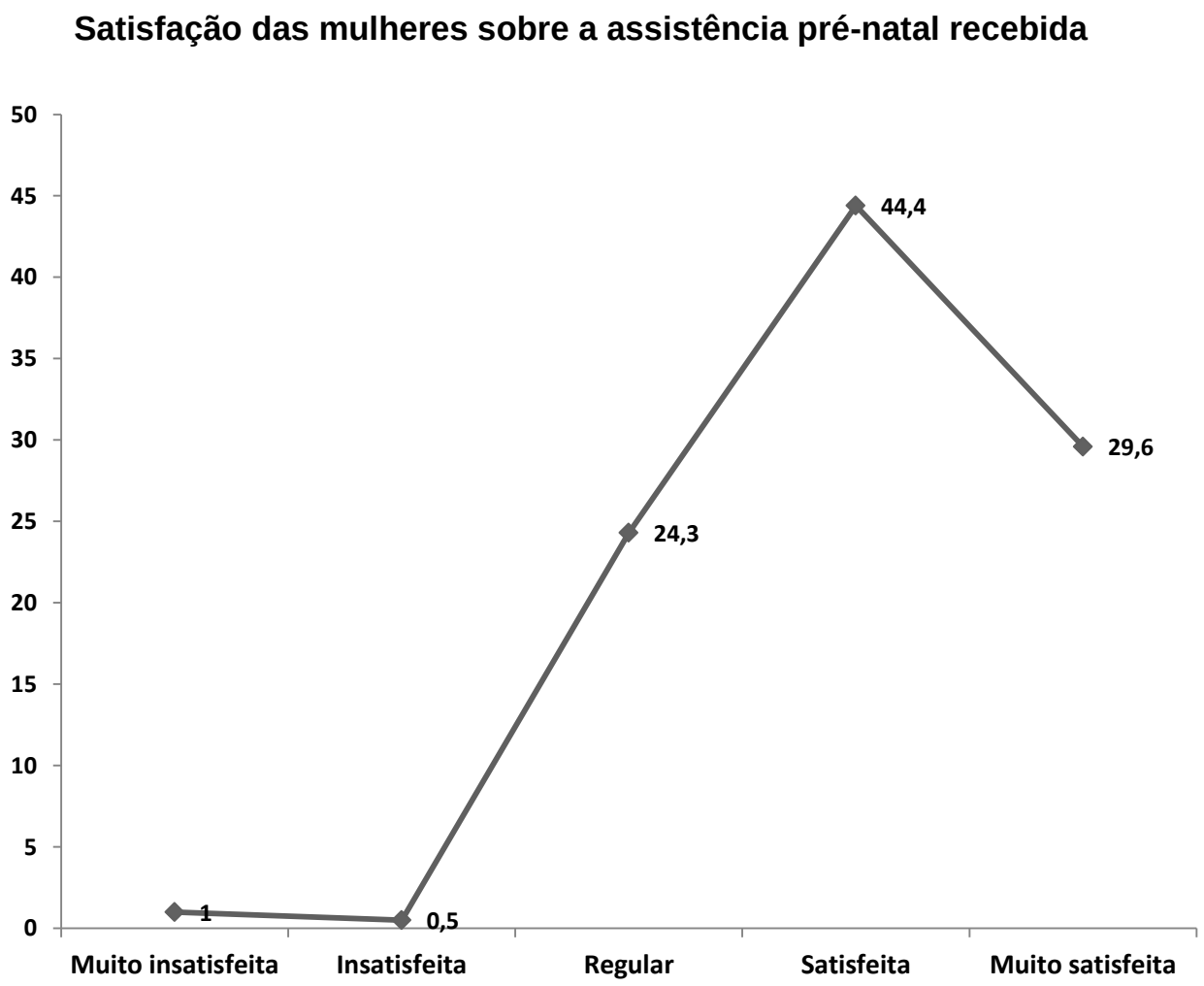

Figura 13 – Grau de satisfação das mulheres com a assistência pré-natal recebida. Lavras da Mangabeira - CE. 2016.

6 DISCUSSÃO

Nesse capítulo serão discutidos os resultados encontrados com o estudo. Inicialmente sobre a caracterização dos profissionais que participaram, bem como, as discussões referentes à estrutura das ESF avaliadas. Em seguida as discussões referentes ao componente processo e resultado e por fim, será discutido o grau de satisfação que as usuárias apresentaram quanto a assistência PN recebida.

6.1 Caracterização dos profissionais

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica, a qualificação dos profissionais da saúde ainda é um desafio, sobretudo, no que diz respeito ao processo do cuidado na assistência pré-natal como identificado nesse estudo.

Etges, Oliveira, Cordova (2011) defendem que o conhecimento do profissional que realiza o pré-natal sobre os medos e ansiedades da gestante favorece, não só, o vínculo entre eles, como também, a compreensão de seus sentimentos e da sua família contribuindo para a prevenção de problemas e na escolha adequada da abordagem a ser utilizada nas situações que envolvem a gestação.

6.2 O componente estrutura

A pesquisa evidenciou que os recursos humanos disponíveis nas ESF para ofertar assistência pré-natal eram inadequados e que tem potencial para comprometer a qualidade da assistência ofertada. O município não dispunha de equipes completas em todas as unidades de saúde, bem como, algumas delas não funcionavam em dois turnos, contrapondo-se às recomendações do MS (BRASIL, 2011e). Em todas as unidades existiam profissional médico e enfermeiro, no entanto, em algumas não havia odontólogo, nem pessoal de apoio e várias mircroareas estavam descobertas pelo serviço do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Essa situação quebra a integralidade do cuidado e desqualifica a atenção dispensada às mulheres no ciclo gravídico puerperal tendo em vista que uma assistência adequada perpassa pela participação de toda a equipe desde o pessoal de apoio até os executores direto do cuidado.

Essa constatação é convergente com o estudo de Rocha (2011), no qual foi observado que em nenhuma unidade de saúde existiam funcionários de apoio para o registro das consultas, ficando tudo a cargo do profissional executante do pré-natal, sendo ele médico ou enfermeiro. Isso sobrecarregava o profissional, gerando sub-registros de informações, tanto por falta do tempo, como por desinteresse profissional.

O estudo de Viellas et al., (2014) avaliando a assistência pré-natal no Brasil mostrou que 75% das gestante foi atendida pelo profissional médico, em contrapartida, nas regiões Norte e Nordeste, metade das gestantes teve atendimento realizado pelo enfermeiro. Essa constatação corrobora com a realidade no município estudado, na maioria das ESF, as consultas pré-natais eram realizadas pelo profissional enfermeiro, em apenas uma equipe o pré-natal foi conduzido pelos dois profissionais.

O trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na saúde. Assim, uma abordagem integral entre gestantes e profissionais pode ser facilitada pela soma de olhares dos diversos profissionais que compõem as ESF garantindo a qualidade do cuidado. Essa qualidade visa um resultado positivo durante a gestação e o parto.

Nessa perspectiva OMS recomenda a necessidade de recursos humanos que possam acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social, seguindo os princípios técnicos e filosóficos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2012a). Os profissionais de saúde, envolvidos com a resolubilidade dos problemas da população que atende e comprometidos com a qualidade da assistência que prestam, devem empenhar-se na divulgação das dificuldades enfrentadas pelos serviços e na busca de soluções, promovendo a conquista do direito inalienável à saúde (MIRANDA; FERNANDES, 2010).

Viegas e Pena (2013) defendem que na organização do processo de trabalho em saúde, é importante a dinâmica comunicação e integração entre a equipe formal da saúde e os demais membros de apoio da unidade, pois a própria característica da prestação de serviços assistencial exige uma interação que dê

suporte ao atendimento, rompendo com o modelo de divisão do trabalho e desigual valorização social dos trabalhadores.

A realização de um diagnóstico das necessidades e problemas em relação ao atendimento pré-natal se faz importante para definir problemas potenciais e lacunas do serviço, implantar estratégias efetivas e estabelecer prioridades (PEIXOTO et al., 2011).

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização de conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios de recursos disponíveis adequados para cada caso (BRASIL, 2012a).

Na avaliação da estrutura física utilizada, as ESF apresentaram precariedade em sua estrutura dificultando a realização das atividades durante as consultas e contrapondo-se às recomendações da Portaria 2488/2011 (BRASIL, 2011e). Algumas ESF avaliadas não possuíam salas para atividades de educação em saúde, enquanto outras se encontravam com um deficiente sistema de ventilação e iluminação, fato relatado pelos profissionais entrevistados. Entende-se que a estrutura disponível tem relação significativa no resultado do pré-natal, assim, as ESF precisam ter uma estrutura adequada para que o profissional ofereça uma assistência de qualidade.

Um estudo realizado por Silveira, Santos e Costa (2010) avaliando a estrutura das unidades de saúde no sul do Brasil mostrou que os serviços, como um todo, apresentou uma média global de pontos de 698 (70%), classificados como precários. Considerando-se somente as unidades que realizavam pré-natais, a média passou para 729 (73%), sendo igualmente classificadas como precárias.

Segundo o MS dentre as condições básica para a assistência pré-natal está uma área física adequada para o atendimento das gestantes e dos familiares nos serviços de saúde, com condições adequadas de higiene e ventilação. A privacidade é um fator essencial nas consultas, nos exames clínicos e ginecológicos (BRASIL, 2012a).

Dados do MS apresentam um expressivo crescimento quantitativo dos estabelecimentos de saúde após a implantação da ESF. No entanto, os incentivos, repassados pelo MS aos municípios são mal geridos dificultando criar e operar uma infraestrutura adequada (MORAIS, 2013).

A Portaria 2.488/2011 do MS recomenda que os gestores garantam a estrutura física necessária para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias da Saúde dos Estados e do MS (BRASIL, 2011e).

Nesse contexto, os gestores apresentam-se como peças fundamentais para a construção de modelos de gestão que sejam capazes de, além de promover a produção de saúde, contribuir para a constituição de sujeitos que tenham seus projetos pessoais articulados com a responsabilização na construção de um modelo de atenção regido pelos princípios do SUS (SULTI, et al., 2015).

A estrutura organizacional para a atenção pré-natal é reconhecida pelo MS como ponto fundamental para garantir uma prática segura, nesse sentido, é recomendada a preservação de um ambiente facilitador das ações integradas de saúde, que considerem aspectos relacionados à planta física, aos recursos humanos e materiais, ao apoio laboratorial, ao acesso a medicamentos, aos instrumentos de registros e ao sistema de referência e contrarreferência (ROCHA; SILVA; GUERGEL, 2012).

Além disso, espaços demográficos e emancipatórios entre gestores, profissionais e usuários podem conduzir à humanização das práticas, gerando mudanças nos processos, resolutividade e qualidade do atendimento, bem como, contribuir para diminuir os índices de agravos e efetivamente, promover a saúde de todos (FONTANA, 2010).

Quando os recursos disponíveis são bem aplicados os resultados são perceptíveis e os objetivos alcançados. Nas ESF avaliadas apesar de não ter uma estrutura física de qualidade, foi identificado a disponibilidade de recursos materiais favoráveis conforme MS (BRASIL, 2012a) e a uma assistência qualificada cumprindo as exigências da Portaria 2.488/2011 do MS garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas (BRASIL, 2011e, p. 5).

Todos os entrevistados relataram que estes recursos são indispensáveis durante as consultas, a falta dos mesmos causa desmotivação profissional e desqualifica a assistência, no entanto, vale ressaltar que a existência de material não significa qualidade na utilização.

No estudo de Morais (2013) os recursos materiais foram classificados como ótimos em 100% das unidades. Esta constatação é evidenciada por Rocha, Silva e

Gurgel (2012) em seu estudo, as Unidades de Saúde como um todo dispõem de recursos materiais essenciais recomendados pelo MS. Contudo, é importante ressaltar que a existência do material necessário à assistência pré-natal não garante a qualidade do atendimento, pois não assegura seu uso pelo profissional e nem que este o faça de modo correto.

Segundo Rocha (2011), em sua pesquisa constatou que, considerando os materiais necessários para uma consulta pré-natal de qualidade, muitos estavam disponíveis nas unidades (mesa e cadeiras, espéculos, material para coleta de exame colpocitopatológico e lixeira para material usado), com exceção dos seguintes, que estavam em falta: mesa ginecológica, foco, balança para adulto, esfignomanômetro, estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard ou Sonar Doppler, fita métrica inelástica, gestograma ou disco obstétrico, roupa de cama e camisola limpa. Não havia efetiva manutenção e esterilização dos equipamentos e instrumental utilizados em cinco (16,7%) das unidades de saúde.

Outro fato observado durante a coleta foi a ineficaz manutenção dos equipamentos e instrumentais utilizados. Os profissionais foram enfáticos em relatar que a melhora na disponibilidade de materiais ocorreu a partir da implantação do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria Acesso e Qualidade) programa instituído pelo MS com a finalidade de estimular a melhoria na qualidade da assistência prestada na atenção básica (BRASIL, 2015a).

A situação do município de Lavras da Mangabeira em relação ao apoio laboratorial foi precária, evidenciando a dificuldade da ESF na continuidade do cuidado, tendo em vista que alguns exames laboratoriais não estavam sendo disponibilizados às gestantes durante sua gestação. Pode-se identificar que exames básicos como hemograma completo e sorologias para HIV não estavam sendo acessíveis em quantidades suficientes às gestantes, ademais, exames específicos como urocultura e teste oral de tolerância à glicose (TOTG) também não eram ofertados pelo município, sendo orientadas a realizarem na rede particular, quando podiam.

As recomendações do MS, desde a implantação do PHPN e fortalecida a partir da implantação da Rede Cegonha, é que para um bom acompanhamento pré-natal, faz-se necessário que a equipe de saúde efetue os procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames complementares, assim como os essenciais para a rotina específica. Dentre esses exames estão:

hemograma completo, sorologias para HIV, urocultura e TOTG (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011c).

Esta disponibilidade insuficiente dos exames laboratoriais na rede municipal diverge da realidade encontrada no estudo de Oliveira et al., (2013), ao avaliar a qualidade da assistência pré-natal em Botucatu evidenciou que todos os exames preconizados para realização no primeiro e terceiro trimestre estavam disponíveis no município, inclusive em quantidade adequada.

Outro estudo realizado por Rocha (2011) avaliando 22 unidades de saúde (US) em Fortaleza mostrou que todos os exames laboratoriais complementares preconizados pelo MS eram disponibilizados na rede básica de saúde, gratuitamente, para a grávida em seu pré-natal, ou seja, 73,3% das US foram classificadas como ótimas.

Sobre a disponibilidade dos instrumentos de registro utilizados durante as consultas pré-natais as unidades de saúde apresentaram um desempenho satisfatório. As fichas estavam disponíveis nas unidades e eram frequentemente utilizadas pelos profissionais, sendo identificada como ponto negativo em algumas ESF a inexistência de registros no caderno de agendamentos da próxima consulta. A burocracia no preenchimento das inúmeras fichas foi referida pelos profissionais como um fator estressante durante as consultas.

Os instrumentos a serem preenchidos possuem modelo preconizado pelo MS. Neles, especificamente no cartão da gestante, encontram-se informações relevantes para o sucesso e continuidade do cuidado, facilitando a visualização das informações e condutas pelos serviços da rede de atenção a saúde materna utilizadas durante o pré-natal.

O cartão da gestante foi criado em 1988, com o propósito de armazenar informações, facilitando a comunicação entre os profissionais que realizavam a assistência pré-natal e os que realizavam o parto. Seu uso se popularizou nos serviços de saúde pública, funcionando como um mecanismo de comunicação entre os níveis de atenção. Por isso nele deve conter o máximo de informações, evitando que, no momento do parto, procedimentos ou exames sejam negligenciados ou repetidos desnecessariamente (BRASIL, 2000).

A realidade do município diverge do estudo de Hass, Teixeira e Beghetto (2013), nele verificou-se registros incompletos nas fichas perinatais, cor da pele (53,7%), histórico de abortos (85,3%), ocupação (18,9%) e do estudo de Polgliane et

al. (2013), eles avaliaram os registros realizados com 360 puérperas e identificaram ausência de informações nos instrumentos avaliados.

A dispensação dos medicamentos essenciais para uma gestação saudável foi considerada inadequada em todas as ESF. Alguns medicamentos da farmácia básica como sulfato ferroso, metoclopramida e metildopa frequentemente estavam em falta no município, enquanto que o supositório de glicerina nunca fez parte do elenco de medicamentos nas referidas ESF.

Morais (2013) avaliou o PN em Goiás e identificou que a classificação em todas as US avaliada foi satisfatória, 69,6% das mulheres relataram ter recebido os medicamentos prescritos na própria US ou na Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) municipal.

A garantia do acesso a esses medicamentos deve ser uma prioridade nos serviços de saúde (BRASIL, 2012a) sendo considerado um indicador de qualidade e resolutividade no tratamento prescrito. Esta barreira de acesso pode dificultar o tratamento causando, com isso, frequente retorno das grávidas ao serviço de acompanhamento pré-natal e aumento de gastos na atenção secundária como mostra Paniz, et al. (2008), que a falta de acesso a medicamentos prescrito para tratamento pode levar ao agravamento do quadro e aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária.

A rede de atenção à saúde (RAS) precisa ser resolutiva e estar articulada em todos os níveis de atenção, no entanto, as ESF avaliadas possuíam um sistema de referência e contrarreferência frágil, sobretudo, no que diz respeito à precariedade da contrarreferência formal e a inexistência de um transporte adequado e oportuno quando necessitado.

Fatores relacionados à garantia de vagas nos serviços especializados foram evidenciados pelos profissionais revelando a lacuna no sistema de referência. Entretanto, quando se trata de vagas de urgência e emergência em leitos de UTI, amplia-se esta dificuldade. A gestante é referenciada ao hospital municipal e o mesmo insere-a na central de regulação, regime fila de espera, aguardando a liberação da vaga para a macro região de saúde do Cariri ou Fortaleza.

Desta forma, Fratini, Suape e Massaroli (2008) afirmam que as dificuldades na efetivação das RAS favorecem a manutenção de uma atenção fragmentada e desumanizada, que limita o acompanhamento dessas usuárias pelas unidades de saúde favorecendo o abandono. É importante destacar que uma rede organizada

com articulação entre os diversos atores, profissionais e gestores do SUS ainda não se confirma no cotidiano profissional.

Esta realidade é fortalecida com os estudo de Melo et al. (2011) e Morais (2013), onde eles mostraram que o sistema de referência e contrarreferência não era aplicado às práticas de alguns profissionais, e se apresentava como entrave para a efetivação da integralidade. Rocha (2011) evidencia que, em 66,7% das US avaliadas em sua pesquisa, não existia o sistema de contrarreferência, mostrando a fragilidade na continuidade de cuidado.

Mendes (2011) defende que as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária a Saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa.

Sob uma perspectivada avaliação das 10 US do município de Lavras da Mangabeira, observou-se que elas precisam de uma reestruturação nos diversos aspectos avaliados. Os dados mostram que as equipes foram classificadas como insuficiente e precária revelando que estas estão susceptíveis a comprometer a assistência pré-natal.

Nota-se, também, que o município encontra-se em uma situação de precariedade em alguns aspectos, sendo esses essenciais para oferta de uma assistência satisfatória. Apenas os recursos materiais e instrumentos de registros obtiveram uma classificação satisfatória, os demais critérios apresentaram-se desfavoráveis à qualidade assistencial.

Entretanto, um aspecto importante neste âmbito de reflexão é a compreensão de que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos ou dimensões. Todas se caracterizam por diferentes interpretações do que representa satisfazer as necessidades de assistência à saúde da população receptora do serviço (ANVISA, 2013).

As semelhanças dos resultados globais referente ao município convergem em alguns aspectos com outros estudos. Niquiniet al. (2010) avaliando sete US do SUS no Rio de Janeiro mostraram que os problemas mais preocupantes detectados na estrutura da assistência prestada foram as carências de recursos humanos e de referência para um profissional especializado.

Para que a prática assistencial tenha a qualidade esperada é essencial que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas abrangendo: áreas físicas e instalações; materiais e equipamentos; número adequado de profissionais com preparos específicos, que interagem com os usuários e sua família na perspectiva de criação de vínculo construído pela afetividade (SARAPOLI; ADAMI, 2010).

Perpassando por constatações evidenciadas nesse estudo, observa-se que a estrutura municipal encontra-se em uma situação desfavorável a oferecer uma assistência PN de qualidade, desta forma, fazem-se necessárias estratégias para reestruturação e reorganização do serviço. Mudanças estruturais das unidades básicas de saúde, compromisso gestor na aplicabilidade dos recursos e qualificação profissional servirão como ponto de partida para proporcionar uma ambiência de qualidade na ESF.

6.3 O componente processo

Ao analisar o perfil sociodemográfico das mulheres observaram-se como características predominantes a faixa etária de 18 a 23 anos, cor parda, possuírem ensino médio completo e com união estável, essas corroboram com o estudo de Costa (2011) realizado em Goiânia, no qual predominaram mulheres jovens, (58,2%) na faixa etária de 21 a 30 anos, (60,9%) pardas, com companheiro estável (77,3%) e ensino médio (49,1%).

Ao comparar esses dados com de outros estudos, encontrou-se similaridade com os resultados expostos por Morais (2013), o seu estudo realizado na ESF do município de Goiás identificou que 58,8% das mulheres possuíam média de idade de 23,2, 42% eram da cor parda, 42% possuíam ensino médio completo. Costa et al. (2010) em um estudo avaliando a assistência pré-natal na ESF no Maranhão, também observaram que a maioria das mulheres encontravam-se entre 20 a 29 anos de idade (38%), apresentava união estável (42,2%) ou era legitimamente casada (47,0%).

A faixa etária predominante neste estudo é considerada de risco habitual bem como, as mulheres que possuem companheiros fixos, nível de escolaridade melhor possuem condições favoráveis para o desenvolvimento de uma gravidez sem complicações. Desta forma, o MS apresenta como fatores de risco para a

assistência pré-natal: idade menor de 15 anos e maior que 35, situação conjugal insegura e baixa escolaridade (BRASIL, 2012a).

Sobre a instabilidade conjugal, Corrêa, Bonádio e Tsunechiro (2011) em seu estudo, concluíram que a ausência de companheiro para a mulher foi associada à inadequação do pré-natal assim, defendem que a estabilidade da situação conjugal da gestante é reconhecidamente um componente que deve ser valorizado, sobretudo, no período gravídico puerperal.

Percebe-se com o estudo uma lacuna de informações no cartão da gestante, sendo que a ausência de registros nesses documentos dificulta a continuidade do cuidado nas redes de atenção à mulher.

Nesse contexto, segundo Santos Neto et al. (2012) o cartão da gestante parece ser o elemento de ligação entre o acompanhamento gestacional na atenção básica, média e alta complexidade. Nele é possível registrar as informações essenciais da gravidez que implicam riscos para puérpera e criança.

Quanto aos antecedentes pessoais, os profissionais registraram essas informações de forma significativa, e o que chama a atenção é o fato da maioria das mulheres não apresentarem agravos, no entanto, algumas apresentaram infecção urinária com acesso ao tratamento adequado e oportuno. O estudo de Alves et al. (2013) investigando o perfil da mulheres atendidas pelo SUS no Sul do país, mostrou semelhança com os dados exposto anteriormente, nele 86,4% não fumavam, 86,4% não ingeriam álcool e 96,6% não faziam uso de outro tipo de drogas.

A ausência dos antecedentes de riscos ao binômio mãe/filho tranquiliza o profissional que está ofertando a assistência tendo em vistas fatores como alcoolismo e tabagismo serem uns dos contribuintes para as complicações no ciclo gravídico puerperal. Segundo Rodrigues (2014), a exposição intrauterina ao álcool, resultante da ingestão de bebidas alcoólicas pela grávida, leva a vários efeitos sobre o embrião ou feto. A severidade desses efeitos (negativos) pode ir de moderada a muito grave, podendo levar a consequências severas para toda a vida desde o aborto espontâneo, comprometimento do desenvolvimento fetal e síndrome de alcoolização fetal.

Para Motta, Echer e Lucena (2010), mulheres que fumam durante a gravidez apresentam maior risco de complicações, como placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, hemorragia no pré-parto,

parto prematuro, aborto espontâneo, gestação ectópica, crescimento intrauterino restrito, baixo peso ao nascer, morte súbita do recém-nascido e comprometimento do desenvolvimento físico da criança.

Vale ressaltar que a realidade apresentada nessa pesquisa diverge de outros estudos. Corrêa (2014) mostrou em sua dissertação que o consumo de cigarro, álcool e drogas ilícitas esteve presente antes e durante a gestação, isoladamente ou de forma concomitante. Rocha et al. (2013) em um estudo transversal sobre o uso de fumo e álcool durante a gestação, apontaram dados semelhantes para o tabagismo presente em 11,3% da amostra, e percentual maior (16%) de gestantes que ingeriu bebidas alcoólicas durante a gravidez.

Recomenda-se que informações sobre o tabagismo, assim como o aconselhamento e tratamento para o abandono do tabaco, sejam incluídas no cuidado à saúde das gestantes ao longo de todo o pré-natal e reforçado no puerpério, momento em que a mulher e as pessoas ao seu redor estão mais sensibilizadas para o cuidado da mãe e do bebê (ECHER; BARRETO, 2008).

A abordagem sobre o uso do fumo, álcool e drogas não é tarefa fácil, requer do profissional habilidade investigativa, neutra, sem emitir juízo de valor, oferecendo uma escuta ativa capaz de extrair informações necessárias no decorrer de todas as consultas pré-natais.

Outro resultado evidenciado é o incentivo ao tratamento das infecções urinárias, pois esta intervenção intensifica a qualidade da assistência e previne complicações para mãe e recém-nascido conforme descrito pelo MS no caderno de Atenção Básica, que mostrou ser a infecção do trato urinário a complicação clínica mais frequente, e está associada à rotura prematura de membrana, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer e infecção neonatal (BRASIL, 2012a).

Os antecedentes obstétricos no município avaliado encontram-se com média dentro dos parâmetros estabelecidos pelo MS, dentre essas médias as de partos vaginais superior a cesariana; intervalo de dois anos entre as gestações; um a dois filhos por cada mulher. Ademais, um número significativo de RN nasceu com peso adequado e a média de natimorto dentro do aceitável pelas estatísticas vigentes.

Esse estudo apresenta uma realidade convergente à recomendação do MS: estimular a realização do parto vaginal devendo ser superior ao número de cesáreas. De acordo com a OMS (2015, p. 2), nos últimos 30 anos, a comunidade

internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, na cidade de Fortaleza, que diz: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%”.

O MS traz no caderno da atenção básica sobre assistência PN de risco habitual fatores desfavoráveis a um acompanhamento de qualidade, dentre esses, intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior que cinco, recém-nascido com restrição de crescimento e abortamento habitual (BRASIL, 2012a). Desta forma, percebe-se que o município analisado, nesses aspectos, não diverge do que é aceitável pelos órgãos afins.

Quanto o peso ao nascer do último filho, a maioria das mulheres tiverem filhos com peso dentro dos limites ideais concordando com o estudo de Oliveira, et al. (2014), que traçaram o perfil materno infantil das comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais com isso mostrou que 77,3% dos RN eram entre 2.500 a 4.000 gramas.

Sob a perspectiva da qualidade dos registros, os dados revelam que os profissionais das ESF têm oficializado nos cartões informações referentes à assistência prestada durante as consultas pré-natais. A partir desses registros, percebe-se que as gestantes estão iniciando seus acompanhamentos precocemente, ou seja, no primeiro trimestre e comparecendo em média a 6,6 consultas. Morais (2013) fez uma análise comparativa entre os dados do prontuário clínicos com os cartões de gestantes e identificou que 77,6% das mulheres iniciaram o PN no primeiro trimestre e 78,8% realizaram seis ou mais consultas.

Tomando por base os prazos de intervalos entre as consultas do primeiro ao terceiro trimestre de gestação observa-se que a mediana da quantidade e do intervalo entre consultas do 2º ao 3º trimestre não seguem os parâmetros recomendados pelo MS: para uma assistência pré-natal efetiva, é necessário acompanhamento periódico e contínuo para todas as gestantes a fim de garantir seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos, mensalmente até 28ª semana (1ª a 5ª consulta); quinzenalmente de 28ª a 36 semanas (da 5ª a 9ª) e semanalmente no termo (9ª a 15ª), sendo que essas consultas devem ser, no mínimo, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2012a).

Assim, foi evidenciado que as ESF avaliadas propiciam uma cobertura satisfatória do acesso, garantindo a captação precoce e a oferta de consultas dentro dos padrões do PHPN. Isso remete ao entendimento de que a expansão de cobertura cada vez maior alcançada pela ESF a qualifica como fundamental para o desenvolvimento da atenção básica em todo o país e seu impacto nos indicadores de saúde é marcante.

Considerando o nível 1 de adequação proposto para avaliação baseada no índice de *Kesnner,* os resultados mostram que a maioria das usuárias teve acesso a um PN adequado.

Esse resultado é similar aos encontrados por Corrêa (2014), ao avaliar a assistência a gestante no estado de São Paulo verificou que 79,2% dos PN foram classificados como adequado. Morais (2013) também utilizou o índice de *Kesnner* e observou que no nível um 70,6% dos PN classificaram-se como adequado. Em contrapartida, em Teresina Piauí, Fonseca, Pádua e Valadares Neto (2011) encontraram no SUS 44% de inadequação do nível um.

Nessa perspectiva, o Portal Determinantes Sociais da Saúde (2012) mostra que de maneira geral houve melhorias na atenção à saúde das gestantes, mas deve-se destacar que esse indicador esconde diferenças inter-regionais importantes no Brasil. Em 2010 a região Sul, por exemplo, apresentou 75,3% dos nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto na região Norte essa proporção foi de 36,8% (região Nordeste 45,3%; região Centro-Oeste 67,2%; região Sudeste 72,7%).

Domingues et al. (2012), dizem que o número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado a melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do seu filho (XIMENES NETO, et al., 2008).

Considerando a importância da imunização durante a gravidez, os resultados apontam que a maioria das mulheres receberam doses de imunobiológicos na gestação. Sendo evidente que a vacina dT (Difteria e Tétano) foi a que teve maior expressão percentual, nesse sentido, as usuárias que realizaram consulta PN no município estudado estão seguindo as recomendações do MS.A vacinação antitetânica é considerada uma medida eficaz na prevenção contra o

tétano neonatal que acomete recém-nascidos na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias (BRASIL, 2012a).

O estudo de Corrêa (2014) mostrou que 67,5% dos prontuários havia o registro que as usuárias estavam imunes ou vacinadas durante a gestação. Informação esta, também mostrada por outros estudos, Andreucci et al. (2011) avaliando as regionais de saúde a partir do SISPRENATAL, identificaram que a maioria apresentava 80% de cobertura vacinal. Ester et al. (2013), caracterizando a assistência PN em João Pessoa, apresentaram índices de 94,7% das mulheres que tiveram acesso a vacina.

A vacinação contra hepatite B e influenza também fazem parte das recomendações do MS, desta forma, nota-se que o município segue o recomendado tendo em vista o significativo percentual de mulheres vacinadas. Esse resultado diverge com o estudo de Corrêa (2014), que avaliando o PN identificou que havia um alto percentual de falta de registros nos cartões, 84,7% da hepatite e 87,3% da influenza. Essa inferência remete a necessidade de medidas cautelosas na análise dessas informações em razão de possíveis sub-registros ou até mesmo de registros sem a efetivação do procedimento. Esta lacuna da falta de registros, também foi perceptível nesse estudo, pois em mais de 80% dos cartões não havia registros de possíveis encaminhamentos ou se era realizado avaliação do risco gestacional. Vale salientar que ausência de informações dessa natureza coloca em risco a continuidade do cuidado e vai de encontro aos princípios do SUS, dentre esses, a integralidade da assistência dentro da RAS.

No estudo de Paris, Pelloso, Martins (2013) comparando o serviço público com o privado, identificou o dobro da frequência de vacinação contra influenza no serviço privado (16,1%) em relação ao público (8,8%), isso pode está relacionado ao tempo de maior disponibilidade no privado em relação ao período de campanhas no público. Entretanto, a imunização no serviço público do município de São Paulo foi inferior aos 95,7% das gestantes imunizadas contra influenza durante o pré-natal em um serviço privado. Já se verificou que o conhecimento da proteção neonatal, o empenho de campanhas do governo e a recomendação médica auxiliam na cobertura da vacinação contra influenza (KFOURI, RICHTMANN, 2013).

Os resultados revelaram que no cartão de acompanhamento da gestação havia registros importantes sobre a assistência prestada durante as consultas. Isso mostra o compromisso profissional em calcular a IG, pesar a gestante, aferir a

pressão arterial, medirem a AFU e auscultar os BCF´s. Essas ações fortalecem o vínculo e garantem a saúde materna e infantil em suas respectivas ESF.

Segundo Polgliane et al. (2014), a OMS preconiza que em todas as consultas devem ser realizados o cálculo da IG, a medida da altura uterina e as aferições do peso e da pressão arterial. Nessa perspectiva, o estudo de Anversa, et al. (2012) analisou os registros dos cartões PN na cidade de Santa Maria no Rio Grande do Sul e apresentou dados semelhantes ao dessa pesquisa, nele foi registrado cinco ou mais vezes os procedimentos: IG (78%), peso (78%), pressão arterial (79%), BCF (79%), AFU (69%) e movimento fetal (79%).

A não realização desses procedimentos podem omitir informações úteis para o desfecho final do processo gestacional. Os registros revelam a passagem da gestante pelos serviços, os campos em branco nos cartões sugerem a ausência dessas mulheres aos serviços ou elas vão, mas, não registram (sub-registros). As anotações das consultas revelam o acesso à assistência pré-natal, entendido como a entrada dos usuários nos serviços de saúde e a continuidade do cuidado (SANTOS NETO, et al., 2012).

Em contrapartida, observou-se nesse estudo que os profissionais do município estudado não têm o hábito de calcular ou registrar o IMC, o gráfico nutricional e o da AFU, desta forma, essa prática é passível de trazer inúmeros prejuízos para a mãe e seu filho tendo em vista que a não realização desses procedimentos podem mascarar complicações materno fetais irreversíveis ou até mesmo sequenciar o óbito (MARTINELLI, et al., 2014).

Esse fato é preocupante, uma vez que, para o preenchimento desses gráficos, são necessários procedimentos simples, fáceis de serem executados, acessíveis a todos e fazem parte do exame clínico obstétrico de rotina. No entanto, tem se apresentado como uma ferramenta pouco utilizada pelos profissionais, o que leva a conclusão de que o procedimento não está sendo reconhecido como um fator de importância no acompanhamento pré-natal ou os profissionais desconhecem o modo de registros (MORAIS, 2013).

Para o MS, alguns procedimentos devem ser realizados logo na primeira consulta, nela deve-se realizar a avaliação nutricional, estimar o ganho de peso inicial e o esperado no final, oferecer orientações importantes quanto a dieta e a alimentação saudável, sendo necessário o registro dessas informações e repassadas a gestante (BRASIL, 2012a).

Apesar das recomendações sobre o adequado preenchimento dos cartões PN, percebe-se com este estudo que persiste a ausência de alguns registros necessários, mas negligenciados rotineiramente. Isto pode ser decorrente da preocupação apenas em registros oportunizados dentro do limite temporal na consulta, sendo a “burocracia” e a falta de tempo apresentados como obstáculo para essa prática.

Outra realidade exposta com este estudo é a ausência de orientações durante o PN sobre amamentação e o número de mulheres que não realizaram consulta odontológica. Esses dados desafiam a ESF tendo em vista, ser primordial a promoção da saúde no âmbito da atenção básica e ser de responsabilidade dos gestores a garantia do acompanhamento odontológico durante a gestação. O recomendável seria que todas as gestantes fossem orientadas sobre amamentação, uma vez que desde a década de 1980 há um esforço mundial por parte da OMS em promover e apoiar o aleitamento materno (POLGLIANE et al., 2014).

O estudo realizado por Santos et al. (2012) que avaliou a assistência pré-natal sob a perspectiva das gestantes, mostrou que 85% receberam orientações sobre amamentação no segundo trimestre, esse valor aumentou para 100% no terceiro, conclusões essas que divergem dos dados expostos nesse estudo. No entanto, Domingues et al. (2012) mostraram que apenas aproximadamente (50%) das gestantes receberam orientações sobre amamentação.

Práticas educativas são essenciais desde a primeira consulta PN, no entanto, a baixa proporção de orientações recebidas durante as consultas evidencia o papel insuficiente do PN na preparação das mulheres para a amamentação (VIELLAS, et al., 2014).

A participação em atividades educativas é um importante indicador no processo da atenção PN, mas nesse estudo esta prática mostrou-se inadequada. Pesquisadores evidenciam a importância das atividades educativas e afirmam que gestantes integradas em algum grupo têm maior chance de cuidar de si próprias e dos seus filhos (ANDREUCCI; CECATTI, 2013).

Quanto ao atendimento odontológico apresentado como inadequado neste estudo, verifica-se que não é rotina do município a prática de referenciar a gestante ao consultório odontológico, mesmo este fazendo parte da estrutura física na ESF. Esta constatação desperta a necessidade de estratégias reorganizadoras do processo de trabalho multiprofissional.

Leal e Jannotti (2009) em seu estudo concluíram que a oferta sistemática da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal não estava entre as preocupações prioritárias de médicos e odontólogos, e não era motivo de cobrança às chefias ou aos gestores. Para os pré-natalistas, os serviços de atenção à gestante apresentam uma série de outras prioridades e os cuidados odontológicos passam a ocupar um plano de menor importância.

Um estudo realizado por odontólogos em uma UBS apontou que a desinformação das grávidas a respeito dos cuidados em saúde bucal é, provavelmente, um dos motivos pelos quais elas não buscam assistência odontológica nesse período, levando-as ao descuido com a saúde bucal e este, ao aumento das necessidades odontológicas (VIEIRA; ZOCRATTO, 2007).

A evidência do desconhecimento sobre as alterações ocorridas em saúde bucal demonstram uma necessidade de intervenções em nível primário de atenção à saúde, com enfoque na educação coletiva direcionada para gestantes (PEIXOTO, et al., 2011). A doença periodontal aumenta o risco de parto prematuro e de recém-nascidos com baixo peso (KHADER; TAANI, 2005).

Ressalta-se que grande parte das mulheres que foram assistidas no nível curativo, não recebeu uma quantidade de informações adequada, não teve acesso a medidas preventivas, o que remete ao descumprimento do principio da integralidade no acompanhamento pré-natal odontológico. Portanto, a odontologia precisa ser expandida e estar mais integrada aos serviços de saúde pública, fornecendo respostas adequadas às necessidades de saúde e ao sofrimento das gestantes, sem perder o foco de que as ações educativas são facilitadoras para despertar uma assistência pré-natal mais integral e humanizada que repercuta na qualidade de vida (SANTOS, et al., 2012).

No município avaliado, o acesso aos exames laboratoriais no primeiro trimestre foi apresentado como adequado, tendo em vista todos os exames básicos recomendados pelo MS (BRASIL, 2012a) chegaram a mais de 50% das usuárias que compareceu à consulta PN. Vale ressaltar que no terceiro trimestre houve diminuição nas percentagens de algumas sorologias como o caso do HIV, Hepatite B. Esse declínio está relacionado à baixa quantidade disponível pelo município, insuficiente ao quantitativo existente. Na época da coleta, era disponibilizada apenas uma vaga mensal por cada ESF.

Atualmente, percebe-se uma melhoria de acesso aos exames HIV e VDRL, devido à disponibilidade dos testes rápidos em cada unidade de saúde. Isso sugere que, apesar dos obstáculos, o município está valorizando o controle das infecções verticais. Mesmo com esses avanços a distância entre esses serviços pode ser um obstáculo para a realização do exame. Outra limitação é o sistema de quotas imposto pela gestão, que não disponibiliza quantidade suficiente de exames, impedindo que sejam solicitados e realizados os exames sempre que necessário.

A divergência dos exames entre o primeiro e terceiro trimestre é apresentada também no estudo de Oliveira et al. (2013), comparando a realização desses exames entre USF e UBS mostraram que a percentagem caiu de 87,8% para 75,7% na USF e de 85% para 31,7% na UBS.

Esta realidade apresentada com o estudo contrapõe-se às orientações do MS, que sugere ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames: hemograma completo, tipagem sanguínea e fator Rh, *coombs* indireto se for Rh negativo, glicemia de jejum, testes rápido para HIV e sífilis, toxoplasmose, sorologia para hepatite B, urina e urocultura. Os exames citopatológico, parasitológico de fezes e ultrassonografia não são obrigatórios (BRASIL, 2012a).

É necessário enfatizar a ausência de registro no tratamento do parceiro de uma das gestantes que positivou o VDRL, ela foi tratada, mas no cartão não tinha informações sobre a situação do companheiro. Outro dado importante é a baixa quantidade de usuárias com acesso a exames complementares como PPF (parasitológico de fezes) e o citomegalovírus, essa situação torna-se mais crítica quando se refere à urocultura e ao citopatológico.

Ampliar a adesão ao exame citopatológico durante a gravidez continua sendo um desafio para os profissionais de saúde e gestores. Entre as participantes do estudo persiste a ideia de que a realização do exame pode interferir na continuidade da gestação, bem como, o desconhecimento da necessidade de fazê-lo durante o PN.

Esta constatação foi identificado no estudo de Cesar et al. (2012), das 2.288 mulheres que frequentaram pré-natal, 33% não foram submetidas ao citopatológico de colo uterino, mas deveriam tê-lo feito. Os principais motivos para sua não efetivação foram: desconhecimento da necessidade de realizá-lo (66%), sentir medo ou vergonha (18%), falta de oportunidade para ir ao serviço de saúde (6%), ausência de material ou de profissional para realizá-lo (10%).

Peixoto et al., (2011) apresentaram em seu estudo o reduzido número de mulheres que realizaram exame ginecológico de controle durante a gestação atual. Tal exame se faz importante para a detecção de lesões precursoras do câncer de colo uterino e das IST. Está recomendado também como *screening* de câncer de mama, situações que podem interferir negativamente no processo de gestação, parto e puerpério.

A baixa adesão ao exame citopatológico do colo uterino observada no município precisa ser melhorada com orientações frequentes, oportunizando a oferta deste exame durante a consulta PN. Ao procurar o serviço de acompanhamento, a gestante torna-se susceptível a aderir ao exame desde que o profissional esteja apto a promover em vínculo entre as usuárias assim, garantindo o sucesso na realização do exame (POLGLIANE, et al., 2014).

A realização dos exames laboratoriais previstos na rotina da consulta pré-natal pode identificar precocemente morbidades indicando o tratamento medicamentoso eficaz visando à cura e o controle da doença materna, prevenção de infecção fetal pela transmissão vertical e possíveis óbitos, maternos, fetais e infantis. O resultado dos exames laboratoriais corresponde a um monitoramento para a classificação do risco pré-natal (PARIS, PELLOSO, MARTINS, 2013).

Quanto à ultrassonografia (USG), no município estudado, 100% das mulheres realizaram no mínimo uma USG durante o PN, realidade divergente da apresentada por Rocha (2011), ele mostrou que a realização da ultrassonografia obstétrica tem como fator dificultador a imensa fila de espera. Muitos profissionais reclamaram da demora na realização deste exame, sugerindo como principal causa a não priorização da gestante para a execução deste procedimento.

Embora seja um exame corriqueiro dentro da assistência pré-natal, esse exame não faz parte da rotina obrigatória de exames complementares e não há evidência da sua efetividade na redução da morbimortalidade materna e perinatal (Brasil, 2012a),

6.4 O componente resultado

A assistência pré-natal perpassa por ações desde a preconcepção até o puerpério, essas seguem uma sequência de momentos que requerem condutas específicas para cada período, sobretudo, o sucesso do desfecho tem estreita

relação com as etapas anteriores. O desenvolvimento da gestação ocorre em um período de nove meses, sendo que a cada mês requer uma atenção específica, resolutiva e oportuna capaz de garantir parto e RN saudáveis.

Nesse sentido, este estudo revela que o desfecho materno foi adequado tendo em vista as mulheres terem parido via vaginal, com IG em média de 39,7 semanas. Este resultado encontrado assemelha-se com o estudo de Corrêa (2014), das 308 gestantes, 65,1% pariram por via vaginal e em 92,1% o parto ocorreu a termo, com média de 38,7 semanas.

A média de parto vaginal no município de Lavras da Mangabeira apresentou-se maior que a cesárea, no entanto, persiste o objetivo de alcançar o índice preconizado pelo MS e pela OMS que é de 15%. Vale ressaltar que o município está aquém dos índices desejados assemelhando-se ao Brasil.

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, em que as operações cesarianas tornaram-se a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde. No sistema público de saúde a taxa é consideravelmente menor, de 40%, mas ainda assim elevada, se considerarmos a recomendação da OMS, de 15%. Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas específicas, a operação cesariana é uma cirurgia essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, pode levar ao aumento do risco de complicações graves quando realizada sem a correta indicação (BRASIL, 2015b).

Os desfechos fetais também se apresentaram adequados, um elevado número de RN nasceu com APGAR dentro da normalidade e com peso ideal para a idade gestacional.

Os índices de APGAR identificados assemelham-se com os expostos por Basso, Neves e Silveira (2012), fazendo uma relação entre a associação do PN com a mortalidade neonatal, eles mostraram a prevalência do APGAR adequado, ocorrendo um aumento percentual de 66% no primeiro minuto para 90% no quinto. É importante destacar que o índice de APGAR possibilita avaliar as condições de vitalidade da criança após o nascimento, sendo que, quanto maiores os seus valores, melhores são as condições de vitalidade do neonato e menores são os riscos de intercorrências ao nascimento (GABANI, SANT´ANNA, ANDRADE, 2010).

O estudo possibilitou identificar também que a maioria dos RN nasceu com peso adequado para a IG, remetendo a compreensão de que um PN de qualidade

tem efeito significativo no peso fetal, pois, na gestação o desenvolvimento e crescimento do feto têm relação com a qualidade de vida e os hábitos alimentares maternos. Desta forma, o profissional que presta a assistência PN deve está apto a identificar fatores que interferem no desenvolvimento fetal. Os dados apresentados não divergem dos identificados por Morais (2013) ao avaliar o PN em Goiás mostrou que 88,3% dos RN nasceram com peso adequado, ou seja, entre 2.500 a 3.999 gramas.

É importante evidenciar que não houve morte materna e nem neonatal, em contrapartida, ocorreram dois óbitos fetais. Um em consequência de uma diabetes gestacional e o outro não se teve causa definida. Vale a reflexão de que existem óbitos de causas evitáveis desde que tenham disponíveis nas ESF profissionais qualificados e uma rede de atenção à saúde organizada e resolutiva capaz de identificar e agir sobre o risco materno fetal.

A inexistência de mortes materna e neonatal classifica o município dentro dos índices desejáveis segundo a OMS. Para esta organização, até 2015 o Brasil teria que passar a razão de mortalidade materna de 84,5 para igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Vale salientar que o percentual anual de redução tem sido de 8,6%, caso persista assim, não se atingirá a meta estabelecida. Quanto à mortalidade infantil, observa-se uma queda contínua nesse indicador. Em relação aos dados do primeiro ano de vida, entre 1990 a 2011 a variação da taxa de mortalidade infantil foi de 67,5%, a neonatal precoce 54,1%, a tardia 52,0% e a pós-neonatal 80,8%(GIOVANI, 2013).

Entretanto, a mortalidade infantil é classicamente considerada um dos melhores indicadores do nível de vida e bem estar social de uma população. O Brasil ainda conta com níveis alarmantes e eticamente inaceitáveis de mortalidade, apesar das taxas decrescentes nos últimos 10 anos (SOARES; MENESES, 2010).

Os coeficientes de natimortalidade revelam informações valiosas sobre as condições de saúde, assistência pré-natal e parto em uma determinada região (ANDRADE, et al., 2009), portanto, óbitos fetais ocorridos no município devem gerar uma preocupação com a melhoria das ações ainda no PN tendo em vista estratégias nesse período ser essencial para a redução desses números, entretanto, esse desafio não é exclusivo da cidade do estudo, o Brasil precisa reorganizar seu sistema de saúde para garantir a integralidade das ações no combate a esses tipos de mortes.

No Brasil, são poucos os estudos disponíveis que analisam isoladamente o período fetal. A maior parte da literatura abrange a mortalidade infantil como um todo. Alguns deles se restringem ao período perinatal e uns poucos à fração fetal. Segundo o MS, isso reflete a baixa visibilidade, interesse e compreensão de que esse evento, em grande parte, é evitável por ações dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

No estudo de Klein et al. (2012), avaliando fatores de riscos para o óbito fetal, observaram, após o cálculo da *odds ratio* (OR) ajustada, que restaram como variáveis preditivas a escolaridade materna inferior a oito anos, número de consultas pré-natal inferior a seis, malformações congênitas, natimortalidade prévia e a ocorrência de síndromes hipertensivas ao longo da gestação.

Essas informações confirmam a importância do acompanhamento PN, capaz de garantir a gestante o acesso às recomendações prescritas pelos profissionais que a acompanha, sobretudo, é necessário uma interação profissional, usuária e gestão, só assim, permanecerá decrescendo os óbitos evitáveis a partir da assistência ofertada.

A consulta puerperal é a continuidade do cuidado pré-natal, nela é possível garantir o sucesso do desenvolvimento fetal e um puerpério fisiológico, entretanto, o município avaliado realizou a visita puerperal de forma insipiente, gerando a necessidade de ampliar este acompanhamento através da reorganização do processo de trabalho, pois a consulta puerperal até 42 dias do pós-parto é um dos princípios estabelecidos pelo PHPN para a adequada assistência PN (BRASIL, 2000).

Os dados do município estão divergentes dos apresentados por Corrêa (2014), em seu estudo ele mostrou que 75,3% das mulheres retornaram a UBS para consulta puerperal e 24,8% receberam o atendimento domiciliar. As consultas ocorreram entre oito a 30 dias (59,7%) após o parto e apenas 2,6% realizaram depois de 42 dias. Apesar da realidade apresentada, existe um fator positivo, das que receberam a visita puerperal na sua maioria estavam dentro do limite temporal recomendado pelo MS, na ocasião foram submetidas ao exame físico e não relataram queixas excluindo a necessidade de encaminhamentos.

Há necessidade de orientar as gestantes sobre a importância da realização da consulta puerperal. No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral”, trata-se de uma estratégia em saúde, na qual

são feitas ações que contribuem para a redução da mortalidade infantil. As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem da vacinação BCG e da hepatite B, avaliação da amamentação para orientação e apoio (BRASIL, 2012a)

Mesmo não registrada nos cartões do PN orientações sobre amamentação, observou-se que a maioria das puérperas estava amamentando de forma exclusiva. Nesse contexto há participação da maternidade referência para o parto. Nela as parturientes participam de atividades relacionadas à amamentação, seguindo o protocolo recomendado por ser hospital amigo da criança.

Mais da metade das puérperas não receberam orientações sobre anticoncepção e não foram encaminhadas ao planejamento familiar, fato este discordante das normas vigentes. O MS recomenda que na consulta puerperal o profissional da saúde realize a reavaliação das condições de saúde da mulher, o registro de alterações, a investigação da amamentação, o retorno da menstruação e da atividade sexual, a realização das ações educativas e a condução das possíveis intercorrências (BRASIL, 2012a).

Alguns estudos assemelham-se ao exposto, em uma pesquisa que avaliou as orientações recebidas durante o PN, Parreira, Silva e Miranzi (2010) concluíram que das 358 mulheres, apenas 114 (32,5%) informaram ter recebido orientações sobre contracepção no pré-natal, por meio de grupos educativos/sala de espera e/ou na própria consulta obstétrica. As que não fizeram pré-natal corresponderam a 2,0% das puérperas. Apenas 19 (5,5%) das mulheres declararam, no momento da entrevista, ter recebido orientações sobre métodos anticoncepcionais após o parto.

Corroborando, Minanni et al. (2009) fizeram uma avaliação do uso de anticoncepcional seis meses após o parto e concluiu que 18% das puérperas iniciaram a contracepção entre 30 e 60 dias do puerpério, ao passo que 64% das entrevistadas não iniciaram o uso de nenhum método contraceptivo.

Nessa perspectiva, cabe ao profissional da saúde apresentar os métodos disponíveis para livre escolha da puérpera promovendo o acesso ao anticoncepcional desejado tendo como finalidade evitar uma gravidez indesejada antes do período recomendado. Ressalta-se a importância, nesse momento, da troca de informações e sensibilização sobre a escolha e uso de métodos anticoncepcionais após o parto.

Intervalo menor que dois anos entre os partos compreende fator de risco para a gravidez, portanto, o intervalo interpartal igual ou superior a dois anos traz

benefícios para a saúde materno-infantil. Esse intervalo é importante para que a mulher possa se recuperar, para que esteja preparada para vivenciar, novamente, o ciclo gravidez-parto-puerpério e para que ela e sua família estejam prontas para receber e cuidar de uma nova criança, sem prejudicar a atenção e os cuidados com o(s) primeiro(s) filho(s), no momento mais adequado, de acordo com sua decisão e planejamento (ANDRADE, et al., 2015)

Para Parreira, Silva e Miranzi (2010) o puerpério é o momento das mulheres em que a questão do planejamento familiar torna-se presente, sendo então necessária a orientação e escolha de um método para efetivar esse planejamento, a fim de espaçar uma nova gravidez ou não ter mais filhos. Deve-se valorizar esse período, para que as questões relacionadas à contracepção sejam pensadas, orientadas e garantidas.

As ações educativas acerca da saúde materna, quando realizadas de maneira correta, resultam em impacto duradouro. Estudo realizado com 8.300 homens e mulheres, pertencentes a quatro aldeias da Tailândia, mostrou o impacto de intervenções educativas sobre questões inerentes à maternidade segura. Após dois anos da realização das intervenções, o percentual da população que tinha conhecimento sobre as práticas de maternidade segura ainda era maior que o percentual pré-intervenção: a porcentagem de mulheres capazes de identificar pelo menos três práticas de risco durante a gravidez passou de 47,3% em 2004 (ano em que foi realizada a intervenção) para 51,4% em 2006; capazes de identificar três sinais de perigo durante a gravidez passou de 52,3% em 2004 para 54,3% em 2006; e de mencionar três complicações que podem acompanhar o parto, passou de 47,8% em 2004 para 52,2% em 2006 (MUSHI, MPEMBENI, JAHN, 2010).

6.5 Grau de satisfação das mulheres quanto à atenção pré-natal recebida

Entendendo a necessidade de avaliar a assistência PN não apenas por registros, mas também sob a perspectiva das mulheres assistidas, os cuidados ofertados foram capazes de atendar às expectativas das usuárias, sendo que 44,4% encontravam-se satisfeita e 29,6% muito satisfeita com a atenção recebida. Quando solicitada a dar uma nota de zero a 10, 87,6% atribuíram notas de seis a 10. Esses resultados são similares aos encontrados no estudo de Morais (2013), 37,6% das mulheres consideraram a assistência PN ótima/muito boa e 41,2% boa.

Para Donabedian (1990), a avaliação do ponto de vista dos usuários é feita, sobretudo, por meio de aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos usuários e seus familiares. Neste estudo, as usuárias mencionaram a gentileza da enfermeira e o nascimento do filho com saúde ser o motivo pelo qual se encontravam satisfeitas. Essa associação de qualidade com gentileza no momento da consulta, não implica necessariamente qualidade técnica na assistência.

Destaca-se também o descontentamento de algumas mulheres com a rotatividade do profissional que realizava o PN, especificamente em uma US, e também com a forma como eram tratadas dentro da unidade de saúde, essa realidade é evidenciado no estudo de Líbera et al. (2011, p. 4861), no qual as usuárias entrevistadas relataram “a forma rude que os profissionais se dirigiam a elas, e que em algum momento eram duros nas colocações, ultrapassando o limite da educação”. Em contrapartida, Piccinini, et al. (2012) avaliaram a percepção e sentimentos das gestantes sobre o PN, nessa análise, 92% das gestantes mencionaram profissionais de saúde como boa referência para elas ao longo do período gestacional.

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados evidenciados e considerando os objetivos propostos neste estudo, conclui-se que o componente estrutura possui fragilidades capazes de interferir na qualidade da assistência pré-natal. Desta forma, há precariedade nas unidades de saúde avaliadas. Todas as ESF do município foram classificadas como precárias e insuficientes. De forma mais específica, os únicos critérios em que o município obtém classificação ótima e satisfatória são os instrumentos de registros e recursos materiais, respectivamente.

Quanto ao processo, os dados apontaram para a melhoria da assistência e no fortalecimento de ações capazes de reorganizar os serviços e ressignificar as práticas no âmbito da Estratégia Saúde da Família, sobretudo no registro de informações no cartão da gestante.

A maioria das usuárias possuía faixa etária de idade para o risco habitual (20 a 24 anos), predominou a cor parda, possuíam o ensino médio completo, parceiro fixo, e não apresentaram os antecedentes pessoais, tabagismo, alcoolismo ou uso de outras drogas, no entanto, uma parcela de mulheres apresentou infecção do trato urinário e foram tratadas conforme o protocolo do MS.

Os antecedentes obstétricos foram classificados como de risco habitual, a maioria tiverem partos vaginais, no intervalo mínimo de dois anos e possuíam em média dois filhos vivos.

A respeito das consultas pré-natais, foram identificados aspectos positivos e negativos. Dentre os positivos, destacam-se: o inicio precoce do PN, antes de 12 semanas, a realização média de seis consultas. Como negativos: intervalos entre as consultas mensais superiores ao recomendado pelo MS, especificamente entre o segundo e terceiro trimestre. Vale salientar que sob a perspectiva do índice de *Kesnner* o nível um de adequação da assistência PN foi classificado como adequado.

Os dados mostraram que as usuárias tiveram acesso aos imunobiológicos necessários durante a gestação, uma quantidade significativa foi vacinada contra o tétano neonatal, hepatite B e a influenza, sendo que esta última em menor proporção por ser uma vacina disponível de forma seletiva, preferencialmente em campanhas.

Quanto aos registros nos cartões de pré-natal, mostrou-se preocupação em registrar a idade gestacional, a altura uterina, aferição da pressão arterial e peso. Entretanto, negligenciou-se de registros da raça/cor, ocupação, do índice de massa corporal e do gráfico nutricional e da altura uterina. Essa lacuna no preenchimento requer reflexão por parte dos profissionais tendo em vista o cartão do pré-natal ser o documento que guarda informações relevantes para continuidade do cuidado na rede de referência.

As usuárias participantes do estudo não tinham acesso a consulta odontológica e não realizavam o exame citológico contra o câncer de colo de útero. Nestes itens indicados acima a assistência PN nesse município pode ser considerada como desfavorável. Ademais, amplia-se essa fragilidade quando observa-se a ausência de orientações básicas, como as relacionadas à amamentação e contracepção.

Sobre os exames laboratoriais, nota-se que a realização deles foi considerada adequada no primeiro trimestre, enquanto que os exames a serem repetidos no terceiro, especificamente as sorologias, não obtiveram esta mesma adequação. Esta fragilidade relaciona-se ao número insuficiente de vagas para a realização, cabendo ao município uma reprogramação desses exames a partir das necessidades apresentadas. É fato também que exames específicos como *coombs* indireto e urocultura não foram acessíveis às gestantes tendo que as mesmas procurarem a rede particular.

Com relação aos indicadores de resultados o município pode ser considerado como satisfatório. A maioria das mulheres pariu por via vaginal, gestação a termo, seus filhos nasceram com APGAR maior que sete no primeiro e quinto minuto, pesaram entre 2.500 a 4000g, não ocorreram óbitos materno ou neonatal desfechos e elevado índice de mães que estavam amamentando de forma exclusiva.

Como fatores negativos que relacionam-se ao componente resultado apontam-se: as puérperas não receberam visita puerperal, não foram orientadas sobre anticoncepção e nem encaminhadas ao planejamento familiar.

As usuárias sentiram-se satisfeitas com a assistência pré-natal recebida e os motivos dessa satisfação estavam associados à gentileza da enfermeira e o desfecho favorável da gestação com o nascimento de uma criança saudável.

As limitações deste estudo incluem a classificação da qualidade, o período da coleta de dados e o tipo de estudo. Pode ter ocorrido subestimação na qualidade de alguns registros, exames, vacinação e procedimentos, pois podem ter sido realizados e não registrados no cartão pré-natal. O período da coleta ter subestimado a cobertura da vacinação da influenza, que ocorre em período sazonal. No estudo transversal os dados indicam um único momento, não mostrando as modificações da qualidade do pré-natal ao longo do tempo.

Enquanto não se dispõe de avaliações que investiguem os fatores associados não só à baixa adesão dos profissionais aos registros e, provavelmente, à realização dos procedimentos recomendados da consulta, como também à baixa adesão das mães ao programa de pré-natal da rede pública, os resultados de estudos locais de monitorização do programa devem ser amplamente discutidos com as equipes de saúde a fim de otimizar os recursos materiais e humanos disponíveis.

Este estudo fornece um panorama geral da situação da atenção pré-natal neste município, delimitando áreas mais fragilizadas, bem como pontos que merecem maiores investimentos. Desse modo, é imprescindível que as autoridades voltem sua atenção à saúde da mulher e estabeleçam estratégias de melhoria da qualidade da assistência pré-natal prestada, a fim de melhorar os indicadores já citados.

Assim, esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção oferecida por esses serviços. Para isso, são sugestões aos gestores:

- ✓ Estimular a captação precoce das gestantes através de capacitação para os ACS, elo entre comunidade e ESF.
- ✓ Realizar um planejamento estratégico para suprir a carência dos recursos humanos nas ESF.
- ✓ Motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva, especificamente saúde materno infantil e trabalho em equipe multidisciplinar.
- ✓ Implementar a Rede Cegonha.
- ✓ Garantir a realização dos procedimentos, quantidade ideal de exames solicitados nas consultas de pré-natal.
- ✓ Implantar mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais, com análise de indicadores quantitativos e

qualitativos que permitam monitorar o impacto das ações sobre a atenção pré-natal e utilização dos resultados como base orientadora na redefinição de estratégias.

- ✓ Garantir o tratamento das intercorrências comuns da gravidez e organizar o sistema de atendimento entre os níveis.
- ✓ Realizar e apoiar pesquisas avaliativas sobre a atenção pré-natal no âmbito do ESF.
- ✓ Reorganizar o sistema de referência e contrarreferência, com implantação de protocolos e utilização sistemática dos instrumentos de registro, visando continuidade da atenção nos demais pontos das RAS.
- ✓ Estimular a formação de grupos de gestantes e ações de educação e promoção da saúde, com participação de todos os profissionais da ESF, visando uma maior adesão de profissionais e gestantes.
- ✓ Efetivar a vinculação da gestante através de visitas às maternidades referência para o parto, promovendo articulação entre os profissionais da ESF e a maternidade que irá realizar o parto.

Acredita-se que essa pesquisa possa oferecer subsídios para uma avaliação na perspectiva de qualidade sobre o funcionamento do serviço, contribuindo com os gestores e também para o ensino, pesquisa e prática assistencial. Tendo em mente que ao realizar este estudo pode-se conhecer melhor e contribuir, de alguma forma, para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal no município.

Espera-se, também, que outros estudos sejam complementares a este, na perspectiva de responder aos questionamentos levantados e a outros que virão, uma vez que os estudos avaliativos sobre assistência pré-natal são escassos em nosso estado.

Dessa forma, almeja-se contribuir para o início de uma discussão com participação de gestores e profissionais, para que, juntos, proponham soluções para melhoria da atenção pré-natal, com vistas à redução dos pontos fracos, contribuindo assim para a redução da morbimortalidade materna e fetal, tornando a gestação um momento especial para a mulher, família e profissionais que assistem.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, R. B. **Avaliação da Assistência Pré-natal: em foco a estrutura, e o processo assistencial.** 2014. 138f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)- Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá. 2014.

ALVES, C. N.; RESSEL, L. B.; SANFELICE, C., BISOGNIN, P.; WILHELM, L. A.; ZANINI, R. R. Pregnant women profile assisted in nursing's prenatal consultations at a basic health unit. **J. res.: fundam. care. online.** jul./set. v. 5, n. 3, p.132-141, 2013.

ALENCAR, A. M. P. G. **Avaliação da atenção em diabetes mellitus no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-Ceará.** 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Brasília. 2013.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G.; MACCHETTI, C. E.; SOUSA, M. H. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Pública**. v. 45, n. 5, p.854-63, 2011.

ANDRADE, L. G, AMORIM, M. M. R, CUNHA, A. S. C, LEITE, S. R. F, VITAL, A. S. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Gineco. Obstet.;** v. 31, n. 6, p. 285-292. 2009.

ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELLO, D. F. de. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 181-186. 2015

ANDRADE, M. M. de, **Introdução à metodologia do trabalho científico:** elaboração do trabalho de graduação. São Paulo: Atlas, 2005.

ANVERSA, E. T. R; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. da S. D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e Unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr., 2012.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. da. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto contexto - enferm. [online].**, v. 21, n.2, p.269-276. 2012.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica,** Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.

BAULI, J. D. **Avalição da assistência pré-natal na rede básica do município de Maringá, PR.** 2010. 75f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2010.

BEECKMAN, K. et al. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. **BMC Health Services Research.** v. 11, n. 213, p. 01-10, 2011.

BORGES, M. L. et al. **Cartão da gestante:** registros de pré-natal nas unidades básicas de saúde de Cuiabá-MT.2012. In: Anais do 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2012. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio Grande do Sul, 2012.

BORASCHI, T. M.; TEIXEIRA, N. Z. F. **A utilização do cartão da gestante na atenção básica de saúde do município de Cuiabá – MT na perspectiva de profissionais e puérperas.** In: Anais da 73ª Semana Brasileira de Enfermagem, 2012, Cuiabá, MT. Cuiabá: Associação Brasileira de Enfermagem. Seção Mato Grosso, 2012.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Gestão e sociedade. Belo Horizonte. v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/agosto, 2011.

BOTELHO, N. M.; SILVA, I. F. M. M.; TAVARES, J. R.; LIMA, L. O. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. **Rev. Bras. Gineco. Obstet.** v. 36. n. 7. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Morte Materna**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal** [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf.> Acesso em: 30 setem. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 27 de junho de 2011.** Institui a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União (DOU), seção 1, p. 109, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestação de Alto Risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.** SINASC. BRASIL 2011c. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?> Acesso em: 06 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade- SIM,** 2011d. Disponível em:<www.datasus.gov.br>. Acesso em: 07 mai. 2015.

BRASIL. 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. 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Pré-natal de baixo risco.** Cadernos de Atenção Básica. N. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012.** Trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Dezembro, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2012c**. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2012>. Acesso em: 03 setembro. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Capítulo 14: **Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010**; p. 345-57. 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA. Brasil. **Indicadores e Dados Básicos para Saúde.** Brasília: Coordenação Geral de Documentação e Informação. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 29 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação.** Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. AMAQ. 3ª edição. Brasília. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília – DF. Ministério da Saúde. Abril, 2015b.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULO, A. P. S.; HARTZ, Z. (ORG.) **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

CASTRO, M. E. de; MOURA, M. A. V; SILVA, L. M. S. da. Qualidade da Assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Rev. Rene,** v. 11, n. Especial, p. 72-81, 2010.

CESAR, J. A.; Santos, G. B. dos; SUTIL, A. T.; Cunha, C. F.; Dumith, S. de C. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Gineco. Obstet.** [online]., v. 34, n.11, p.518-523. 2012.

CORRÊA, A. C. de P.; ARANTES, R. B.; LIMA, A. P. de; NAKAGAWA, J. T. T. Analysis ofthe prenatal care in Cuiabá-Mato Grosso accordingto SISPRENATAL dat. **Rev. pesq.: cuid. fundam. online**. v. 5, n. 2, p. 3740-3748. abr./jun. 2013.

CORRÊA, M. D. **Assistência Pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da Zona Sul do município de São Paulo.** 2014. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014.

CORRÊA, C.R.H.; BONADIO, I.C.; TSUNECHIRO, M.A. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev. Escola Enfermagem.** São Paulo: USP, v. 45, n.6, p. 1293-1300, 2011.

COSTA, R. C.; CHEIN, M. B. da C.; GAMA, M. E. A.; COELHO, L. S. C.; COSTA, A. S. V. da; CUNHA, C. L. F.; BRITO, L. M. O. Caracterização da cobertura pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev. Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 63, n. 6, p. 1005-1009, nov./dez. 2010.

COSTA, L. O. P.; MAHER, C. G.; LOPES, A. D.; NORONHA, M. A. de, COSTA, L. C. M. Como escrever de forma transparente artigos científicos relevantes para a prática da Fisioterapia. **Rev. Bras. Fisioter.** v. 15, n. 4, p. 267-271. 2011.

COSTA, C. S. C. **Caracterização do atendimento pré-natal na rede de atenção básica de saúde Goiânia, Goiás.** 2011. 72f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifica Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.

COUTINHO, T. **Adequação da Assistência Pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG:** análise do processo. 2002. 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.

CRUZ, M. M; REIS, A. C. **Monitoramento e Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS).** In: Godim, R.; Grabois, V.; Mendes, W. (Orgs). Qualificação Gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP. 2ª. ed., p. 415-426, 2011.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate.** In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde [versão online], p.180-198. 2001. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 04 mai. 2015.

DA SILVA, E. P.; LIMA, R. T. de; FERREIRA, N. L. S.; COSTA, M. J. de C. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,** Recife, v. 13, n. 1, p. 29-37. jan. / mar., 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 32, n.6, jun., 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. de A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. do C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar., 2012.

DONABEDIAN, A. The quality medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA,** Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality.** In Arch. Pathol. Lab. Med., 114:1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde.** Tradução de Roberto Passos Nogueira. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

DONABEDIAN, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press; **Croat Med J**. v. 44, p. 655-657, 2003.

DUBOIS, C. A; CHAMPAGNE, F. E.; BILODEAU, H. **Histórico da Avaliação.** In: Astrid Brousselle; François Champagne; André-Pièrre Contandriopoulos; Zulmira Hartz (Orgs.). Avaliação: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p: 19-39, 2011.

ECHER, I. C, BARRETO, S. S. M. Determination and support as successful factors for smoking cessation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** June; v, 16, n. 3: p. 445-51. 2008.

ESCRIVÃO JUNIOR, Á. A Epidemiologia e o Processo de Assistência à Saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, AM. (Org.). **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, p. 15-31, 2012.

ESTHER, P. da S.; ROBERTO, T. L.; COSTA, M. J. de C. BATISTA FILHO, M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Rev. Panam Salud Publica**. v. 33, n. 5, p.356-363, 2013.

ETGES, M. R.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; CORDOVA, F. P. A atenção pré-natal na ótica de um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre (RS), v. 32, n. 1, p.15-22, mar., 2011.

FAGBAMIGBE, A. F.; IDEMUDIA, E. S. Assessment of quality of antenatal care services in Nigeria: evidence from a population-based survey. **Reproductive Health**. v. 12, n. 88. 2015.

FELICIANO, N. B.; PRADEBON, V. M; LIMA, S. S. de, Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichan,** v. 13, n. 2, mai./agos. 2013.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G; SAMICO, I.; FELISBERTO, E. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em Saúde:** Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, p. 43-56, 2010.

FIOCRUZ. Portal Determinantes Sociais da Saúde. **Proporção (%) de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, por ano, segundo região e escolaridade da mãe.** Rio de Janeiro: Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ; 2012, Jan. 30 Disponível em <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030204-20120130.pdf> Acesso em 29 de setembro 2016.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene. Fortaleza,** v. 11, n.1, p. 200-207, jan./mar. 2010.

FONSECA. L. A. C.; PÁDUA, L. B.; VALADARES NETO, J. D. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. Interdisciplinar NOVAFAPI,** Teresina, v. 4, n. 2, p. 40-45, 2011.

FROTA, N. M.; OLIVEIRA, R. G. DE; BARROS, L. M.; CAETANO, J. Á.; SANTOS, Z. Mª de S. A. Análise da Atuação da Equipe de Saúde da Família na Assistência Pré-Natal com Base na Política Nacional de Humanização. **Blucher Medical Proceedings.** São Paulo. March. v. 1, n. 2, 2014.

FRIAS, P. G. et al. **Atributos da Qualidade em Saúde.**In: SAMICO, I. et al. (Orgs.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, Cap. 4. p. 43-56. 2010.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Rev. Ciências Cuidado e Saúde**, v. 7, n.1, p.65-72, 2008.

GABANI, F. L.; SANT´ANNA, F. H. M.; ANDRADE, S. M. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. **Ciência Cuidado Saúde.** v. 9, n. 2, p. 205-213. abri./jun. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANNI, M. **Rede cegonha: da concepção à implantação.** Monografia. (Especialização em Saúde Pública). 98f. Escola Nacional de Administração Publica-ENAP. Brasília, 2013.

GOMES, S. G. S. **Avaliação da aprendizagem: aula 10.** Tópicos em Educação a Distância. e-Tec Brasil. 2011. Disponível em: <http://ftp.comprasnet.se.gov.br/sead/licitacoes/Pregoes2011/PE091/Anexos/Eventos_modulo_I/topico_ead/Aula_10.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2015.

GOMES, A. M. **Software QTIPLOT. Software para análise de dados.** Rio de Janeiro. Instituto de Física. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2009.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGHI, M. A. B.; D'AVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm,** Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-53. mai./jun., 2008.

GRANGEIRO, G. R., DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 42, n. 1, p. 105-111. 2008.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde.** 1st ed. São Paulo: Roca, 2004.

HASS, C. N.; TEIXEIRA, L. B.; BEGHETTO, M. G. Adequabilidade da Assistência Pré-natal em uma Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre-RS. **Rev. Gaúcha Enfermagem,** v. 34, n.3, p. 22-30, 2013.

HAJE, H, I. E; LAMRINI, M.; RAIS, N. Quality of care between donabedian model and iso9001v2008. **International Journal for Quality Research**. v. 7, n. 1, p. 17–30, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2009. **Censo Demográfico 2009.** Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 13 mai. 2015.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva.** 2ª ed. São Paulo: Artmed. 2005.

KFOURI, R. A, RICHTMANN, R. Vacinação contra o vírus influenza em gestantes: cobertura da vacinação e fatores associados. **Einstein (São Paulo);** v. 11; n. 1; p. 53-57. 2013.

KHADER, Y. S.; TA'ANI, Q. Periodontal diseases and risk of preterm birth and low birth weigth: a meta-analysis. **J Periodont Res.;** v. 76, p. 161-165. 2005.

KLEIN, C. de J.; MADI, J. M.; ARAÚJO, B. F.; ZATTI, H.; BOSCO, D. dos S. D., HENKE, C. N.; ROMBALDI, R. L.; MADI, S. R. C. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Rev. da AMRIGS,** Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 11-16, jan./mar. 2012.

KOTELCHUK, M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prental Care Index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **Am J. Public Health,**v. 84, p. 1414-1420, 1994.

LEAL, N. P.; JANNOTTI, C. B. Saúde bucal da gestante atendida pelo SUS: práticas e representações de profissionais e pacientes. **FEMINA**. v. 37, n. 8, agosto, 2009.

LESTER, F.; BENFIELD, N.; FATHALLA, M. Global Women's Health in 2010: Facing the Challenges. **Journal ofWomen's Health.** v. 19, n. 11, p. 2081-2089. 2010.

LÍBERA, B. D.; SAUNDERS, C.; SANTOS, M. M. A. DE S.; RIMES, K. A.; BRITO, F. R. dos S. de S.; BAIÃO, M. R. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de

puérperas e profissionais de saúde. Temas Livres. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 16, n. 12, p. 4855-4864, 2010.

MAJROOH, M. A.; HASNAIN, S.; AKRAM, J.; SIDDIQUI, A.; MEMON, Z. A. Coverage and Quality of Antenatal Care Provided at Primary Health Care Facilities in the 'Punjab' Province of 'Pakistan'. **PLOS ONE.** v. 9. November. 2014.

MARTINELLE, K. G.; SANTOS NETO, E. T. DOS; GAMA, S. G. N. DA; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Brasileira Ginecologia Obstetrícia,** v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção a Saúde. **Ciência e saúde coletiva** [online]. v. 15, n. 5, p. 2297-2305. Rio de Janeiro. 2011.

MELO, R.; SANTANA DE BRITO, R.; BARRETO DE CARVALHO, F. P.; PESSOA JÚNIOR, J. M.; DE OLIVEIRA L. B. S. D. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. **Rev. Rene, Fortaleza.** v.12, n. 4, p. 750-757, 2011.

MIRANDA, F. J. S.; FERNANDES, R. A. Q. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. **Rev. enferm. UERJ,** Rio de Janeiro. v. 18, n. 2, p. 179-184. abr./jun., 2010.

MINANNI, C. A.; CHEKIN, G., NAKANO, C. G. Y.; RIBEIRO, A. L.; MAGALHÃES, J.; TAMANAHA, S.; ALDRIGHI, J. M. Conhecimento contraceptivo no puerpério precoce e seu uso efetivo após seis meses. **ArqMed.** Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo, v. 54, n. 3, p. 94-9, 2009.

MORAIS, M. M. **Avaliação da Atenção Pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Helena de Goiás.** 2013. 149f. [Dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2013.

MOTA, S. M. S, GAMA, S. G. N, THEME, M. M. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. v. 17, n. 1, p. 33-42. 2008.

MOTTA, G. de C. P. da; ECHER, I. C.; LUCENA, A. de F.. Fatores associados ao tabagismo na gestação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 18, n. 4, jul./ago., 2010.

MORSE, M. L.; FONSECA, S. C. BARBOSA, M. D.; CALIL, M. B.; EYER, C. F. P. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr., 2011.

MUSHI, D.; MPEMBENI, R.; JAHN, A. Effectiveness of community based safe motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care. The case of

Mtwara Rural District in Tanzania. **BMC Pregnancy Childbirth.** [online]. v. 10, n. 14, p. 1-9. 2010.

NAARIYONG, S.; POUDEL, K. C.; RAHMAN, M.; YASUOKA, J.; OTSUKA, K.; JIMBA, M. Quality of Antenatal Care Services in the Birim North District of Ghana: Contribution of the Community-Based Health Planning and Services Program. **Matern Child Health J.** v. 16, p. 1709–1717. 2012.

NIQUINI, R. P.; BITTENCOURT, S. A.; LACERDA, E. M. de A.; SAUNDERS, C.; LEAL, M. do C. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife,** 10 (Supl. 1): S61-S68 nov., 2010.

OLIVEIRA, S. K. M.; PEREIRA, M. M.; FREITAS, D. A.; CALDEIRA, A. P. Saúde Materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 307-313. 2014.

OLIVEIRA, R. L. A. de; FONSECA, C. R. B. da; CARVALHAES, M. A. de B. L.; PARADA, C. M. G. de L. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 21, n. 2, mar./abr., 2013.

OLIVEIRA, D. C. O.; MANDÚ, E. N. T.; CORRÊA, Á. C. DE P.; TOMIYOSHI, J. T.; TEIXEIRA, R. C. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery,** v. 17, n. 3, p. 446-454, jul./set. 2013.

OLIVEIRA, T. M. **Impacto da violência de gênero sobre a saúde das mulheres: revisão integrativa** [Monografia de conclusão de curso]. Crato: Universidade Regional do Cariri – URCA, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. WHO/RHR. Fev. 2015.

PANIZ, V. M. V. Acesso a medicamentos de uso continuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil. **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p.267-280, 2008.

PARIS, G. F.; PELLOSO, S. M.; MARTINS, P. M. Qualidade da assistência Pré-Natal nos serviços públicos e privados. **Rev. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia,** v. 35, n. 10, p. 447-452, 2013.

PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. DA; MIRANZI, SILVEIRA, M. A.. Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. **Cienc. Cuid. Saude.** v. 9, n. 2, p. 262-268, abr./jun., 2010.

PEREIRA, N. M., GUIMARÃES, B. N. S.; LANZA, F. M. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** v. 3, n. 3, p. 804-819. set./dez., 2013.

PEIXOTO, C. R. F.; VIEIRA, L.; TELES, L. M. R.; CAMPOS, F. C.; DE PAULA, P. F.; DAMASCENO, A. K. de C. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, p. 286-291. abr./jun. 2011.

PERES BIRUEL, E.; ROCHA PINTO, R. **Bibliotecário: Um profissional a serviço da pesquisa.** Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação. Maceió, Alagoas, Brasil. 2011.

PICCININI, C. A.; CARVALHO, F. T. de; OURIQUE, L. R.; LOPES, R. S. Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 28; n. 1, p. 27-33, jan./mar., 2012.

PNDU. Programa Nacional de Desenvolvimento Humano**. O índice de desenvolvimento humano municipal Brasileiro.** Série: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

POLGLIANE, R. B. S; LEAL, M. do C.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; NETO, E. T. dos S. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

PINTO, E. N. **Medidas preventivas relacionadas à úlcera por pressão no contexto da segurança do cliente: revisão integrativa.** Dissertação de Mestrado Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. UFRJ. 2012.

PRADONOV, C. C.; FREITAS, E. C de. **Metodologia do Trabalho Científico:** Métodos e Técnicas da Pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Rio Grande do Sul, Ed. Universidade Feevale, 2013.

RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. Atenção Pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife. v. 8, n. 4, p. 401- 410, out./dez., 2008.

REZENDE FILHO, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental,** 13 ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2014.

ROCHA, R. S. **Atenção Pré-natal na rede básica de Fortaleza - CE:** uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) Centro de Ciências da Saúde/Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

ROCHA, R. S.; SILVA, C. da; GURGEL, M. Assistência Pré-natal na rede básica de Fortaleza - Ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Rev. Brasileira Promoção da Saúde.** Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 344-355, jul./set. 2012.

RODRIGUES, L. P. da S. **Efeitos no feto da ingestão de álcool durante a gravidez.** [Dissertação] Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2014.

ROCHA, R. S.; BEZERRA, S. C. LIMA, J.W.O.; COSTA, F. S. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.,** v. 34, n. 3, p. 37-45. 2013.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no sistema de Informação sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Caderno Saúde Pública,** v. 22, p. 673-681, 2006.

SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em Saúde:** Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, p. 43-56, 2010.

SANTOS NETO, E. T. dos; OLIVEIRA, A. E.; ZANDONADE, E.; GAMA, S. G. N. da; LEAL, M. do C. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1650-1662, set., 2012.

SANTOS, T. C. S.; SANTOS, S. M. P. PAIXÃO, G. P. N.; SENA, C. D. Avaliação da assistência pré-natal: opinião das gestantes. **Rev. Eletrônica da Fainor,** Vitória da Conquista. v. 5, n. 1, p. 141-148. Jan./dez. 2012.

SARAPOLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Rev. esc. de enfermagem USP.** v. 44, n.1, p.92-98, 2010.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev. Crítica de Ciências Sociais,** v.85, junho, p. 65-82. 2009.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. da. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva.** v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011.

SCOCHI, M. J. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. **Acta Scientiarum.** Maringá, v. 24, n.3, p. 803-809, 2002.

SHIMIZU, E. H.; LIMA, M. G. de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Brasileira Enfermagem.** Brasília. mai./jun., v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

SIQUEIRA, C. V. C. de. **Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Santos.** Dissertação. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2011.

SILVA, E. P. da; LIMA, R. T. de; FERREIRA, N. L. S.; COSTA, M. J. de C. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,** Recife, v. 13, n. 1, p. 29-37. jan./mar., 2013.

SILVA, G. A. da. **Prevalência da depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento: contribuições metodológicas de uma metanálise.** Tese de Doutorado. USP-Universidade de São Paulo. São Paulo. 2013.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

SILVEIRA, D. S. da; SANTOS, I. S. dos; COSTA, J. S. D. da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev., 2010.

SIMERA, I.; MOHER, D.; HIRST, A.; HOEY, J.; SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G. Transparent and accurate reporting increases reliability, utility, and impact of your research: reporting guidelines and the EQUATOR Network. **BMC Med.** v. 8, n. 24, 2010.

SOARES, E. S.; MENESES, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. Brasília. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v.19, n.1, mar. 2010.

SOUZA, M. T, SILVA, M. D, CARVALHO R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, 8Supl.1, p. 102-106, 2010.

SULTI, A. Del C.; LIMA, R. de C. D.; FREITAS, P. de S. S.; FELSKY, C. N.; GALAVOTE, H. S. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde debate.** Rio de Janeiro. v. 39, n. 104, p. 172-182, jan./mar. 2015.

SCHUTTE, J. M; SCHUITEMAKER, N. W; ROOSMALEN, VAN. J.; STEEGERS, E. A; Dutch Maternal Mortality Committee. Substandard care in maternal mortality due to hypertensive disease in pregnancy in the Netherlands. **BJOG**, v. 115, p. 732-736, 2008.

SCHUTTE, J. M.; STEEGERS, E. A.; SCHUITEMAKER, N. W; SANTEMA, J. G. de BOER, K., PEL, M. et al. Rise in maternal mortality in the Netherlands. **BJOG,** 2009.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Sociedade,** São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

TEIXEIRA, R. C. **Necessidades de saúde no pós-parto:** percepções de mulheres, homens e trabalhadores da Saúde da Família. 2012. 125f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2012.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VIEIRA, G. F.; ZOCRATTO, K. B. F. **Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal.** RFO.; v. 12, p. 27-31. 2007

VIANA, R. da C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, M. P. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde** - 22 Sup., 2011.

VETTORE, M. V. et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem histórias de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 12, abri./jun. 2013.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. **Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions.** São Paulo Med. J. [online],v. 119, n. 1, p. 33-42. ISSN 1516-3180. 2001.

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. de M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Rev. Esc. Anna Nery** [online], v.17, n.1, p.133-141. 2013.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N. da; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. da; BASTOS, M. H.; LEAL, M. do C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 30. Sup: S85-S100, 2014.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Rev. Escola Anna Nery (impr.)** v.16, n. 2, p. 312-319. abr./jun. 2012.

WHITTEMORE, R.; KNAFL K. The integrative review: update methodology. **J AdvNurs.** v. 52, n. 5, p. 546-53. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010.** Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneve: WHO, 2012.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J.R.; FRITZPATRICK, J.L. **Avaliação de Programas: concepções e práticas.** São Paulo: Edusp/Editora Gente, 2004.

XIMENES NETO, F. R. G.; LEITE, J. L.; FULY, P. dos S. C.; CUNHA, I. C. K. O.; CLEMENTE, A. de S.; DIAS, M. S. de A.; PONTES, M. A. C. 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, set./out. 2008.

YEGANEH, N.; WATTS, H. D; CAMARCA, M.; SOARES, G.; JOÃO, E; PILOTTO, J. H, et al. Syphilis in HIV-infected mothers and infants: results from the NICHD/HPTN 040 study. **PediatrInfectDis J**.; v. 34, p.52-57, 2015.

APÊNDICES

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Profissional

Eu Moacir Andrade Ribeiro Filho, RG: 2745978-94 estou realizando uma pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família”, sob a orientação do prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino da Universidade Regional do Cariri e Co-orientação da profa. Dra. Mirna Fontenele de Oliveira da Universidade Federal do Ceará. O objetivo do estudo é “Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família no município de Lavras da Mangabeira, Ceará”, assim, este estudo terá como benefício subsidiar a tomada de decisão sobre programas pertinentes relacionados à assistência pré-natal vinculando planejamento, ações e estratégias. Quantos aos riscos, estes serão mínimos habituais, sobretudo de constrangimento durante a aplicação dos formulários. Entretanto, para reduzi-lo, será proporcionado um ambiente reservado, individualizado, bem como agendamento conforme disponibilidade do participante.

Desta forma, estou lhe convidando para participar deste estudo. Caso você concorde, precisarei analisar a estrutura por observação direta e aplicarei um formulário junto a sua pessoa com informações sobre a estrutura do serviço, o processo de atenção pré-natal e os resultados dessa assistência.

Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, suas informações serão importantes e poderão contribuir para melhorias da assistência pré-natal. A sua participação nesta pesquisa é voluntária, e, portanto, não é obrigado (a) fornecer as informações nem colaborar com as atividades solicitadas.

Caso o/a Sr(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a participação. As informações registradas ficarão arquivadas e sob a responsabilidade dos pesquisadores. Garantimos que todas as informações serão confidenciais. Seu nome será mantido em sigilo para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Os pesquisadores e o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) estão à disposição para quaisquer esclarecimentos. Caso tenham alguma dúvida sobre os objetivos da pesquisa ou os métodos utilizados na mesma, manter contato com o pesquisador ou com o CEP conforme endereços abaixo:

Pesquisador: Moacir Andrade Ribeiro Filho. Fone: (88) 99664 0590, e-mail: moacirarf@outlook.com
Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA). Fone: (88) 3102 1212, e-mail: cep@urca.br

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr(a) _____, portadora da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Lavras da Mangabeira-Ce. _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do (a) participante

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora,

Eu Moacir Andrade Ribeiro Filho, RG: 2745978-94 estou realizando uma pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família”, sob a orientação do prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino da Universidade Regional do Cariri e Co-orientação da profa. Dra. Mirna Fontenele de Oliveira da Universidade Federal do Ceará. O objetivo do estudo é “Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família” assim, este estudo terá como benefício subsidiar a tomada de decisão sobre programas pertinentes relacionados à assistência pré-natal vinculando planejamento, ações e estratégias. Quantos aos riscos, estes serão mínimos habituais, sobretudo de constrangimento durante a aplicação dos formulários. Entretanto, para reduzi-lo, será proporcionado um ambiente reservado, individualizado, bem como agendamento conforme disponibilidade do participante.

Desta forma, estou lhe convidando para participar deste estudo. Caso você concorde, precisarei aplicar um formulário junto a sua pessoa com informações pessoais, suas condições econômicas e sociais, a história de sua gestação, parto e puerpério, informações sobre as consultas e os exames realizados durante o pré-natal. Ademais precisarei checar informações contidas no seu cartão de gestantes ou prontuário. Solicitamos também sua autorização para apresentação dos dados em eventos da área da saúde e publicações em revistas científicas.

Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, suas informações serão importantes e poderão contribuir para melhorias da assistência pré-natal. A sua participação nesta pesquisa é voluntária, e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações nem colaborar com as atividades solicitadas.

Caso a Sra. aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou desistir após ter iniciado a participação, também não haverá modificações na assistência que vem recebendo pelos serviços de saúde. As informações registradas ficarão arquivadas e sob a responsabilidade dos pesquisadores. Garantimos que todas as informações serão confidenciais. Seu nome será mantido em sigilo para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Os pesquisadores e o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) estão à disposição para quaisquer esclarecimentos. Caso tenham alguma dúvida sobre os objetivos da pesquisa ou os métodos utilizados na mesma, manter contato com o pesquisador ou com o CEP conforme endereços abaixo:

Pesquisador: Moacir Andrade Ribeiro Filho. Fone: (88) 99664 0590, e-mail: moacirarf@outlook.com
Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA). Fone: (88) 3102 1212, e-mail: cep@urca.br

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sra. _____, portadora da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Lavras da Mangabeira-Ce. _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do participante

_____
ou Representante legal

APÊNDICE C - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

MATERIAL NÃO BIOLÓGICO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. Russel Sirius Anacleto de Andrade, RG: 2746088-94 Secretário Municipal da Saúde, depositário dos documentos consubstanciados nos prontuários, fichas do SISPRENATAL; E-SUS, registros documentais da estrutura física das ESF da Secretaria Municipal da Saúde, situada à rua Cel. Raimundo Augusto, S/N, 1º andar, Lavras da Mangabeira, Ceará, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", que tem como objetivo: Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, Ceará vem, na melhor forma de direito, autorizar a Moacir Andrade Ribeiro Filho, RG 2745978-94, enfermeiro, domiciliado na Rua Terêncio Correia Ferrer, 424, Bairro Centro, Lavras da Mangabeira-Ce, a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

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

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável. (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO SOLICITANTE)

Lavras da Mangabeira-CE, 12 de Janeiro de 2016.

Recebido
04.05.16

Russell Sirius A. e Andrade
Secretário de Saúde
Portaria Nº 08/2013

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

1- IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: _____ Idade: _____
Profissão: _____ Tempo de Exercício: _____
Local de Trabalho/CNES DA ESF: _____

2- QUALIFICAÇÃO

Formação/Graduação:_____ Ano:_____
Especialização 1: _____ Ano: _____
Especialização 2:_____ Ano: _____
Mestrado em: _____ Ano: _____
Doutorado em: _____ Ano: _____

Outras Informações: _____

APÊNDICE G – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS
(SATISFAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA PERSPECTIVA DA MULHER)

ESF: _____

GESTANTE ( ) PUÉRPERA ( )

1. **Qual o seu grau de satisfação com o atendimento pré-natal?**										
A. Muito insatisfeita ( )										
B. Insatisfeita ( )										
C. Regular ( )										
D. Satisfeita ( )										
E. Muito satisfeita ( )										
2. Dê uma nota de 0 a 10 para o atendimento Pré-natal recebido.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXOS

ANEXO E – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS - ESTRUTURA

Identificação da ESF: _____ CNES:_____
Data da coleta: ____/____/_____.

Recursos Humanos	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	**(5) Parcialmente Atendido**	**(10) Totalmente Atendido**
Há atendimento de pré-natal diariamente em dois turnos?	(0)	(5)	(10)
Há médico realizando pré-natal na ESF?	(0)	(5)	(10)
Ha médico obstetra?	(0)	(5)	(10)
Há enfermeiro realizando atendimento PN na ESF?	(0)	(5)	(10)
Ha enfermeiro obstetra?	(0)	(5)	(10)
Há odontólogo realizando atendimento a gestante?	(0)	(5)	(10)
Há Tec. de Enfer. realizando atendimento as gestantes?	(0)	(5)	(10)
Há ACS em todas as micro-áreas?	(0)	(5)	(10)
Há funcionário de apoio administrativo na ESF?	(0)	(5)	(10)
Há Auxiliar de Serviços Gerais em todos os turnos de atendimento?	(0)	(5)	(10)
Há atendimento pelo NASF?	(0)	(5)	(10)
Total da categoria			

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 com banheiros?	(0)	(5)	(10)
A sala de atendimento possui condições de higiene e ventilação adequada?	(0)	(5)	(10)
Cada consultório dispõe de pias para lavar as mãos?	(0)	(5)	(10)
Há iluminação suficiente para realizar as atividades?	(0)	(5)	(10)
Há salas disponíveis para realizar Educação em Saúde?	(0)	(5)	(10)
Total da categoria			

Recursos Materiais	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	**(5) Parcialmente Atendido**	**(10) Totalmente Atendido**
Birô e cadeira?	(0)	(5)	(10)
Mesa ginecológica c/ escada de 2 degraus?	(0)	(5)	(10)
Foco de luz?	(0)	(5)	(10)
Balança para adulto (peso e altura)?	(0)	(5)	(10)
Maca para exame?	(0)	(5)	(10)
Esfignomanômetro?	(0)	(5)	(10)
Estetoscópio clínico?	(0)	(5)	(10)
Sonnar?	(0)	(5)	(10)
Fita métrica flexível e inelástica?	(0)	(5)	(10)
Espéculos vaginais e pinça de cheron?	(0)	(5)	(10)
Material para coleta de exame colpocitológico?	(0)	(5)	(10)
Gestograma ou disco obstétrico?	(0)	(5)	(10)
Disco ou tabela de IMC?	(0)	(5)	(10)
Roupa de maca/camisola limpa?	(0)	(5)	(10)
Lixeira para material usado?	(0)	(5)	(10)
Manutenção e esterilização dos equipamentos utilizados?	(0)	(5)	(10)
Biombo para preserva a usuária?	(0)	(5)	(10)
Caderno informativo sobre cuidado pré-natal?	(0)	(5)	(10)
Total da categoria			

Instrumento de Registros	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	**(5) Parcialmente Atendido**	**(10) Totalmente Atendido**
Cartão de Gestante?	(0)	(5)	(10)
Ficha perinatal?	(0)	(5)	(10)
Ficha do SISPRENATAL?	(0)	(5)	(10)
Mapa de registro diário?	(0)	(5)	(10)
Caderno para controle de registro dos atendimentos?	(0)	(5)	(10)
Total de instrumento de registros			

Apoio Laboratorial/Exames Na ESF é garantido os seguintes exames	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	**(5) Parcialmente Atendido**	**(10) Totalmente Atendido**
Hematócrito	(0)	(5)	(10)
Hemoglobina	(0)	(5)	(10)
ABO e RH	(0)	(5)	(10)
Sorologia para sífilis (VDRL)	(0)	(5)	(10)
Sorologia para rubéola	(0)	(5)	(10)
Sorologia para hepatite (HBsAg)	(0)	(5)	(10)
Teste HIV	(0)	(5)	(10)
Teste rápido de HIV	(0)	(5)	(10)
Teste rápido de Sífilis	(0)	(5)	(10)
Teste rápido de gravidez	(0)	(5)	(10)
Sumário de Urina	(0)	(5)	(10)
Cultura de Urina	(0)	(5)	(10)
Proteinúria	(0)	(5)	(10)
Glicemia em jejum	(0)	(5)	(10)
Coombs indireto	(0)	(5)	(10)
Colpocitologia	(0)	(5)	(10)
Parasitológico de fezes	(0)	(5)	(10)
TOTG	(0)	(5)	(10)
USG	(0)	(5)	(10)
Total da categoria			

Medicamentos essenciais	Pontos		
	(0) Insatisfatório ou Inexistente	**(5) Parcialmente Atendido**	**(10) Totalmente Atendido**
Ácido Fólico	(0)	(5)	(10)
Sulfato Ferroso	(0)	(5)	(10)
Analgésicos	(0)	(5)	(10)
Antiácidos	(0)	(5)	(10)
Antieméticos	(0)	(5)	(10)
Anti-hipertensivos para gestante	(0)	(5)	(10)
Antitérmicos	(0)	(5)	(10)
Cremes vaginais	(0)	(5)	(10)
Insulina	(0)	(5)	(10)
Supositórios de Glicerina	(0)	(5)	(10)
Total da categoria			

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-referência funcionante	(0)	(5)	(10)
Existe transporte disponível para levar a gestante à referência	(0)	(5)	(10)
Total da categoria			

Fonte: Rocha (2011) e Morais (2013).

Relatório de avaliação da estrutura

Categorias Avaliadas	Máx. de pontos	Pontos obtidos	Prop.(%)	Critérios de Avaliação			
				Insuficiente (<49,9%)	Precárias (50 a 74,9%)	Satisfatórias (75 a 89,9%)	Ótimas (90 a 100%)
Recursos Humanos	110						
Planta Física	60						
Recursos Materiais	180						
Instrumento de Registros	50						
Apoio Laboratorial/ Exames	190						
Medicamentos essências	100						
Sistema de referência e contra-referência	30						
TOTAL	**720**						

Fonte: Rocha (2011) e Morais (2013).

ANEXO F – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS - PROCESSO E RESULTADO
(Coleta no Cartão do PN)

ESF_____ **N. Formulário:** _____
SISPRENTAL: _____

A. Dados sóciodemográficos			
1. Idade	( )	**6c. Contato com produtos químicos**	
Sem Registro	( )	Sem registro	( )
2. Raça/cor informada		Não	( )
Sem registro	( )	Sim	( )
Branca	( )	**7. Renda Familiar (R$) ( )**	
Negra	( )	Sem registro	( )
Parda	( )	**7a. Pessoas vivendo com esta renda**	( )
Amarela	( )	Sem registro	( )
Indígena	( )	***B. Antecedentes Pessoais***	
3. Escolaridade (anos estudados)		Sem registro	( )
Sem registro	( )	**8. Infecção Urinária**	
Nenhuma	( )	Não	( )
E.F ou M.I	( )	Sim	( )
E.F. ou M.C	( )	**8a.Tratada**	( )
E.S.I	( )	Não	( )
E.S.C	( )	Sim	( )
4. Situação Familiar		**9. Infertilidade**	
Sem registro	( )	Não	( )
Companheiro e filhos	( )	Sim	( )
Companheiro e sem filhos	( )	**10. Cardiopatia**	
Companheiro/filhos/familiares	( )	Não	( )
Convive com familiares	( )	Sim	( )
Convive com outras pessoas	( )	**11. Diabetes**	
Vive só	( )	Não	( )
Sem informação	( )	Sim	( )
5. Estado Civil		**12. Hipertensão**	
Sem registro	( )	Não	( )
Casada	( )	Sim	( )
Solteira	( )	**13. Cirurgia Pélvica**	
Solteira com união estável	( )	Não	( )
Separada/divorciada	( )	Sim	( )
Viúva	( )	**14. Malformação**	
6. Trabalha fora de casa		Não	( )
Sem registro	( )	Sim	( )
Não	( )	**15. DST**	
Sim	( )	Não	( )
6a Ocupação ( )		Sim	( )
Sem registro	( )	**16. Fuma**	
6b Horas de trabalho/dia	**( )**	Não	( )
Sem registro	( )	Sim	( )

17. Álcool		**34. Intervalo entre consultas (dias)**	
Não	( )	34a. 1ª – 2ª	( )
Sim	( )	34b. 2ª – 3ª	( )
18. Outras drogas		34c. 3ª – 4ª	( )
Não	( )	34d. 4ª – 5ª	( )
Sim	( )	34e. 5ª – 6ª	( )
18a. Qual ( )		34f. 6ª – 7ª	( )
Sem registro	( )	34g. 7ª – 8ª	( )
19. Outros antecedentes		34h. 8ª – 9ª	( )
Não	( )	34i. 9ª – 10ª	( )
Sim	( )	34j.10ª – 11ª	( )
19a. Qual ( )		34k.11ª – 12ª	( )
C. Antecedentes Obstétricos e neonatais		34l. 12ª – 13ª	( )
20. Número de gestações	( )	34m.13ª – 14ª	( )
Sem registros	( )	34n. 14ª – 15ª	( )
21. N. de partos vaginais	( )	**35. Problemas emocionais**	
Sem registros	( )	Sem registro	( )
22. Partos cesáreos	( )	Não	( )
Sem registro	( )	SIM	( )
23. N. de abortos	( )	**36. Encaminhamentos**	
Sem registros	( )	Sem registro	( )
24. N. de filhos vivos	( )	Não	( )
Sem registro	( )	Sim	( )
25. N. de natimorto	( )	**37. Imunização contra o tétano**	
Sem registro	( )	Sem registro	( )
26. N. de filhos vivos atuais	( )	Não	( )
Sem registro	( )	Sim	( )
27. Intervalo de gestações	( )	N. de doses	( )
Sem registro	( )	Imune	( )
28. Peso (g) do último RN		**38. Imunização contra Hepatite B**	
Sem registro	( )	Sem registro	( )
< 2.500	( )	Não	( )
2.500 – 4.000	( )	Sim	( )
> 4.000	( )	N. de doses	( )
D. Gestação Atual		Imune	( )
29. DUM: ____/____/_____.		**39. Imunização - Influenza Pandêmica**	
Sem registro	( )	Sem informação	( )
30. IG que iniciou o PN (Semanas)	**( )**	Não	( )
		Sim	( )
Sem registro	( )	Imune	( )
31. N. total de consultas	**( )**	**40. Risco Gestacional**	
32. N. de consultas por trimestres		Sem registro	( )
32a. Até 13ª semana	( )	Não	( )
32b. 14ª a 27ª semana	( )	Sim	( )
32c. > 28ª semana	( )	***E – Procedimentos nas consultas***	
33. IG da última consulta PN em semanas	**( )**	**41. Cálculo da IG**	
		Sem registro	( )

Realizado	( )		
Parcial	( )	**50. Movimento Fetal (a partir da 20ª s.)**	
Insuficiente	( )	Sem registro	( )
42. Peso		Realizado	( )
Sem registro	( )	Parcial	( )
Realizado	( )	Insuficiente	( )
Parcial	( )	**51. Apresentação Fetal (após 28ª sem.)**	
Insuficiente	( )	Sem registro	( )
42a. Peso inicial (g) ( )		Realizado	( )
Sem registro	( )	Parcial	( )
42b. Peso final ( )		Insuficiente	( )
Sem registro	( )	**52. Orientações sobre amamentação**	
43. Estatura (cm) ( )		Sem registro	( )
Sem registro	( )	Não	( )
44. IMC		Sim	( )
Sem registro	( )	**53. Avaliação do risco gestacional**	
Realizado	( )	Sem registro	( )
Parcial	( )	Realizado	( )
Insuficiente	( )	Parcial	( )
45. Preenchimento gráfico nutricional		Insuficiente	( )
Sem registro	( )	**54. Edema**	
Realizado	( )	Sem registro	( )
Parcial	( )	Realizado	( )
Insuficiente	( )	Parcial	( )
46. Preenchimento gráfico AU/IG		Insuficiente	( )
Sem registro	( )	**55. Prescrição do Ácido Fólico**	
Realizado	( )	Sem registro	( )
Parcial	( )	Não	( )
Insuficiente	( )	Sim	( )
47. Pressão Arterial		**56. Suplementação de Ferro**	
Sem registro	( )	Sem registro	( )
Realizado	( )	Não	( )
Parcial	( )	Sim	( )
Insuficiente	( )	**57. Consultas odontológicas**	
48. AU (a partir da 13ª semana)		Sem registro	( )
Sem registro	( )	Sim	( )
Realizado	( )	Não	( )
Parcial	( )	**57a Quantas ( )**	
Insuficiente	( )	**58. Hospitalização**	
49. Ausculta de BCF (>14ª semana)		Sem registro	( )
Sem registro	( )	Não	( )
Realizado	( )	Sim	( )
Parcial	( )		
Insuficiente	( )	***F – Intercorrências na Gestação***	

59. Encaminhamentos (SAE)		Sim	( )
Sem registro	( )	Não	( )
Não	( )	**66a. Hepatite B (HBsAg) na 30ª sem.**	
Sim	( )	Sem registro	( )
G – Realização de Exames		Não	( )
60. Sistema ABO/Rh		Sim	( )
Sem registro	( )	**67. Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)**	
Sim	( )	Sem Registro	( )
Não	( )	Sim	( )
61. *Coombs* indireto (Rh-)		Não	( )
Sem registro	( )	**68. Hb/Ht**	
Sim	( )	Sem Registro	( )
Não se aplica	( )	Sim	( )
62. VRDL		Não	( )
Sem Registro	( )	**68a. Hb/Ht (30ª semana)**	
Sim	( )	Sem Registro	( )
Não	( )	Sim	( )
62a.VDRL +: Tratou a Gestante		Não	( )
Sem registro	( )	**69. Urina tipo I**	
Sim	( )	Sem Registro	( )
Não se aplica	( )	Sim	( )
62b. VDRL +: tratou parceiro		Não	( )
Sem registro	( )	**69a. Urina tipo I (30ª semana)**	
Sim	( )	Sem Registro	( )
Não se aplica	( )	Sim	( )
63. VDRL na 30ª semana		Não	( )
Sem registro	( )	**70. Urocultura**	
Sim	( )	Sem Registro	( )
Não	( )	Sim	( )
63a.VDRL +: Tratou a Gestante		Não	( )
Sem registro	( )	**70a. Urocultura (30ª semanas)**	
Sim	( )	Sem Registro	( )
Não se aplica	( )	Sim	( )
63b. VDRL +: tratou parceiro		Não	( )
Sem registro	( )	**71. Glicemia de jejum**	
Sim	( )	Sem registro	( )
Não se aplica	( )	Sim	( )
64. Anti-HIV		Não	( )
Sem registro	( )	**72. Glicemia de jejum (30ª Semana)**	
Sim	( )	Sem registro	( )
Não	( )	Sim	( )
65. Anti-HIV na 30ª semana		Não	( )
Sim	( )	**73. Citologia oncótica**	
Não	( )	Sem registro	( )
66. Hepatite B (HBsAg)		Não	( )
Sem registro	( )	Sim	( )
Não se aplica	( )		

		81. Peso do RN (g) ( )	
74. USG		Sem registro	( )
Sem registro	( )	Não se aplica	( )
Não	( )	< 2.500	( )
Sim	( )	2.500 – 4.000	( )
75. Outros: PPF, Rubéola, Hepatite C		> 4.000	( )
Sem registro	( )	**82. Morte Neonatal**	
Sim	( )	Sem registro	( )
Não	( )	Não se aplica	( )
75a. Qual ( )		Sim	( )
Não se aplica	( )	Não	( )
75b. Numero de vezes		**83.Quando ( )**	
Sem registro	( )	Sem registro	( )
Não se aplica	( )	Não se aplica	( )
H – Resultado/Desfecho		Ignorado	( )
76. Tipo de parto		**I – Consulta puerperal/aborto**	
Sem registro	( )	**84. Realizou consulta puerperal**	( )
Vaginal	( )	Sem registro	( )
Cesáreo	( )	Não	( )
77. Morte Materna		Sim	( )
Sem registro	( )	**84a. Tempo (Dias) do pós-parto/aborto**	
Não	( )	Sem registro	( )
Sim	( )	Não se aplica	( )
77a.Quando ( )		Até 7 dias	( )
Sem registro	( )	8 a 30 dias	( )
Não se aplica	( )	31 a 42 dias	( )
Gravidez	( )	**85. Exame Físico Puerperal**	
Parto	( )	Sem registro	( )
Puerpério	( )	Não	( )
Ignorado	( )	Sim	( )
78. IG no parto em sem. ( )		**86. Queixas da puérpera**	
Sem registro	( )	Sem registro	( )
Não	( )	Não	( )
Sim	( )	Sim ( )	
79. Morte Fetal		**87. Intercorrências no puerpério**	
Sem registro	( )	Sem registro	( )
Não	( )	Não	( )
Sim	( )	Sim	( )
80. APGAR (1º Minuto)		**87a. Qual ( )**	
Sem registro	( )	Sem registro	( )
Não se aplica	( )	Não se aplica	( )
< 7	( )	**88. Amamentação**	
> 7	( )	Sem registro	( )
80a. APGAR (5º Minuto)	( )	Sim	( )
Sem registro	( )	Não	( )
Não se aplica	( )	**88a. Qual**	
< 7	( )	Sem registro	( )
> 7	( )	Não se aplica	( )

Exclusivo	( )	
Misto	( )	
88b.Não, motivo ( )		
Sem registro	( )	
Não se aplica	( )	
89. Orientação sobre Anticoncepção		
Sem registro	( )	
Não	( )	
Sim	( )	
90. Encaminhada ao Pla. Familiar		
Sem registro	( )	
Não	( )	
Sim	( )	
91. Problemas emocionais		
Sem registro	( )	
Não	( )	
Sim	( )	
92. Cuidados especiais		
Sem registro	( )	
Não	( )	
Sim	( )	
93. Qual ( )		
Sem registro	( )	
Não se aplica	( )	
94. Encaminhamentos		
Sem registro	( )	
Não	( )	
Sim	( )	
94a. Quais ( )		
Sem registro	( )	
Não se aplica	( )	
OBSERVAÇÕES EXTRAS:		

Fonte: Corrêa (2014)

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família
Pesquisador: MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 51483615.5.0000.5055
Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.367.302

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem quantitativa que busca avaliar a assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família. A pesquisa será realizada na cidade de Lavras da Mangabeira. A amostra será formada por gestantes, puérperas e profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família.

Para o grupo amostral elegeu-se 240 mulheres (grávidas ou puérperas) considerando os seguintes critérios para participarem da pesquisa: Estar realizando o pré-natal na Atenção Básica de Saúde; idade gestacional a partir de 28 semanas e puerperas que parirem durante a coleta dos dados. Os critérios de exclusão serão: Gestação de alto risco; as que realizaram consultas pré-natais na rede particular ou em centros de referências . Quanto ao grupo de profissionais de saúde serão sorteados 10, sendo cinco enfermeiros e cinco médicos, devido o município possuir 10 ESF, assim a amostra deste estudo será composta por 250 participantes.

Para coleta de dados seão aplicados quatro formulários. Os dados serão organizados, digitados em programas específicos, submetidos à análise e tratamento estatístico por meio do software SPSS 21.0.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família;

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
UF: CE Município: CRATO
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

Continuação do Parecer: 1.367.302

- Caracterizar as gestantes e puérperas atendidas nas ESF;
- Avaliar a estrutura disponível nas unidades da ESF para prestação da assistência pré-natal;
- Avaliar o processo assistencial da atenção pré-natal prestado às usuárias atendidas pela ESF; - Avaliar os indicadores de resultados da atenção pré-natal realizada na ESF;
- Mensurar o grau de satisfação das mulheres quanto a atenção pré-natal recebida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos habituais, sobretudo de constrangimento durante a aplicação dos formulários. Para reduzi-los, será proporcionado um ambiente reservado, individualizado, bem como agendamento conforme disponibilidade do participante.

Benefícios:

Subsidiar a tomada de decisão sobre programas relacionados à assistência pré-natal vinculando planejamento, ações e estratégias a fim de reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e de acordo com os aspectos éticos vigentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão de acordo com o exigido

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_630068.pdf	23/11/2015 15:33:43		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	23/11/2015 15:30:43	MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO	Aceito
Orçamento	PLANILHAORCAMENTARIA.pdf	23/11/2015	MOACIR ANDRADE	Aceito

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
UF: CE Município: CRATO
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

Continuação do Parecer: 1.367.302

Orçamento	PLANILHAORCAMENTARIA.pdf	15:30:19	RIBEIRO FILHO	Aceito
Outros	FORMULARIODECOLETADEDADOSCEP.pdf	23/11/2015 15:19:04	MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEFIELDEPOSITARIO.pdf	23/11/2015 15:17:53	MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUSUARIA.pdf	23/11/2015 15:16:16	MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAAOCEP.pdf	23/11/2015 14:51:45	MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROFISSIONAIS.pdf	23/11/2015 14:50:48	MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPARAENVIARAOCEPURCA.pdf	23/11/2015 14:49:58	MOACIR ANDRADE RIBEIRO FILHO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CRATO, 14 de Dezembro de 2015

Assinado por:
George Pimentel Fernandes
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
UF: CE Município: CRATO
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br