



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



John Lennon da Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL COM FOCO NA ESTRUTURA DO
SERVIÇO DE SAÚDE**

São Luís
2019

John Lennon da Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL COM FOCO NA ESTRUTURA DO
SERVIÇO DE SAÚDE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Lena Maria Barros
Fonseca

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do
cuidado em saúde

São Luís

2019

SILVA SANTOS, JOHN LENNON DA.

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL COM FOCO NA
ESTRUTURA DO SERVIÇO DE SAÚDE / JOHN LENNON DA SILVA
SANTOS. - 2019.

76 f.

Orientador(a): Lena Maria Barros Fonseca.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, 2019.

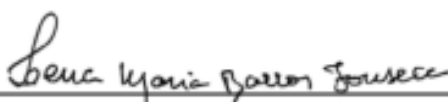
1. Avaliação em Saúde. 2. Cuidado pré-natal. 3.
Saúde Materno-infantil. I. Barros Fonseca, Lena Maria.
II. Título.

John Lennon da Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL COM FOCO NA ESTRUTURA
DO SERVIÇO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de Defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em
Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão.

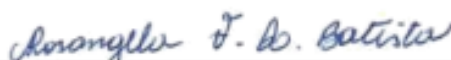
Banca Examinadora:



Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca
Universidade Federal do Maranhão (Presidente/Orientadora)



Profa. Dra. Elba Gomide Mochel
Faculdade Estácio
Membro Externo



Profa. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Universidade Federal do Maranhão
Membro Interno



Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Correa
Universidade Federal do Maranhão
Suplente

Aprovado em: 30 / 10 / 2019

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus pelas grandes maravilhas que Ele tem me proporcionado, pela fé inabalável, e pela oportunidade de alcançar mais esta vitória.

A Universidade Federal do Maranhão e o Programa Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) por oportunizar e ressignificar o meu trabalho na Atenção Primária à Saúde.

A minha orientadora Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca pela disponibilidade de orientar, e conduzir a confecção deste trabalho com maestria e responsabilidade. Além de me encorajar, e acolher no seu grupo de pesquisa, e acreditar sempre no meu potencial.

Ao corpo docente do Programa RENASF, pela atenção e disposição em repassar seus valiosos conhecimentos.

Aos meus pais, José Francisco dos Santos e Rosa Raimunda da Silva Santos, que me apoiaram e deram força nesta caminhada.

Aos meus irmãos, Jardel da Silva Santos e Lyana da Silva Santos, que foram fundamentais nesta jornada, e que me deram suporte emocional para chegar até aqui.

Aos meus eternos amigos que o Mestrado me proporcionou, em especial, Danyelle Cavalcante, Joelmara Furtado, Bruno Lima, Rafaela Dualibe, Cirlândio Coutinho, Patrícia Veras, Ellen Rose, Eva Lucinda, Lívia Maria, Neusa Amorim, Heloísa Gonçalves e Joama Gusmão, e que fizeram dessa jornada mais tênue nestes dois anos, com muita empatia e acolhida.

A Secretária de Saúde de Sítio Novo-TO, Maria das Dores Abreu Farias, pela oportunidade que me concedeu para realizar esse Mestrado, e assim vivenciar meu crescimento profissional.

A minha equipe de Saúde da Família, por toda paciência e compreensão nestes dois anos, mostrando uma equipe unida e forte que tenho ao lado.

Ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPESM) que acolheu por meio da Pesquisa Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís e aos alunos colaboradores desta pesquisa, em nome de Kallyane Mendes, pelo empenho e dedicação na coleta de dados, e assim ser possível a concretização desta obra.

Aos gestores e profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde de São Luís que dispuseram em participar desta pesquisa sem algum empecilho.

A secretária do Mestrado, Jéssica Diniz, pela empatia e solicitude de sempre.

E por fim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para concretização deste trabalho!

“Em ti, pois, confiam os que conhecem o teu nome, porque tu Senhor, não desamparas os que te buscam.” Sl. 9.10.

RESUMO

A avaliação da assistência pré-natal configura como uma ferramenta indispensável para gestores e profissionais de saúde, visto que podem identificar com mais propriedade fatores que levam a inadequação da assistência, e podem buscar a melhoria da qualidade das ações de saúde e da estrutura dos serviços. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a estrutura das Unidades de Saúde (US) quanto à adequação para a assistência pré-natal às gestantes, atendidas na Atenção Primária em São Luís – Maranhão, com base no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PNHPH) e Rede Cegonha. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, de natureza avaliativa, fundamentada no referencial de Donabedian. É um recorte da pesquisa Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís-MA. Foi realizada em 21 unidades básicas de saúde dos 7 Distritos Sanitários de São Luís - Maranhão que realizam assistência pré-natal, sendo escolhidas 3 unidades por distrito, por sorteio aleatório. Participaram da pesquisa 21 gestores e 40 profissionais de saúde pré-natalistas. Foram realizadas análises descritivas, e frequência absoluta por meio do programa de software SPSS versão 12.0. Os resultados demonstraram que a estrutura das unidades de saúde foi considerada satisfatória (52,4%) em relação aos recursos humanos, recursos materiais e instrumentos de registro. No entanto, fragilidades foram observadas quanto a oferta de exames laboratoriais em tempo hábil (47,6%), e a insuficiência de medicamentos essenciais prescritos durante o pré-natal (57%). Conclui-se que, apesar do bom desempenho da estrutura dos serviços de saúde da Atenção Primária de São Luís, persistem iniquidades em saúde, quanto aos aspectos estruturais e operacionais e que necessitam ser superadas para a oferta de uma adequada assistência pré-natal, para atender ao que está preconizado pelo PHPN e Rede Cegonha, assim como intervenções pontuais para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Avaliação em Saúde. Saúde Materno-infantil

ABSTRACT

Prenatal care evaluation is an indispensable tool for managers and health professionals, as they can better identify factors that entail inadequate care, thereby seeking to improve the quality of health actions and structure. The objective of this research was to evaluate the structure of the Health Units (HU) regarding the adequacy for prenatal care to pregnant women cared for in the Primary Care in São Luís – Maranhão, based on the Prenatal and Birth and Humanization Program (PHPN, as per its Portuguese acronym) and on the *Rede Cegonha* (Stork Network). This is a descriptive research, with a quantitative approach and an evaluative nature, grounded on the Donabedian framework. It was performed in 21 health units of the 7 Health Districts in San Luís – Maranhão that provide prenatal care, where 3 units were chosen per district, determined by random drawing. The research was attended by 21 managers and 40 prenatal health professionals. We performed absolute frequency and descriptive analyzes using the SPSS software, version 12.0 (SPSS Inc., Chicago, United States). The results showed that the structure of the health units was considered satisfactory (52.4%), mainly in relation to human resources, material resources and registration tools. Nevertheless, the presence of weaknesses is still noticeable in the physical plant (14.3%), such as the sufficient availability of meeting rooms and dental offices, the persistence of gaps in access, the timely provision of laboratory tests (47.6%) and the low supply of essential drugs during the gestational period (57%). We can conclude that, despite the good performance of the structure of health services in the Primary Care of São Luís, there are still health inequalities regarding the structural and operational aspects, which must be overcome to provide adequate prenatal care, with a view to meeting what is recommended by PHPN and Stork Network, as well as specific interventions to strengthen Primary Health Care.

Keywords: Prenatal Care. Health Evaluation. Maternal and Child Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Classificação da estrutura das Unidades Básicas de Saúde, segundo gestores. São Luís, MA, 2019.....	31
Tabela 2 -	Caracterização dos serviços operacionais de assistência pré-natal, segundo a percepção do gestor. São Luís, MA, 2019.....	33
Tabela 3 -	Características socioeconômica e categoria dos profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. São Luís, MA, 2019. (n=40).....	33
Tabela 4 -	Influência da estrutura das Unidades Básicas de Saúde na assistência pré-natal, segundo a percepção dos profissionais de saúde. São Luís, MA, 2019. (n=40).....	36
Tabela 5 -	Avaliação dos componentes estruturais das Unidades Básicas de Saúde, segundo os distritos sanitários. São Luís, MA, 2019. (n=21)	39

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CS – Centro de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

GM – Gabinete Ministerial

IMC – Índice Massa Corpórea

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DHEG – Doença Hipertensiva Específica na Gestação

MS – Ministério da Saúde

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivo do Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PCCU – Preventivo do Câncer de Colo Uterino

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade na Atenção Básica

RC – Rede Cegonha

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SISREG – Sistema de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

TPHA – *Treponema Pallidum Haemagglutination Test*

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil.....	17
3.2	Atenção Pré-Natal de Risco Habitual.....	19
3.3	Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal.....	22
4	MATERIAL E MÉTODO.....	24
4.1	Tipo de estudo.....	24
4.2	Local do estudo.....	25
4.3	População e amostra.....	26
4.4	Estratégia para Coleta de dados e período.....	27
4.4.1	Avaliação da estrutura.....	27
4.5	Análise de Dados.....	29
4.6	Aspectos Éticos.....	30
5	RESULTADOS.....	31
6	DISCUSSÃO.....	42
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	55
	APÊNDICES.....	62
	APÊNDICE A - ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE..	63
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO.....	65
	ANEXOS.....	67
	ANEXO A - FORMULÁRIO ADAPTADO DE AVALIAÇÃO DA	
	ESTRUTURA.....	68
	ANEXO B - DISTRITOS SANITÁRIOS E RESPECTIVAS UNIDADES	
	DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS.....	72
	ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	73

1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal constitui um conjunto de medidas que permitem identificação oportuna dos riscos, bem como prevenção dos agravos no período gestacional, assim como a resolução de complicações em tempo hábil. Ressalta-se que vários fatores influenciam a qualidade do cuidado pré-natal, dentre eles, cabe destacar a organização dos serviços de saúde, a oferta de recursos materiais, bem como a disponibilidade de recursos humanos capacitados e comprometidos com o serviço (SUCCI *et al.*, 2008; BRASIL, 2013; PEREIRA *et al.*, 2017).

A adequada estruturação dos serviços e a garantia do acesso na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído para alcançar resultados favoráveis na redução da morbimortalidade materna e infantil. A persistência das desigualdades no acesso das gestantes de baixa renda aos serviços de saúde ainda é uma realidade presente em diversos municípios brasileiros, o que dificulta a garantia do acesso universal, bem como a efetivação do princípio da equidade (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

A avaliação da assistência pré-natal tem colaborado para a redução dos desfechos obstétricos negativos, uma vez que são influenciadas pelas condições de saúde do binômio mãe – conceito. Além disso, configura-se como uma estratégia essencial, para gestores e profissionais de saúde, visto que identifica possíveis fragilidades que levam a inadequação na assistência, além de oportunizar subsídios capazes para o enfrentamento das falhas e lacunas nos serviços, e assim promover resolutividade dos problemas em tempo oportuno e garantir as melhorias da qualidade dos serviços à gestante (ANVERSA *et al.*, 2012; KOBAYASHI; TAKEMURA; KANDA, 2011).

Um estudioso sobre a avaliação em saúde, Avedis Donabedian (1982), tem seu referencial teórico largamente difundido e utilizado até hoje nos estudos avaliativos da área da saúde, principalmente no tocante a avaliação da qualidade em serviços de saúde que perpassa por três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado.

A avaliação da qualidade do pré-natal tem sido uma temática corriqueira explorada por diversos autores. Entretanto poucos abordaram a dimensão estrutura, a formação e capacitação dos recursos humanos e disponibilidade de diversos

insumos, considerando que todos são fundamentais e necessários à operacionalização de um pré-natal de qualidade (JANSSEN; FONSECA; ALEXANDRE, 2016).

Frente à importância da atenção pré-natal nos resultados perinatal e puerperal, o Ministério da Saúde (MS) em junho de 2000 lançou a Portaria/GM nº 569, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal, mediante a ampliação do acesso ao pré-natal de qualidade. E para uma adequada realização, as unidades básicas de saúde, seriam devidamente providas de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos em quantidade e qualidade (BRASIL, 2005).

A avaliação no desenvolvimento do referido programa não alcançou o êxito previsto por razões diversas. Diante da baixa resolutividade com relação a redução da mortalidade materna e infantil, em 2006 foi implantado o Pacto pela Saúde e fortalecimento da atenção básica, que juntamente com o PHPN apresentou resultado na redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, porém os indicadores de óbitos neonatais não foram satisfatórios (BRASIL, 2006; 2013).

Como reflexo positivo das ações implementadas pelo programa, na saúde materna, no período de 1990 a 2007 houve redução em todas as principais causas de morte materna, principalmente relacionadas às hemorragias pós-parto, as doenças hipertensivas específicas da gestação (DHEG), e infecções puerperais. Porém ainda é alarmante a proporção de mulheres jovens que morrem por causas obstétricas, na maioria das vezes por causas evitáveis com ações realizadas no pré-natal (BRASIL, 2013).

Levando em consideração o perfil da mortalidade materna no Brasil nos anos de 2000 a 2009, houve um aumento de 11,9% no número absoluto de mortes maternas no Brasil, sendo este diferente para cada região, tendo a Região Norte apresentado um crescimento de 15,46%; a Nordeste, 18,53%; a Sudeste, 10,31%; e a Centro-Oeste, 50,54%. Em contrapartida, a Região Sul apresentou uma redução, correspondente a 15,76% (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

Com as estatísticas apresentadas, o Brasil não alcançou as metas previstas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na redução da mortalidade materna. O Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) era reduzir em 75% os

óbitos maternos de 1990 a 2015. O percentual de redução foi de apenas 43%, de forma que a taxa de mortalidade materna ainda permanece acima dos níveis desejados pela OMS (BRASIL, 2015).

Visando aproximar o Brasil ao cumprimento das metas do 5º ODM, na melhoria dos indicadores de saúde materna, o Ministério da Saúde, estabeleceu, através da portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, o programa Rede Cegonha, que tem como um de seus objetivos organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil visando a garantia do acesso, acolhimento e resolutividade, possibilitando provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil. Isso implica não só na qualidade das ações desenvolvidas, mas na estrutura do serviço que oferta as ações (BRASIL, 2011).

A situação atual de saúde materna continua desfavorável, mantendo os índices elevados de mortalidade materna, ainda consiste em um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A região Nordeste se encontra entre as regiões brasileiras que apresenta as maiores razões de mortes maternas, sendo que na capital do Estado do Maranhão, São Luís, o número de óbitos no ano de 2013 chegou a 56,29 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, decorrentes de complicações na gravidez e no parto. Apesar de elevado, este valor ainda é relativamente baixo comparado ao ano de 2010, em que ocorreram 121,12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (DATASUS, 2013). De acordo com Costa *et al.* (2010) e Souza (2013), as mortes materna e neonatal ainda estão diretamente relacionadas à falta de conhecimento de sua real magnitude, à baixa qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido e acesso aos bens sociais.

É importante ressaltar que, para alcançar a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, é indispensável o desenvolvimento do pré-natal com qualidade. Incluindo além das práticas de assistências, captação precoce da gestante pelos serviços de saúde, uma estrutura adequada dos serviços, o que irá favorecer a assistência às necessidades da gestante, a promoção de sua saúde, a prevenção de eventos que poderão levar ao um desfecho desfavorável da gravidez e comprometimento da saúde da mãe e do concepto (BRASIL, 2016) .

No Maranhão, a ausência da realização do pré-natal entre as gestantes diminuiu progressivamente de 41,0% em 1991, 28,7% em 1997, 14,4% em 2010

(COSTA *et al.*, 2010). Não obstante, o estudo de Goudard *et al.* (2016), evidenciou a persistência de iniquidades na assistência prestada às gestantes, com alta taxa de inadequação (60,2%), além de evidenciar que os critérios preconizados pelo PHPN não foram incorporados a prática clínica em São Luís. Além disso, o estudo de Silva *et al.* (2019), aponta a insatisfação das gestantes na realização do pré-natal, relacionadas a estrutura física dos serviços.

Estudo realizado em Vitória-ES também demonstra a fragilidade dos serviços de assistência pré-natal e as lacunas no processo de trabalho. Sugerindo-se supervisão e controle sistemático sobre a qualidade da assistência pré-natal, bem como a sensibilização e o treinamento dos profissionais (MAIA *et al.*, 2017).

Diante dessas informações, percebe-se que as recomendações e o apoio logístico do PHPN e Rede Cegonha, instituída como políticas de saúde de referência em saúde da mulher no território brasileiro, não estão devidamente seguidas. Para que a assistência pré-natal passe a ser considerada humanizada e qualificada, faz-se necessário repensar nas dimensões assistenciais e gerenciais que são fundamentais para a integralidade do cuidado. A dimensão estrutura tem papel essencial no processo de trabalho, pois possibilita otimizar os serviços, e assim promover um atendimento de qualidade e resolutivo (JANSSEN; FONSECA; ALEXANDRE, 2016; NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Todavia, é preciso refletir que a qualidade da assistência apresenta estreita relação com diferentes aspectos evidenciados no cotidiano dos serviços, e que precisam ser levados em conta as características estruturais e operacionais das equipes para superação dos desafios para alcançar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. (SILVA *et al.*, 2019; FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018).

Nesse sentido, a avaliação sistemática da assistência pré-natal é de extrema importância e está prevista na política vigente de saúde da mulher, o que vai permitir a identificação dos problemas de saúde da população alvo, bem como a verificação da efetividade das ações desenvolvidas, visando a implementação de ações inovadoras, para melhorias dos indicadores da saúde da mãe e do conceito (BRASIL, 2011).

Frente ao exposto, surgiu o interesse em desenvolver a temática em questão, considerando a escassez de estudos maranhenses quanto a avaliação da assistência pré-natal, na atenção primária à saúde, do município de São Luís-MA,

com base na estrutura dos serviços. Além disso, na prática profissional é comum ouvir relatos contraditórios de profissionais e usuários de serviços, da assistência pré-natal quanto aos aspectos estruturais das unidades de saúde, relacionando ao que é recomendado pelo PHPN e Rede Cegonha.

Acredita-se que essa avaliação poderá trazer subsídios para melhorar a gestão dos serviços de saúde voltado para o cuidado das mulheres no período gravídico-puerperal relacionados a estrutura do serviço, no tocante a oferta de recursos materiais e humanos que contribuirão na qualidade do pré-natal.

Neste sentido, busca-se responder as seguintes perguntas de investigação: a assistência pré-natal realizada na Atenção Primária à Saúde no município de São Luís segue as normas do PHPN e as diretrizes da Rede Cegonha? A estrutura e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde têm influenciado a qualidade da assistência pré-natal?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a assistência pré-natal quanto a estrutura das Unidades de Saúde (US) da Atenção Primária em São Luís - Maranhão, com base no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características estruturais das Unidades de Saúde envolvidas na pesquisa;
- Avaliar a atuação gerencial dos gestores das Unidades de Saúde no cumprimento das recomendações dos programas de atenção pré-natal;
- Caracterizar os profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal, quanto ao perfil socioeconômico e profissional;
- Investigar junto aos profissionais de saúde a influência da estrutura física e de recursos humanos das unidades de saúde para a assistência pré-natal;
- Comparar a estrutura encontrada nos serviços de assistência pré-natal com as recomendações do Ministério da Saúde em relação a estrutura dos serviços.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil

As políticas nacionais de saúde, voltadas a saúde da mulher no Brasil até no início do século XX, era limitada, e voltada apenas, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, tinham uma visão restringida sobre a saúde da mulher, e eram baseados em sua natureza biológica e no seu papel social de progenitora e doméstica (BRASIL, 2004).

Em 1983, um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento feminista que, associado às discussões técnicas promovidas pelos profissionais de saúde, resultou na formação das bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

O programa inicial tinha como finalidade assistir às necessidades globais de saúde da mulher, nos aspectos clínico-ginecológicos e educativos, voltados ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; além da abordagem nos diferentes ciclo de vida da mulher, compreendendo desde a adolescência até a terceira idade; o rastreio de controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, abrangendo os métodos reprodutivos (BRASIL, 1984).

Apesar dos avanços, destacando-se o cuidado voltado ao ciclo gravídico puerperal, o PAISM ainda apresentou dificuldades políticas e financeiras que prejudicaram sua operacionalização e constituição enquanto programa transformador da saúde de todas as mulheres. Em relação à atenção pré-natal, os indicadores de qualidade no final da década de 1990, principalmente em relação aos números de mortalidade materna e neonatal, ainda se apresentavam insuficientes (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde, instituiu as diretrizes da Política de Atenção à Saúde da Mulher com objetivo de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, além de contribuir na redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os

ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras), sem discriminação de qualquer espécie, e de diferentes faixas etárias. No entanto as fragilidades anteriores na assistência pré-natal permaneceram no cenário brasileiro (BRASIL, 2004).

No intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal que se mantinham, no ano de 2000, o Ministério da Saúde, lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cuja finalidade era assegurar a melhoria do acesso e da cobertura do acompanhamento pré-natal, na perspectiva dos direitos da cidadania (BRASIL, 2005b).

O Programa tem como características essenciais a qualidade e a humanização da assistência obstétrica e neonatal. Além disso, o PHPN dispõe de parâmetros estabelecidos que devem garantir atenção pré-natal qualificada, como captação precoce das gestantes, consultas rotineiras e solicitação de exames laboratoriais em tempo oportuno. Propõe indicadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que implantassem este programa. (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; BRASIL, 2005b).

Com os avanços não satisfatórios e considerando a necessidade de ampliar os esforços para alcance das metas estabelecidas pelo Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal e visando medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. O intuito era melhorar os programas já instituídos e as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005a).

Em 2011, para consolidar as ações já em vigor, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, como estratégia para implementar a rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto, puerpério, proporcionando às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. O programa vem

se estabelecendo como instrumento para organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, assegurando a melhoria do acesso, cobertura e acompanhamento dessa assistência na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2013).

O PHPN e a Rede Cegonha são políticas de saúde da mulher de referência no território brasileiro. No entanto, os municípios precisam se organizar para implementá-las efetivamente, como dever do Estado e direito de cidadania das mulheres e crianças brasileiras.

3.2 Atenção Pré-Natal de Risco Habitual

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante todo ciclo gravídico puerperal. Dentre os cuidados de saúde reprodutiva, a atenção pré-natal se constitui em um conjunto de importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças (OMS, 2016).

A Atenção Primária à Saúde, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, acontece o desenvolvimento das relações de vínculo entre a mulher e a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). É previsto que, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária à Saúde tem as UBS como a principal porta de entrada da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2013).

Considerando o acompanhamento ao pré-natal como estratégia fundamental para garantir gestação e nascimento seguros, o PAISM passou a ser contemplado pelo processo de municipalização, a partir da consolidação da Norma Operacional Básica de número 96 (NOB 96). Essa norma focava, principalmente, a reorganização da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (PSF). A

dinâmica do PSF possibilitava uma maior aproximação da unidade de saúde com a comunidade e assim facilitava a inserção da gestante no pré-natal (BRASIL, 2009).

A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é fundamental para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre as condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e do conceito. Além disso, todas gestantes devem ter o seu risco gestacional estratificado em cada consulta e saber o seu hospital de referência para realização do parto (BRASIL, 2016).

O termo risco, em nível epidemiológico, é oriundo de uma visão do processo saúde-doença, denominada enfoque de risco. As gestações, segundo o enfoque de risco, são classificadas de acordo com o grau: de alto ou de risco habitual. As necessidades do grupo de risco habitual são atendidas em nível primário de assistência e as do grupo de alto risco (representando percentual de 10 a 20%) na atenção secundária e terciária, utilizando-se cuidados e equipe especializados (BRASIL, 2016).

É oportuno salientar que a Rede Cegonha orienta sobre a realização de acolhimento com classificação de risco a toda gestante durante todo o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2011).

Os fatores geradores de risco (**Quadro 1**), são classificados de modo geral, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), em quatro categorias, que são fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis; os fatores relacionados à história reprodutiva anterior; os fatores relacionados à gravidez atual e por fim, os fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco.

Quadro 1 - Critérios de Estratificação de risco para assistência pré-natal.

Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis	• Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; • Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; • Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; • Situação conjugal insegura;
--	--

	• Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); • Condições ambientais desfavoráveis; • Altura menor do que 1,45m; • IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.
Fatores relacionados à história reprodutiva anterior	• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; • Macrosomia fetal; • Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; • Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; • Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); • Cirurgia uterina anterior; • Três ou mais cesarianas.
Fatores relacionados à gravidez atual	• Ganho ponderal inadequado; • Infecção urinária; • Anemia.
Fatores relacionados ao encaminhamento de pré-natal de alto risco	• Às Condições prévias (Nefropatias, cardiopatias, pneumopatias, hanseníase, tuberculose, etc.) • À história reprodutiva anterior (Morte intrauterina, história prévia de doença hipertensiva, abortamento habitual, etc.) • À gravidez atual (Restrição do crescimento intrauterino; Polidrâmnio ou oligodrâmnio; Gemelaridade e Malformações fetais ou arritmia fetal)

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Ao identificar a necessidade de referenciar a gestante, o profissional de saúde deve registrar os dados da consulta no prontuário e na folha de encaminhamento, esclarecendo o real motivo. Da mesma maneira deve agir a instituição que fizer a contrarreferência. Ao atender as condições motivadoras do encaminhamento, deverá devolver para a Unidade Básica de Saúde (UBS), a gestante, especificando os cuidados realizados e as recomendações para a manutenção das condições de saúde. A UBS deverá continuar responsável pelo

seguimento da gestante, podendo fazê-lo através de visitas domiciliares e mantendo contato com os familiares (BRASIL, 2013).

3.3 Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal

A avaliação em saúde constitui em um valioso instrumento de apoio e tomada de decisão para organização dos serviços de saúde. Diante da avaliação de programas e serviços de saúde, os indicadores de saúde, além de representarem medidas de impacto dos serviços sobre a saúde da população, priorizam a mensuração da adequação, da infraestrutura dos serviços e da efetividade dos processos, constituindo uma potente ferramenta para gestores e profissionais de saúde (HARTZ; SILVA, 2005; ANVERSA *et al.*, 2012).

A qualidade da assistência é considerada o primeiro passo para melhorar o cuidado pré-natal, visto que a identificação oportuna e busca da correção dos problemas irão interferir de forma positiva no desfecho do cotidiano assistencial, na perspectiva de práticas que atendam as reais necessidades das usuárias. Nota-se que em alguns países americanos, a avaliação já se constitui como condição indispensável para a formulação de práticas e políticas em saúde mais efetivas (HARTZ; SILVA, 2005).

Ressalta-se a importância da avaliação em saúde, uma vez que os seus resultados favorecem o diagnóstico situacional da assistência em questão, o que subsidiará iniciativas para otimizar qualidade da assistência. Essa prática tende a proporcionar o conhecimento dos recursos materiais e humanos disponíveis e assim delinear a oferta de cuidado pré-natal de qualidade, contribuindo para resultados gestacionais e obstétricos favoráveis (SILVA *et al.*, 2019; CUNHA *et al.*, 2019).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde e suas práticas vêm atualmente sendo avaliadas com base no modelo de Donabedian. O MS tem trazido, na perspectiva desse modelo, instrumentos de avaliação interna que têm sido utilizados em diversos municípios brasileiros com o intuito de, além de ampliar os recursos, trazer melhoria do acesso e da qualidade da ABS e da ESF aos usuários que acessam o SUS por esses serviços, considerados porta de entrada ao sistema (BRASIL, 2012).

Donabedian (1988) utiliza como instrumento de avaliação do cuidado os três pilares básicos: estrutura, processo e resultado. Conceitua estrutura como sendo os atributos do ambiente no qual o cuidado em saúde ocorre, os instrumentos materiais e sociais utilizados no fornecimento de atenção à saúde. A estrutura engloba o número, a formação profissional e a qualificação técnica dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado (recursos humanos); a maneira como esses profissionais estão organizados e são gerenciados; a forma de remuneração por serviços prestados (estrutura organizacional); e o espaço físico propriamente dito, incluindo os diversos equipamentos tecnológicos disponíveis no serviço (recursos materiais). Dessa forma, para o referido autor, a avaliação de estrutura se baseia em um julgamento sobre as condições físicas, técnicas e gerenciais sob as quais o cuidado é oferecido.

No intuito de melhorar os indicadores de saúde do país, e a qualidade da atenção pré-natal, o MS em 2011 criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), visando a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade das unidades básicas de saúde. Os dados do PMAQ são fundamentais para análise de indicadores de qualidade do pré-natal, utilizando informações de estrutura e processo das unidades e equipes de atenção primária à saúde no Brasil (BRASIL, 2012; TOMASI *et al.*, 2017).

Mesmo com todos esses avanços para alavancar os indicadores de saúde do pré-natal é notório a existência de fragilidades na infraestrutura dos serviços de saúde e a insuficiência de recursos materiais nos cuidados primários de saúde no Brasil.

No entanto, na prática em saúde da família evidencia-se uma necessidade de aprimoramento das características físico-estruturais e de obtenção de equipamentos e materiais requeridos para a realização das práticas em saúde. As deficiências estruturais das unidades repercutem em insatisfação dos profissionais das equipes de saúde da família. Isso porque o modelo de assistência proposto na ESF se coloca a favor de uma assistência integral ao indivíduo, à família e à comunidade, o que requer condições estruturais mínimas necessárias para a execução das ações que ultrapassam o modelo biomédico (SOUZA; MACHADO; NORONHA, 2015; NEVES *et al.*, 2018).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa e natureza avaliativa. É um recorte do projeto de pesquisa “Retratando a assistência pré-natal em São Luís-MA”, que foi delineado para avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas na Atenção Primária em São Luís - Maranhão, com base no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha.

O estudo descritivo tem por finalidade descrever com precisão os fatos e fenômenos de determinada realidade, características de determinada população. E exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar (TRIVIÑOS, 2006; GIL, 2009). Tende a procurar, com maior precisão, a frequência com que um fenômeno ocorre, e sua correlação com outros, sua natureza e suas características (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

A abordagem quantitativa proporciona uma visão geral do tipo aproximativo sobre determinado objeto, e consiste na descrição e análise de características, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses (GIL, 2009).

Por sua natureza, pode ser considerada também uma investigação avaliativa, uma vez que segue o modelo teórico proposto por Donabedian, que aborda sobre a análise da estrutura, do processo e do resultado, considerado um dos modelos mais eficiente quando se fala de avaliação em saúde. A concepção dessa tríade de avaliação da qualidade permite que o raciocínio de que uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e este, por fim, aumenta a possibilidade de um bom resultado (DONABEDIAN, 1992).

Com relação à estrutura, a sua avaliação, permite analisar as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde, sendo eles físicos, humanos, materiais e financeiros. Desta forma possui como componentes: a organização administrativa; descrição das características das instalações, da equipe profissional disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e

experiência (DONABEDIAN, 1992; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Esta pesquisa foi conduzida pelo referencial de Donabedian, o qual preconiza a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, entretanto este estudo optou-se por avaliar a qualidade da atenção pré-natal a gestante de risco habitual apenas com base no aspecto estrutura.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de São Luís, capital do Estado do Maranhão, situado na região Nordeste do Brasil. O município está localizado no centro do litoral maranhense, com latitude 2°20'00"LS a 2°45'00"LS, longitude 44°01'21" LnW a 44°24'54" LnW. Em 2018, a estimativa populacional foi de 1.094, 667 habitantes (IBGE, 2018).

A rede de serviços de saúde da cidade de São Luís está regionalizada em sete Distritos Sanitários: Bequimão; Centro; Cohab; Coroadinho; Itaqui-Bacanga; Tirirical e Vila Esperança. Conta com 110 equipes da ESF cadastradas e 41 implantadas, 10 Centros de Saúde, três maternidades estaduais de referência, uma maternidade municipal, quatro hospitais municipais e cinco Unidades Mistas de Saúde que oferecem assistência pré-natal vinculadas à ESF e que atendem pelo SUS (SÃO LUÍS, 2018).

A atenção pré-natal de risco habitual em São Luís é oferecida nos Centros de Saúde, Unidades Mistas, e Unidades Básicas de Saúde da Família. Tal explicação para este fato pode ser justificada por apresentar uma cobertura populacional de ESF em torno de 34,67% (BRASIL, 2019).

No intuito de conhecer a realidade da população escolhida, em cada distrito sanitário, foram sorteados, de forma aleatória, três unidades de saúde onde são realizadas consulta de pré-natal. As unidades de saúde selecionadas, e suas respectivas regionais estão descritos no **quadro 2** e a representação descritiva apresentada no ANEXO B.

Quadro 2 – Distribuição das Unidades de Saúde segundo distritos sanitários, São Luís-MA, 2019

Distrito Sanitário	Unidades de Saúde	Distrito Sanitário	Unidades de Saúde
Bequimão	U. M. Bequimão U. S. F. Amar C. S. Radional	Tirirical	U. M. São Bernardo U. S. F. São Cristóvão U. S. F. Fabiciana de Moraes
Cohab	C. S. Salomão Fiquene C. S. Djalma Marques U. S. F. Turu II	Vila Esperança	C.S. Vila Itamar U. S. F. Thalles Ribeiro Gonçalves U. S. F. Tibiri
Coroadinho	U. M. Coroadinho U. S. F. Dr. Antônio Guanaré C. S. Carlos Macieira	Centro	C.S. Bezerra de Meneses U.S.F. São Francisco C.S. Liberdade
Itaqui-Bacanga	U. M. Itaqui- Bacanga; C. S. Embrião – V. Bacanga U. S.F da Vila Embratel		

4.3 População e amostra

A população foi constituída por gestores e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) das 21 unidades de saúde participantes da pesquisa “Retratando a assistência pré-natal em São Luís”.

A seleção das Unidades de Saúde se deu de forma aleatória, e contemplou 3 US por distrito sanitário. Em cada estabelecimento de saúde foi escolhido um gestor e dois profissionais de saúde para compor o banco de dados da pesquisa. A escolha do gestor foi determinada em função da sua atribuição técnico-administrativa sobre os serviços de saúde da US, enquanto os profissionais de saúde por terem conhecimento em relação ao atendimento pré-natal de risco habitual.

O processo amostral foi determinado por meio de conveniência não probabilística, e após os critérios de inclusão, a amostra contemplou 61 participantes, sendo 21 gestores e 40 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

Os critérios de inclusão para a escolha dos participantes da pesquisa foram: enfermeiros e médicos vinculados a uma das unidades de saúde por no mínimo 6 meses; Enfermeiros e médicos que realizem a consulta de pré-natal de risco habitual; Gestores das unidades de saúde na função, por no mínimo 6 meses.

4.4 Estratégia para Coleta de dados e período

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2018 a abril de 2019, por ser a última etapa da pesquisa Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís que teve início em 2017. No primeiro momento foi realizado contato inicial com o gestor da unidade para apresentação do projeto e convidá-lo a participar de pesquisa. Após a anuência e assinatura do TCLE (APÊNDICE B), passou a responder o instrumento pertinente ao gestor do serviço de saúde e da estrutura do serviço ao pré-natal (ANEXO A).

Após o preenchimento do seu instrumento de pesquisa, o gestor acompanhou o entrevistador na visita às dependências da unidade de saúde para observação direta da estrutura do serviço. Em seguida foi realizado contato com o profissional de saúde mediante o gestor para participar da coleta de dados da pesquisa, que após anuência com a assinatura do TCLE, respondeu as questões pertinentes a eles.

Para a coleta de dados a equipe da pesquisa contou com a participação de estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão pré-selecionados e orientados pela Coordenadora da Pesquisa, e pelo pesquisador responsável, por meio de um treinamento sobre o objeto do estudo e instrumentos que iriam ser utilizados.

4.4.1 Avaliação da estrutura

Para a obtenção de dados relacionados à estrutura dos serviços de saúde para o cuidado pré-natal da gestante no município, foram utilizados dois instrumentos validado e adaptado aos parâmetros preconizados pelo PHPN e Rede Cegonha, dentre eles, captação oportuna e precoce das gestantes na realização da primeira consulta, acesso a exames laboratoriais em tempo hábil, imunização

antitetânica, hepatite e Influenza, prevenção ou diagnóstico do câncer de colo uterino, oferta de atividades educativas, oferta de impressos, como cartão de gestante, etc.

O primeiro referente a avaliação da estrutura e o segundo referente as características dos profissionais de saúde que executam a consulta de pré-natal, e suas impressões sobre a estrutura do serviço. O primeiro instrumento foi um formulário (*checklist*) adaptado de Rocha (2011) com os seguintes componentes: a) planta física; b) recursos humanos, c) recursos materiais; d) apoio laboratorial mínimo; e) medicamentos essenciais; f) sistema de referência e contra referência; g) instrumento de registro (ANEXO A).

A avaliação da estrutura das unidades de saúde aconteceu através da variável de cada item, observando uma pontuação de acordo com o seguinte critério: zero ponto para insatisfatório, inexistente, quando não atende aos critérios; *cinco* pontos, quando os critérios forem parcialmente atendidos; e *dez* pontos, quando os critérios (variáveis) forem totalmente atendidos de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998). Foram considerados:

a) **Planta física** (máximo 90 pontos);

Critérios: Sala de espera; Sala de exame (consultório individual); sala com condições de higiene e ventilações adequadas; Salas com pia para lavar as mãos; Sistema para regular a temperatura ambiente; sala para educação em saúde; sala de vacina; consultório odontológico.

b) **Recursos humanos** (máximo 80 pontos);

Critérios: Pré-natalistas; atendimento pré-natal semanal; médicos e enfermeiros na condução do pré-natal; agente comunitário de saúde; auxiliar de enfermagem; encaminhamentos para especialistas; funcionários administrativos; faxineiro.

c) **Recursos materiais** (máximo 150 pontos);

Critérios: Estetoscópio, esfigmomanômetro, balança para adulto, mesas e cadeiras, mesa ginecológica; foco de luz; espéculos; fita métrica para avaliação da altura uterina; sonar e/ou Estetoscópio de Pinard; gestograma; roupa de cama e camisola; lixeira; manutenção e reparo de equipamentos; vacinas Dtpa, HB, dT e H1N1.

d) **Apoio laboratorial** (máximo 130 pontos);

Critérios: Hemograma completo; grupo sanguíneo e fator Rh; VRDL; Teste de coombs indireto; glicemia de jejum; HbsAg; EAS; Urocultura com antibiograma;

Ultrassonografia obstétrica; Papanicolau; teste de ANTI-HIV; Toxoplasmose e TPHA (os testes rápidos sorológicos para HIV, HBsAg e VDRL).

e) **Medicamentos essenciais** (máximo 100 pontos);

Critérios: Antiácidos; Sulfato ferroso; ácido fólico; penicilina benzatina; analgésicos; antitérmicos; insulina; anti-hipertensivos; antibióticos; medicamentos para tratamento de corrimento vaginal.

f) **Referência e contrarreferência** (máximo 20 pontos);

Critérios: Protocolos de referência e fluxos (documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal).

g) **Instrumentos de registro** (máximo 30 pontos).

Critérios: Prontuários impressos; fichas de encaminhamento para serviços especializados; caderneta de saúde da gestante; caderneta de situação vacinal da gestante.

O segundo instrumento foi um formulário previamente elaborado e testado, e aplicado aos profissionais de saúde, constituído por variáveis relacionadas a caracterização sociodemográfica, profissional e econômica, e em relação às impressões a respeito da estrutura dos serviços de saúde ofertada na atenção pré-natal de risco habitual (planta física, recursos humanos, recursos materiais, apoio laboratorial, sistema de referência e contrarreferência, medicamentos essenciais, recurso de registros, outros). (APÊNDICE A).

As variáveis sociodemográficas foram: idade, local(is) de trabalho, carga horária semanal, tempo de formação e se possui pós-graduação. E as variáveis econômicas foram: profissão/cargo, renda.

4.5 Análise de Dados

Para a análise dos dados foram utilizados os softwares Microsoft Excel 2016 para construção do banco de dados e o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 12.0 para executar as análises. A análise descritiva dos dados foi apresentada por meio de cálculos das frequências absolutas e percentuais e apresentadas em tabelas e gráficos.

Em relação à avaliação das unidades, e após a categorização em relação à pontuação atribuída para cada variável, definida no limiar de 0 a 10 pontos para

cada quesito. A classificação final foi obtido através da soma total de pontos, sendo 600 pontos no máximo, as UBS serão classificados em ótimas (90% a 100% do total de pontos); satisfatórias (75% a 89,9%); precárias (50% a 74,9%) ou insuficientes (49,9% e menos) (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

4.6 Aspectos Éticos

Em observância às determinações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, conforme Parecer nº 1.999.550 (ANEXO C). A execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde iniciou após a autorização formal da Secretária Municipal de Saúde (SEMUS), mediante o parecer do CEP.

A coleta teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) pelos profissionais de saúde e pelos gestores responsáveis pelas Unidades de Saúde, mediante os devidos esclarecimentos sobre os objetivos e demais aspectos da pesquisa, assegurando uma participação voluntária, o direito de retirar a autorização em qualquer fase da pesquisa, sem penalizações e mantendo a privacidade quanto aos dados fornecidos durante a pesquisa. Após a conclusão do estudo, o pesquisador se compromete a tornar público os resultados, e apresentá-los a Coordenação da Atenção Primária em Saúde do Município de São Luís, bem como às unidades de saúde, campo da pesquisa.

5 RESULTADOS

A avaliação da estrutura das 21 unidades de saúde correspondente aos 7 Distritos Sanitários de São Luís - MA, contemplou os seguintes componentes: planta física, recursos humanos, recursos materiais, apoio laboratorial, oferta de medicamentos essenciais, funcionamento do sistema de referência e contrarreferência e uso dos instrumentos de registro (**Tabela 1**).

Tabela 1. Classificação da estrutura das Unidades Básicas de Saúde, segundo gestores. São Luís, MA, 2019 (n=21)

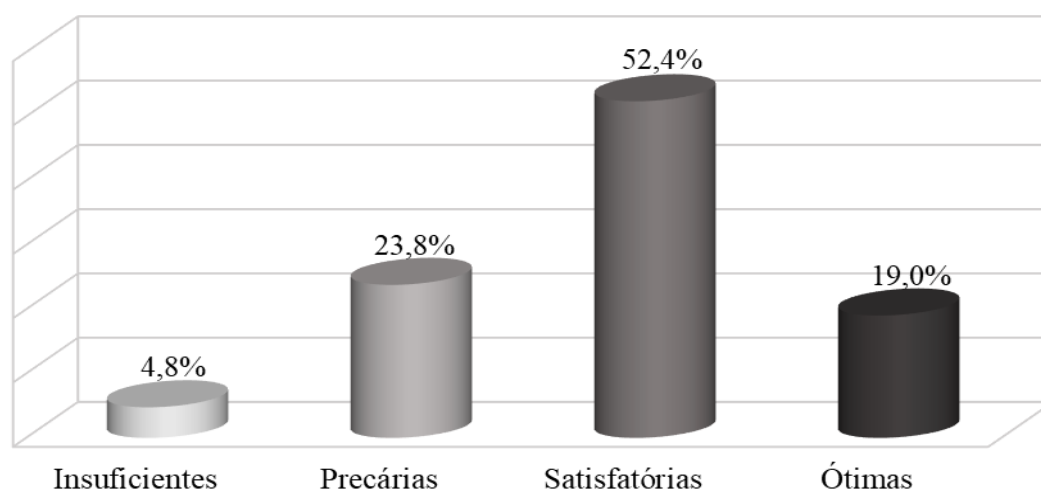
Variáveis	Classificação*	N	%
Planta Física	Insuficiente	0	0,0
	Precária	3	14,3
	Satisfatória	10	47,6
	Ótima	8	38,1
Recursos humanos	Insuficiente	0	0,0
	Precária	1	4,8
	Satisfatória	15	71,4
	Ótima	5	23,8
Recursos materiais	Insuficiente	0	0,0
	Precária	1	4,8
	Satisfatória	4	19,0
	Ótima	16	76,2
Apoio laboratorial	Insuficiente	7	33,3
	Precária	3	14,3
	Satisfatória	1	4,8
	Ótima	10	47,6
Medicamentos essenciais	Insuficiente	4	19,0
	Precária	4	19,0
	Satisfatória	4	19,0
	Ótima	9	42,9
Sistema de referência e contra referência	Insuficiente	1	4,8
	Precária	4	19,0
	Satisfatória	6	28,6
	Ótima	10	47,6
Instrumentos de registro	Insuficiente	0	0,0
	Precária	6	28,6
	Satisfatória	2	9,5
	Ótima	13	61,9
Total		21	100%

*Classificação de acordo com Silveira, Santos e Costa (2001).

Os resultados evidenciaram que a maior parte das unidades de saúde obtiveram avaliação satisfatória para o componente planta física (47,6%) e recursos humanos (71,4%), e tendo os componentes recursos materiais (76,2%) e instrumentos de registro (61,9%) como os mais bem avaliados, e classificados como ótima, conforme informações prestadas pelos gestores. Em contrapartida, o apoio laboratorial (47,6%), a oferta de medicamentos essenciais (42,9%) e o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (47,6%) obtiveram avaliação entre satisfatória e precária, demonstrando fragilidades e lacunas nos serviços de saúde que prestam assistência pré-natal.

Em relação a classificação global da estrutura das Unidades Básicas de Saúde de São Luís (Figura 1), verificou-se que 52,4% das unidades tinham estrutura satisfatórias para a realização de uma adequada assistência pré-natal.

Figura 1. Avaliação global da estrutura das Unidades Básicas de Saúde, segundo gestores. São Luís, MA, 2019. (n=21)



A **tabela 2**, refere-se as principais ações de saúde desenvolvidas pelo Gestor local para subsidiar a assistência pré-natal, de acordo com as políticas de saúde (PHPN e Rede Cegonha). Cabe destacar que os serviços operacionais direcionados a gestante estão presentes na grande maioria das Unidades de Saúde contempladas, e observa-se que 90,5% das US realizam visita domiciliar e busca ativa da gestante faltosa. Além disso, 95,2% destes relataram ter vinculação da US a maternidade de referência com visitas das gestantes à maternidade, assim como, estímulo a realização de práticas educativas (95,2%) e ofertam testes sorológicos

rápidos para a gestante (100%). Entretanto, o estudo demonstrou que 100% das US não dispõe de ajuda financeira conforme proposto pela Rede Cegonha.

Tabela 2. Caracterização dos serviços operacionais de assistência pré-natal, segundo a percepção do gestor. São Luís, MA, 2019. (n=21)

Variáveis		n	%
Visita domiciliar e Busca Ativa	Não	2	9,5
	Sim	19	90,5
Vinculação a UBS/Maternidade	Não	1	4,8
	Sim	20	95,2
Ajuda financeira	Não	21	100
	Sim	0	0
Oferta de práticas educativas	Não	1	4,8
	Sim	20	95,2
Realização de Testes rápido (Anti-HIV, Sífilis e Hepatites)	Não	0	0,0
	Sim	21	100,0

A **tabela 3** demonstra que dos 40 profissionais de saúde entrevistados, a maioria (75,00 %) era Enfermeiros, com idade entre 40 a 49 anos 46,3%, do sexo feminino 92,5%. O tempo de vínculo da maioria (35%) na unidade variou entre 1 e 5 anos, 92,5% possuíam pós-graduação, 73,0 % eram especialistas em Saúde da Família.

Tabela 3. Características socioeconômica e categoria dos profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde, São Luís, MA, 2019 (n=40)

Variáveis		N	%
Categoria profissional	Enfermeiro	30	75,0
	Médico	10	25,0
Idade	20 a 29 anos	2	4,9
	30 a 39 anos	14	34,1
	40 a 49 anos	19	46,3
	50 a 59 anos	3	7,3
	≥60 anos	2	4,9
Gênero	Feminino	37	92,5
	Masculino	3	7,5
Vínculos empregatícios			
	Um vínculo	26	65,0
	Dois vínculos	12	30,0
	Três vínculos	2	5,0

Renda*	3 a 5 salários mínimos	11	27,5
	6 a 8 salários mínimos	28	70,0
	Não respondeu	1	2,5
Tempo de vínculo na unidade	De 6 meses a < de 1 ano	5	12,5
	De 1 a 5 anos	14	35,0
	De 5 a 10 anos	10	25,0
	Acima de 10 anos	11	27,5
Carga horária	20 horas	3	7,5
	30 horas	21	52,5
	36 horas	1	2,5
	40 horas	15	37,5
Tempo de formação	6 meses a 2 anos	3	7,5
	>2 anos	37	92,5
Possui pós-graduação	Não	3	7,5
	Sim	37	92,5
Especialização (n=37)	Saúde da Família	27	73,0
	Medicina da Família e Comunidade	2	5,4
	Enfermagem Obstétrica	2	5,4
	Saúde Pública	2	5,4
	Ginecologia/Obstetrícia	1	2,7
	Outros	4	10,8

*Salário mínimo vigente em 2019: R\$998,00 (BRASIL, 2019).

Na tabela 3, observa-se que a categoria profissional mais entrevistada foi enfermeiros, 30 (75%) em oposição a 10 (25%) médicos. Além disso, a faixa etária mais predominante, 14 (46,3%), foi de 40-49 anos, seguido da faixa etária de 30-39 anos. Em relação ao gênero, notou-se que a maioria 37 (92,5%) era feminino, e apenas 3 (7,5%) do gênero masculino. Quanto ao estado civil, evidenciou-se que a maioria desses profissionais, 27 (67,5%) são casados, 11 (27,5%) são solteiros, e 2 (5%) divorciados. Em relação ao número de filhos, observou-se que 14 (35%) não tem nenhum filho, e 10 (25%) possui um filho, e que 13 (32,5%) possui dois filhos, e 3 (7,5%) possui mais de dois filhos.

Em relação ao vínculo empregatício, a maioria dos profissionais (65%) possuem apenas um vínculo, em contrapartida 5,0% destes, possuem mais de 3 vínculos empregatícios. Essa realidade demonstra que a assistência pode ser comprometida, e a longitudinalidade do cuidado não acontecer devido o

fracionamento da carga horária desses profissionais. Quanto a renda mensal (em salário vigente em 2019), a maioria (70%) dos profissionais declararam possuir remuneração de 6 a 8 salários, embora um profissional (2,5%) recusou informar sua renda.

Em relação ao tempo de vínculo na unidade, 35% dos trabalhadores relataram está vinculado na instituição entre 1 a 5 anos, enquanto 27,5% possui mais de 10 anos de vinculação ao serviço, e apenas 12,5% destes, tinha de 6 meses a menos de ano na instituição. O que deixa claro, a alta incidência de rotatividade de profissionais nos serviços públicos de saúde de São Luís, MA.

Quanto a carga horária semanal, observa-se que 52,5% destes profissionais trabalham 30 horas semanais, e apenas 37,5% atuam 40 horas semanais. Sabe-se que a carga horária exigida pelo MS é que as equipes de ESF atuem 40 horas na Atenção Primária à Saúde, entretanto, no município de São Luís, MA, a jornada dos profissionais é heterogênea.

O tempo de formação de 92,5% dos profissionais é de 2 anos ou mais, e apenas 7,5% tem entre 6 meses a menos de 2 anos de formação profissional. Quanto a pós-graduação, a grande maioria (92,5%) relata possuir um curso de pós-graduação e apenas 7,5%, não possui nenhum. Em relação a especialidade escolhida, 73% dos profissionais têm especialização em Saúde da Família, 5,4% em Saúde Pública, 5,4% em Enfermagem Obstétrica, e 10,8% relata ter outras especializações.

A **tabela 4** retrata a influência da estrutura das US nas práticas profissionais em relação a assistência pré-natal no município de São Luís, MA. A influência negativa quando dificulta totalmente a realização da assistência pré-natal pelo profissional; parcialmente positiva, quando dificulta em parte; influência positiva quando favorece totalmente. Dos 40 profissionais entrevistados, responderam como influência parcialmente positiva para a assistência pré-natal a Planta Física (65,0%), Medicamentos Essenciais (72,5%), Realização do Pré-natal do Parceiro (60,0%). As demais variáveis tiveram avaliação como influência positiva, variando de 50,0% a 92,0 % das respostas dos entrevistados. Influência negativa variou de 2,5% a 10,0% das respostas.

Tabela 4. Influência da estrutura das Unidades Básicas de Saúde na assistência pré-natal, segundo a percepção dos profissionais de saúde. São Luís, MA, 2019. (n=40)

ESTRUTURA	Influência	n	%
Planta Física	Negativa	0	0,0
	Parcialmente positiva	26	65,0
	Positiva	14	35,0
Recursos Humanos	Negativa	1	2,5
	Parcialmente positiva	17	42,5
	Positiva	22	55,0
Recursos Materiais	Negativa	2	5,0
	Parcialmente positiva	17	42,5
	Positiva	21	52,5
Apoio Laboratorial	Negativa	3	7,5
	Parcialmente positiva	10	25,0
	Positiva	27	67,5
Medicamentos Essenciais	Negativa	4	10,0
	Parcialmente positiva	29	72,5
	Positiva	7	17,5
Sistema de Referência e Contra referência	Negativa	2	5,0
	Parcialmente positiva	18	45,0
	Positiva	20	50,0
Instrumentos de Registro	Negativa	2	5,0
	Parcialmente positiva	14	35,0
	Positiva	24	60,0
Oferta de educação em Saúde	Negativa	3	7,5
	Parcialmente positiva	11	27,5
	Positiva	26	65,0
Consulta odontológica	Negativa	3	7,5
	Parcialmente positiva	0	0,0
	Positiva	37	92,5
Realização do Pré-natal do Parceiro	Negativa	4	10,0
	Parcialmente positiva	24	60,0
	Positiva	12	30,0
Oferta de teste rápidos	Negativa	0	0,0
	Parcialmente positiva	5	12,5
	Positiva	35	87,5
Sala de vacina	Negativa	0	0,0
	Parcialmente positiva	3	7,5
	Positiva	37	92,5

Observa-se que 65% dos profissionais relataram que o componente planta física, tem influenciado de forma parcial na assistência pré-natal, e 35%

destacam que a planta física tem influenciado de forma positiva nos desfechos do pré-natal, e cabe destacar que ambiência é essencial no serviço.

Em relação ao componente recursos humanos, 55% profissionais afirmam que a composição da equipe mínima faz a diferença no atendimento pré-natal, e 42,5% acham que a presença de profissionais tem influenciado de forma parcial. O atendimento pré-natal realizado por equipe multiprofissional tem contribuído para redução de complicações maternas, construindo uma base humanizadora, e fortalecendo o vínculo mãe-feto.

Quanto os recursos materiais, 52,5% dos profissionais considerou que a oferta de recursos materiais tem influenciado de forma positiva, em contrapartida 42,5% avaliaram que influencia de forma parcial, e 5,0% de forma negativa. Nota-se que a falta de insumos e equipamentos é recorrente nos serviços de saúde, e acaba por comprometer a qualidade da assistência prestada a gestante.

Quanto ao apoio laboratorial, 67,5% dos profissionais acreditam que tem desfecho positivo na condução do pré-natal, uma vez que a realização de exames laboratoriais é fundamental para o reconhecimento dos agravos de saúde em tempo oportuno, e 25% acreditam ter influenciado de forma parcial, e 7,5% de forma negativa.

Quanto a oferta de medicamentos essenciais, 72,5% dos profissionais avaliaram que esse componente influencia de forma parcial, 17,5% de forma positiva, e 10% de forma negativa. A oferta de medicamentos no momento da consulta pré-natal nem sempre é disponibilizada pela falta de muitos destes na US.

No que tange ao componente de sistema de referência e contrarreferência, 50% dos profissionais avaliaram de forma positiva, pois justamente se faz necessário evitar a peregrinação da gestante, e dar o direito de ser assistida na maternidade de referência, em contrapartida 45% avaliaram de forma parcial na vinculação deste sistema, e 5,0% destacam que não há sistema de referência e contrarreferência.

Em relação ao instrumento de registro, 60% dos profissionais avaliaram como positiva para realização do pré-natal, como a caderneta da gestante, ficha perinatal, e 35% de forma parcial, e 5,0% como negativo.

A respeito da educação em saúde, observa-se que 65% dos profissionais avaliaram que a oferta e realização de atividades educativas no período gestacional,

tem influenciado de positivamente, 27,5% acreditam que apenas parcialmente, e 37,5% acham que a oferta não condiz para melhorar o empoderamento da gestante.

Em relação a consulta odontológica da gestante, 92,5% dos profissionais acreditam que influencia de forma positiva, que é primordial que a gestante passe pelo consultório odontológico pelo menos uma vez, evitando assim doenças periodontais que tem repercussão na gestação, e 7,5%, acreditam que a consulta odontológica não interfere no pré-natal.

Quanto a realização do pré-natal do parceiro, 60 % dos profissionais avaliaram que influi de forma parcial, 30%, de forma positiva, e 10%, de forma negativa no envolvimento integral do pré-natal devido à baixa adesão deles na consulta de pré-natal.

A oferta de testes rápidos tem repercussão positiva, relatado pela maioria dos profissionais, 87,5% em relação a qualidade do pré-natal, além de oportunizar o diagnóstico em tempo hábil a gestante e assim promover o tratamento de forma oportuna, embora 12,5% acreditam que a oferta de testes rápidos possa mudar o desfecho do pré-natal.

Quanto a existência de sala de vacina, e oferta de imunobiológicos em tempo hábil, 92,5% dos profissionais acham que tem influência positiva, evitando doenças infectocontagiosa e imunopreveníveis como a Coqueluche. Entretanto 7,5% acham que interfere de forma parcial no período gravídico-puerperal e no nascimento do conceito.

Na **tabela 5** apresenta-se a avaliação global das estruturas dos serviços, de acordo com os componentes instituídos para atenção pré-natal de risco habitual, por distrito sanitário de São Luís.

Percebeu-se que há similaridade na estrutura dos serviços dos sete distritos, independente do tipo de unidades de saúde pesquisada (ambulatório de Unidade Mista, Unidade de Saúde da Família e Centro de Saúde). Por vezes, o mesmo componente foi avaliado de forma diferente pelos profissionais nas diversas unidades de saúde do mesmo ou de outro distrito sanitário.

O distrito sanitário Centro se destacou nos componentes planta física, recursos humanos, recursos materiais e apoio laboratorial mínimo; distrito Cohab foi melhor avaliado nos componentes planta física, apoio laboratorial mínimo, oferta de medicamentos essenciais e instrumentos de registro; distrito Itaqui – Bacanga,

sobressaiu-se nos componentes planta física, recursos materiais, referência e contra referência; o distrito Vila Esperança destacou-se em planta física e recursos materiais; o distrito Tiririca foi bem avaliado em apoio laboratorial mínimo e oferta de medicamentos essenciais; o distrito Bequimão, em oferta de medicamentos essenciais, sistema de referência e contra referência e instrumentos de registro; o distrito Coroadinho, em oferta de medicamentos essenciais, referência e contra referência.

Tabela 5. Avaliação dos componentes estruturais das Unidades Básicas de Saúde, segundo os distritos sanitários. São Luís, MA, 2019. (n=21)

<i>Estruturas</i>	DISTRITO													
	Bequimã		Centro		Cohab		Coroadinh		Itaqui-Bacanga		Tiririca		Vila Esperança	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Planta Física														
Insuficiente	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Precária	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Satisfatória	1	33,3	2	66,7	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3	2	66,7
Ótima	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0
Recursos Humanos														
Insuficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Precária	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0
Satisfatória	1	33,3	0	0,0	2	66,7	2	66,7	2	66,7	1	33,3	2	66,7
Ótima	1	33,3	3	100,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Recursos Materiais														
Insuficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Precária	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Satisfatória	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0
Ótima	2	66,7	3	100,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0	2	66,7	3	100,0
Apoio Laboratorial														
Insuficiente	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	2	66,7	1	33,3	1	33,3
Precária	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Satisfatória	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Ótima	1	33,3	2	66,7	2	66,7	1	33,3	1	33,3	2	66,7	1	33,3
Medicamentos Essenciais														
Insuficiente	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Precária	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Satisfatória	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3
Ótima	2	66,7	0	0,0	2	66,7	2	66,7	1	33,3	2	66,7	0	0,0

**Sistema de
referência e
contrarreferência**

Insuficiente	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Precária	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Satisfatória	0	0,0	1	33,3	2	66,7	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Ótima	2	66,7	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	100,0	1	33,3

**Instrumento
s de registro**

Insuficiente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Precária	0	0,0	2	66,7	0	0,0	1	33,3	2	66,7	1	33,3
Satisfatória	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
Ótima	3	100,0	1	33,3	3	100,	1	33,3	1	33,3	2	66,7

0

Em relação a planta física dos serviços de saúde, quando comparadas entre os distritos, notou-se melhores desempenhos nos distritos Centro, Cohab, Itaqui – Bacanga e Vila Esperança, todas com (66,7%), entretanto o distrito Bequimão (33,3%) apresenta falhas em relação aos espaços físicos, devido a improvisação para consultórios, sala de espera pequena em uma das suas unidades, com desempenho insuficiente. O distrito Coroadinho e Tirirical, ambos com (33,3%) apresentando desempenho a quem do esperado, devido a instalações físicas precárias.

A respeito dos recursos humanos, nota-se que o único distrito que apresentou avaliação ótima, foi o Centro (100%), por apresentar uma composição mínima de profissionais para a assistência pré-natal satisfatória. Nos demais distritos com (66,7%), a avaliação foi satisfatória, apresentando apenas alguns na assiduidade dos profissionais pré-natalistas. Nos distritos Bequimão e Tirirical avaliação insatisfatória (33,3%) apresentam quantidade insuficiente de profissionais pré-natalistas, e auxiliar de enfermagem.

Observa-se que em relação aos recursos materiais os distritos Itaqui-Bacanga (100%), Vila Esperança (100%), Bequimão (66,7%), Tirirical (66,7%) e Centro (100%) apresentaram avaliação ótima, entretanto o distrito do Coroadinho (66,7%) apresentou avaliação satisfatória pelo fato de algumas das unidades não dispor de mesa ginecológica e gestograma.

Quanto ao apoio laboratorial mínimo, nota-se que a oferta não é equânime. Os distritos mais bem avaliados em relação a oferta de exames laboratoriais foram Cohab, Centro e Tirirical, todos com (66,7%). Observa-se que no distrito do Coroadinho (66,7%) chama atenção pelo fato da oferta ser precária, e no

distrito do Itaqui-Bacanga insuficiente. Tal fenômeno pode ser em decorrência da pactuação de cotas de exames laboratoriais e a grande demanda da população.

No que tange a oferta de medicamentos essenciais, os distritos que apresentaram melhor desempenho foram o Bequimão, Cohab, Coroadinho e Tirirical com (66,7%) respectivamente. Os distritos Vila Esperança, Itaqui- Bacanga e Centro com (33,3%) foi avaliada ainda de forma insatisfatória pelo fato de nem sempre possuir na farmácia básica os medicamentos: sulfato ferroso, ácido fólico, analgésicos e antiácidos.

Em relação ao quesito sistema de referência e contra referência, o distrito do Itaqui-Bacanga (100%) atende os critérios de vinculação da gestante a maternidade em sua totalidade. Nota-se que os distritos do Coroadinho e Bequimão com (66,7%) apresentam avaliação ótima, e os demais distritos apresentam fragilidades ainda na linha de cuidado pré-natal.

Quanto a disponibilidade de instrumentos de registro para atenção pré-natal, observa-se que os distritos Bequimão e Cohab com (100%), tiveram desempenho ótimo na sua totalidade. Em oposição os distritos do Centro e Itaqui Bacanga (66,7%) apresentam avaliação precária devido o não preenchimento de mapa diário e a ficha perinatal.

6 DISCUSSÃO

A avaliação da assistência pré-natal tem se constituído como uma ferramenta importante e indispensável nos serviços de saúde. Essa assistência, configura-se como ações resolutivas e acolhedoras para gestantes, em diferentes níveis de atenção à saúde, e com a garantia dos aspectos estruturais e operacionais, irá assegurar uma assistência livre de risco ao binômio mãe/bebê (ROCHA; SILVA, 2012; GUIMARÃES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2019)

A presente pesquisa avaliou a assistência pré-natal nos serviços da Atenção Primária à Saúde, com foco na estrutura dos serviços, dos sete Distritos Sanitários na cidade de São Luís, MA, e evidenciou que as unidades de saúde possuem estrutura e organização satisfatórias (52,4%) para a assistência a mulher no período gestacional. Embora esses resultados sejam animadores para a realidade de São Luís, nota-se que fragilidades e lacunas ainda existem nos componentes planta física das unidades (14,3%), no acesso e oferta de exames laboratoriais em tempo hábil (47,6%) e na dispensação e estoque necessário de medicamentos essenciais (57%) nas unidades de saúde para as gestantes.

Estes resultados se assemelham com estudos nacionais que encontraram desempenhos próximos, em relação a avaliação da estrutura dos serviços que prestam assistência pré-natal, em Fortaleza, CE, (50%) no ano de 2011; em Santa Helena do Goiás, GO, no ano de 2012 (66,7%) (ROCHA; SILVA, 2012; MORAIS, 2013). Contrapondo com os achados em estudos realizados em Cuiabá, MT, onde 100 % das US tiveram sua estrutura considerada parcialmente adequada (ARANTES *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada por Guimarães *et al* (2018) destaca que, no Brasil, num cenário nacional de cobertura do pré-natal, de cerca de 100%, menos da metade (43%) das unidades de saúde pesquisadas não dispunham de infraestrutura adequada, revelando uma enorme fragilidade para o alcance de uma assistência pré-natal de qualidade.

Quanto a avaliação do componente planta física, comprovou-se que os serviços de saúde de São Luís possuem espaços físicos satisfatório, embora em 14,3% das unidades de saúde, a sala de espera além de ser pequena, não possuía bancos em quantidades suficientes para a demanda que aguardava atendimento, além de ser pouco arejada e com ventilação precária. Outra situação encontrada foi

em relação a insuficiência de sala para reunião da equipe de saúde e para as atividades de educação em saúde das gestantes, aja visto que apenas (47,6%) das unidades dispunham desse ambiente físico.

Além disso, o estudo constatou que 19% das unidades de saúde não possuíam consultórios odontológicos, assim como sala de vacina em um dos serviços pesquisados. O que pode contribuir para ruptura da longitudinalidade do cuidado da gestante, contribuindo para a peregrinação destas, para outras unidades de saúde em busca desses serviços.

No que concerne ao espaço físico deficiente encontrado na pesquisa, que foi a sala para reunião, destaca-se que a ausência, assim como a improvisação da sala de reunião para realização de atividades de educação em saúde, tem repercutido de forma negativa na propagação das ações de avaliação, monitoramento e planejamento de saúde, assim como o desenvolvimento das ações de promoção da saúde a gestante (ROCHA; SILVA, 2012; ARANTES *et al.*, 2014; JASSEN *et al.*, 2016). Dados semelhantes foram encontrados em um estudo de coorte realizado em Pernambuco, em 2009, ao avaliar a estrutura das equipes de ESF, onde 48,1% das US não dispunham desse espaço (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015), em contrapartida menor inadequação (11,6%) foi observada em Cuiabá/MT (ARANTES *et al.*, 2014).

Os resultados mostraram que mesmo com deficiência de espaço físico para a oferta de atividade de educação em saúde da gestante, houve o desenvolvimento dessas ações, visto que 95,2% dos serviços apontaram como uma atividade ofertada às gestantes e 92,5% dos profissionais enfatizaram como influência positiva e parcialmente positiva a realização de educação e saúde para a assistência pré-natal.

Embora o espaço físico seja necessário para o acolhimento da gestante e melhor desempenho do profissional, estes, por reconhecer que a realização de atividades de educação em saúde para as gestantes é uma estratégia essencial para a promoção da saúde materno-infantil, já que pode conceder a essas mulheres o empoderamento para enfrentar as situações de mudança que perpassam esse período tão peculiar que é a gravidez, e as preparam para gerir o cuidado com sua saúde e do neonato (LIMA *et al.*, 2019). Muitas vezes essas atividades são realizadas nos mais diversos ambientes, inclusive no domicílio. Quando realizadas

no espaço da unidade de saúde, as vezes, os profissionais se valem da improvisação do espaço com a mínima condição de conforto.

Quanto ao consultório odontológico, embora presente na maioria das US pesquisada, 7,5% não dispõe desse serviço, o que gera desigualdade quanto ao atendimento odontológico, e em especial a gestante. A recomendação proposta pela Rede Cegonha é que toda gestante tenha sua cavidade bucal avaliada pelo menos em cada trimestre. Diversos autores, tem evidenciado fragilidades quanto a disponibilidade de consultório odontológico, e do número de dentista (SILVEIRA *et al.*, 2001; JASSEN *et al.*, 2016; MORAIS, 2013).

A inclusão do atendimento odontológico pela Rede Cegonha no pré-natal foi uma das grandes conquistas para a saúde bucal das gestantes, e assim melhorar a saúde materno-infantil, e promover uma atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2011).

Mesmo com recomendação do pré-natal odontológico, o estudo conduzido por Sousa *et al.* (2016), identificou que 90,7% das gestantes possuíam a doença periodontal, embora muitas terem ido ao dentista alguma vez durante a gestação. Dentre estas, a maioria não deu seguimento ao tratamento por receio que fizesse mal ao bebê, ou por não achar necessário o tratamento.

No que se refere ao componente recursos humanos, destacou-se a presença de profissionais de saúde com mais de um ano de inserção nas unidades de ESF (35%), com tempo de formação superior há mais de dois anos de atuação (92%), com predominância do profissional enfermeiro (75%). Com referência ao profissional enfermeiro, o estudo de Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011) destaca que, dentre as categorias profissionais atuantes na atenção ao pré-natal, o enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, pois é um profissional qualificado para o atendimento à mulher, possuindo um papel muito importante na área educativa, de prevenção e promoção da saúde, além de ser agente da humanização.

Com relação aos recursos humanos, a maioria dos profissionais era do sexo feminino, exercendo jornada semanal de 30h, e com especialização em Saúde da Família. Achados semelhantes também foram observados nos estudos de Silva *et al.* (2019), Turci, Lima-Costa e Macinko (2015) e Pimentel, Albuquerque e Souza (2015). Ao contrário do estudo de Jassen *et al.* (2016) encontrou situação pior ao

constatar que 34,8% dos profissionais tem menos de um ano de atuação na equipe local.

Em relação a formação dos profissionais que prestam assistência pré-natal, notou-se uma baixa frequência de profissionais com especialização em ginecologia e obstetrícia (23,8%), diferindo do estudo de Rocha e Silva (2012), em que 86,7% dos profissionais tinham essa formação.

Contudo, observou-se um aumento do escopo de especializações em áreas afins, principalmente em saúde da família com 73% e em outras com menor frequência como, saúde coletiva e saúde pública. Dados semelhantes foram observados nos estudos de Arantes *et al.* (2014) e Jassen *et al.* (2016), 74,4% e 74%, respectivamente.

Acredita-se que o suporte especializado por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) tenha contribuído e sido fundamental para assegurar apoio matricial e assistência pré-natal nos casos que as equipes de atenção primária não conseguirem resolutividade na dimensão do cuidado. (CUNHA *et al.*, 2019).

Quanto aos aspectos operacionais para assistência pré-natal referidos pelos gestores, a pesquisa evidenciou que as US na sua totalidade realizam visita domiciliar e busca ativa das gestantes faltosas (90,5%). A presença do agente comunitário de saúde na equipe é de suma importância na captação oportuna e precoce de gestantes, para a iniciação do pré-natal, indo ao encontro da proposta do PHPN e Rede Cegonha. Além disso, tem papel mediador entre equipe de saúde e a comunidade, é responsável para fortalecer o elo da UBS com os profissionais de saúde e com a comunidade (PERUZZO *et al.*, 2018; FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018).

Uma estratégia essencial para aumentar os resultados da ESF, se dá por meio da qualificação de processos de trabalho, organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional, bem como a oferta de cuidados (FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018). Além disso, conflui para enfrentar a rotatividade e fixação de profissionais na APS, principalmente profissional médico para que possam dispor de meios para realizar ações com qualidade e alcançar melhores resultados em saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2016).

Em relação a avaliação sobre os recursos materiais para o atendimento pré-natal nas unidades pesquisadas, fragilidades foram constatadas, mesmo com

desempenho considerado ótimo durante a avaliação. Dentre estas, destaca-se o insuficiente aporte de roupa de cama e camisola para uso durante as consultas (76,2%) e a realização de manutenção de equipamentos (71,5%). O quantitativo suficiente de insumos como estes, são essenciais para promover privacidade, higiene e manutenção da biossegurança a gestante e aos profissionais de saúde.

Com relação a outros materiais utilizado para facilitar a operacionalização das consultas de pré-natal, destaca-se o gestograma, somente em 14 (66,7%) das unidades estava disponível em quantidade suficiente para todos profissionais que realizam consulta de pré-natal, assim como foram observados nos estudos de Rocha e Silva (2012), Moraes (2013), Silva *et al.* (2013) e Moreira *et al.* (2017). Já, outros insumos básicos e equipamentos em condições de uso, como material para coleta de Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU), Sonnar dopler, fita métrica, Pinard e oferta de vacinas (Hepatite B, dT, dTPa e Influenza) estavam disponíveis na grande maioria das US pesquisadas (95,2%), cuja avaliação configurou-se como ótima e satisfatória. Bem diferente dos achados no estudo de Arantes *et al.* (2014) que demonstraram a ausência de estetoscópio de Pinard (53,5%) e de materiais de coleta para PCCU (18,6%).

Estudo realizado por Tomasi *et al.* (2017) apontou que, possíveis deficiências na estrutura das UBS podem ter concorrido para as baixas prevalências de realização de exames ginecológicos, como a falta de materiais e insumos, entre espécies, lâminas e fixadores.

A literatura aponta com veemência que, é a partir da disposição de materiais e equipamentos que os profissionais de saúde poderão intervir na saúde da mãe com reflexo para a saúde do conceito de modo adequado, minimizando ao máximo o risco para a saúde dos assistidos. (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Em relação aos imunobiológicos, notou-se que quase todas as US dispunham de sala e estoque das vacinas recomendadas no período gestacional. Diferindo dos achados no estudo de Luz, Aquino e Medina (2018), que ao avaliarem 16.566 equipes de Saúde da Família participantes do PMAQ, Ciclo I, evidenciaram que menos de 50 % das equipes contavam com vacinas (43,5%), com baixa predominância para região Nordeste (14,3%). Não diferente dessa realidade, o estudo de Tsunehiro *et al.* (2018) observou a persistência de falhas nos registros de procedimentos, exames e imunização antitetânica (68,6%).

Turci, Lima-Costa e Macinko (2015) ao analisar as influências estruturais das unidades de saúde ressaltam que a disponibilidade de insumos e equipamentos na unidade de saúde é um fator fortemente associado a melhor performance e ao desempenho mais adequado na APS.

Quanto aos exames laboratoriais, observou-se uma demanda insuficiente na oferta do escopo de exames preconizados pelo Rede Cegonha nas unidades de saúde pesquisada. Embora tenha sido bem avaliado pelos gestores, a oferta foi considerada insatisfatória (33,3%), mesmo com a disponibilidade de marcação nos laboratórios da rede por meio do Sistema de Regulação - Via Central de Marcação de consultas (SISREG).

O município de São Luís conta em sua rede de atenção pré-natal, com laboratórios conveniados para realização de exames laboratoriais, no intuito de atender as necessidades dos setes distritos sanitários, entretanto não tem atendido a demanda reprimida que não tem cobertura da ESF, assim como a possível existência de cotas para exames.

A baixa oferta de exames como urocultura, *Treponema pallidum* hemagglutination assay (TPHA), e ultrassonografia obstétrica em São Luís não condiz com as recomendações preconizadas pelo Rede Cegonha e PHPN, já que menos da metade dos serviços relataram a disponibilização destes exames. Silva *et al.* (2019) afirmam que o percentual de mulheres que realizaram os exames recomendados no período gestacional está aquém do esperado (13,2%), mesmo com a presença do apoio laboratorial relatada pelos profissionais. Apesar dessas disparidades, a realização de hemograma, tipagem sanguínea, EAS e Anti-HIV foi significativamente positivo, e corrobora com os achados de Tomasi *et al.* (2017) e Jassen *et al.* (2016), respectivamente.

Identificou-se que a maioria das US do município de São Luís, MA que a realização de urocultura, assim como a ultrassonografia obstétrica tem sido colocado em segundo plano pelos gestores, pelo fato de serem procedimentos de custo elevado. Outros estudos têm sinalizado essa realidade, e não sendo exclusiva de São Luís (MORAIS, 2013). Embora não seja um indicador de processo, a ultrassonografia obstétrica é um exame essencial para mensurar a correta idade gestacional, e avaliar possíveis intercorrências com o feto (BRASIL, 2012; TSUNECHIRO *et al.*, 2018). Quanto ao exame de urocultura, é de grande

importância na gravidez, para identificar precocemente uma possível infecção urinária, possibilitar o tratamento da gestante em tempo hábil, evitando assim complicações futuras para a o binômio mãe/feto.

A instituição do Programa Rede Cegonha em 2011 pelo MS, visa a implementação da assistência à mulher no período gravídico puerperal, dentre os objetivos proposto é garantir os exames e consultas de pré-natal em tempo oportuno, apoio a contratação de serviços laboratoriais no intuito de promover agilidade na devolução dos resultados de exames, oportunizando o tratamento precoce de doenças descobertas no período gestacional, evitando consequências negativas a gestante e ao conceito como a prematuridade, o aborto e transmissão vertical da sífilis, hepatites e HIV (BRASIL, 2012; TSUNECHIRO *et al.*, 2018).

Os testes rápidos de HIV e Sífilis apareceram nesta pesquisa com alta cobertura na disponibilidade, em detrimento aos demais exames laboratoriais. Esses testes quando realizados sistematicamente, contribuem para identificar precocemente sinais de positividade de doenças que afetam a saúde da mãe e do feto, incluindo além do HIV e sífilis, a hepatite B e hepatite. Achados semelhantes foram observados no estudo de Nogueira *et al.* (2016) onde os profissionais de saúde avaliaram a realização adequada para exames de HIV e teste rápido para HIV em 74,3% das gestantes.

Estudo internacional realizado em 2015 com dados obtidos pelos centros de coordenação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), evidenciou a presença de iniquidades na oferta de teste rápido para sífilis nos países da América Latina. Países como Chile, República Dominicana, El Salvador, Panamá e outros não dispõe deste procedimento tão importante para o cuidado pré-natal. Faz-se necessário ampliar e qualificar o pré-natal, principalmente entre populações vulneráveis para aumentar o uso do teste rápido de sífilis, e eliminar a sífilis congênita (SILVEIRA *et al.*, 2019).

Referente a oferta de medicamentos essenciais, os antiácidos (47,6%) foram os menos encontrados nas unidades de saúde, em contrapartida os suplementos vitamínicos (Ácido fólico e sulfato ferroso) em quantidade satisfatória, assim como a oferta de penicilina Benzatina (57,1%). Em oposição, a insulina, os anti-hipertensivos, analgésicos e antitérmicos foram encontradas em quantidade pouco satisfatória nos estabelecimentos pesquisados. Resultados similares foram

encontrados no estudo de Jassen *et al.* (2016), ao evidenciar a presença de suplementos vitamínicos (ácido fólico e sulfato ferroso), analgésicos e antieméticos em quase 95 % das US.

Contrastando essa situação, o estudo de abrangência nacional evidencia discrepâncias em relação a oferta de medicamentos essenciais em quantidade suficiente, variando de 10,3% na região Norte, a 43,7% na região Sul (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018). A oferta insuficiente de antiácidos (46,7%) também fora encontrada no estudo de base local realizado em Fortaleza, ao avaliar a estrutura dos serviços de pré-natal (ROCHA; SILVA, 2012).

Em relação ao sistema de referência e contrarreferência no pré-natal na APS de São Luís, os resultados demonstraram adequação em apenas 47,6% das unidades. Tal explicação para esse resultado pífio se dá devido a precariedade da contrarreferência por parte do serviço especializado, o que não é uma situação privativa dos serviços da saúde de São Luís. Cada distrito sanitário de São Luís possui definido a maternidade de referência de acordo com a estratificação do risco gestacional.

E visando cumprir uma das recomendações do componente pré-natal instituída pelo PHPH e pela Rede Cegonha, as unidades devem garantir a vinculação da gestante ao serviço de parto logo no início do pré-natal (BRASIL, 2011). Da mesma forma, configura o serviço ambulatorial que dar seguimento ao acompanhamento da gestante de alto risco. Os relatos dos gestores evidenciam que de fato existe a referência dos serviços, porém existe um entrave quanto a contrarreferência formalizada. O que fragiliza a teia da longitudinalidade do cuidado proporcionada pela equipe a essa gestante.

Deficiências no sistema de referência e contrarreferência também foram observados nos estudos de Moraes (2013) e Rocha e Silva (2012), ao encaminhar a gestante para maternidade de referência. No entanto, um estudo sobre a contrarreferência realizado em Cuiabá demonstraram adequação em 81,4% das US (ARANTES *et al.*, 2014).

Moraes *et al* (2018) afirmaram que em São Luís as gestantes tendem a buscar primeiramente as maternidades mais bem equipadas, e dão prioridade a demanda de alto risco, mesmo aquelas consideradas de risco habitual o que fazem peregrinarem em busca de atendimento ao parto, de forma desordenada, gerando

superlotação dos serviços de alta referência. O que faz pensar que não aconteceu a orientação adequada e a vinculação desta gestante a maternidade de referência durante o pré-natal, demonstrando lacunas nas ações de promoção da saúde a gestante.

Em relação aos instrumentos de registro, os dados evidenciaram ótimo desempenho das unidades pesquisada, ao constatarem em sua totalidade um quantitativo expressivo de caderneta de gestante e de ficha perinatal. Uma avaliação sobre estrutura das US dos municípios que aderiram ao PMAQ, ciclo II revelou que a presença de material impresso, como caderneta da gestante teve variação de 52,2% na Região Nordeste, a 68,1% na Região Norte no estudo de Luz, Aquino e Medina (2018).

Semelhante desempenho foi observado nos estudos de Arantes *et al.* (2014), em que o percentual de cartão de gestante chegou a 97,6% de adequação, assim como no estudo de Jassen *et al.* (2016), onde as fichas de pré-natal estavam presentes em quantidade suficiente nas US, em oposição ao estudo de Moraes (2013) que a utilização da ficha perinatal apresenta resultados insatisfatórios.

Outro benefício proposto pelo Programa Rede Cegonha lançado em 2011 pelo MS visando ajuda às gestantes, foi a criação de uma ajuda financeira no valor de R\$ 50,00 reais no intuito de cobrir despesas de deslocamento e garantir que elas pudessem ter acesso a consultas de pré-natal e assistência ao parto (BRASIL, 2011). Entretanto a proposta foi suprimida. No entanto, visando melhorar os indicadores de qualidade da atenção pré-natal, e reduzir a mortalidade materna e infantil, em 2019, o governo estadual criou o Programa “Cheque Cesta Básica – Gestante”, um benefício financeiro destinado a gestantes de baixa renda, com pagamento de até 9 (nove) parcelas no valor de R\$ 100, 00 reais, no intuito de melhorar assistência pré-natal, mediante a continuidade do acompanhamento pré-natal e realização dos exames complementares em tempo oportuno (SES/MA, 2019). Com o advento deste programa, espera-se resultados melhores na assistência pré-natal em São Luís, com a adesão em tempo oportuno das gestantes e a participação dos seus parceiros de forma mais efetiva.

Cunha *et al.* (2019) relatam que se faz necessário aprimorar a oferta de cuidados, o acesso aos serviços e intensificar os processos organizacionais na atenção primária em saúde, em especial na ESF, a fim de garantir a todas as

gestantes um pré-natal de qualidade estabelecido nacionalmente pelos programas ministeriais.

Por fim, os resultados apresentados nesta pesquisa demonstraram que apesar das unidades de saúde possuírem uma estrutura satisfatória, ainda persistem lacunas que precisam ser sanadas, e que repercutem de forma negativa na APS, mesmo com visíveis melhorias advinda dos projetos de incentivos financeiros (PMAQ-AB e Requalifica UBS). No entanto, sabe-se que nem todas as unidades de saúde participaram do processo de adesão destes projetos.

Além disso, observou-se que não houve diferença significativa da assistência pré-natal prestadas nas unidades de saúde tradicional das unidades de saúde da família, corroborando com a pesquisa de Oliveira *et al.* (2019), ao avaliar os indicadores de processo e resultado do pré-natal ao comparar os diferentes modelos de atenção tradicional e Estratégia Saúde da Família. Embora, ainda observadas disparidades na oferta dos serviços essenciais preconizados pelo PHPN e Rede Cegonha em diferentes distritos, com presença de infraestrutura deficiente, oferta de medicamentos inadequada, e baixa garantia de realização de exames.

Apesar dos avanços na infraestrutura dos serviços de saúde proporcionadas pelos projetos de incentivo voltados para a melhoria da qualidade dos serviços da atenção primária no Brasil, como o PMAQ, e o Requalifica UBS, observa-se ainda a persistência de fragilidades e lacunas em relação a estrutura dos serviços de saúde, dentre elas o ambiente físico, como foi colocado pelos profissionais de saúde durante a pesquisa. Repercussões negativas na ambiência comprometem a assistência pré-natal e a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde a gestantes. (BRASIL, 2011; NOGUEIRA *et al.*, 2016; FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018).

Cabe ressaltar que a portaria nº 2436/2017, reafirma que é de responsabilidade de todas as esferas de governo garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, assim como mobiliário e equipamentos em condições de uso, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, considerando a densidade demográfica, o perfil da população, e as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2017). Contudo, no estudo de Luz, Aquino e Medina (2018) evidencia fragilidades na infraestrutura das UBS, em relação a

acessibilidade, e inexistência de adaptações necessárias para o atendimento para pessoas com algum tipo de necessidade especial.

Ressalta-se ainda que esta pesquisa é uma das poucas já realizada como uma linha de base da estrutura das UBS com foco na assistência pré-natal, e utilizar instrumento próximo do PMAQ-AB, revelando assim a necessidade de outros estudos que abordem essas nuances.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da assistência pré-natal, com foco na estrutura dos serviços, na perspectiva das diretrizes do PHPN e Rede Cegonha oportunizou conhecer o panorama situacional desse serviço em São Luís, e reconhecer potencialidades e fragilidades que necessitam ser pontuadas para melhorar a qualidade dos serviços.

Os resultados evidenciaram que as unidades de saúde possuem estrutura e organização satisfatórias para assistência a mulher no período gravídico-puerperal. Dentre esses aspectos destaca-se, a presença de recursos humanos disponíveis para realização de consulta pré-natal, ao menos duas vezes na semana, e com profissionais capacitados na área de atuação e afins, assim como a disponibilidade de insumos e equipamentos básicos na maioria dos serviços, com predomínio de mesa ginecológica, sonar, material para coleta de exame de papanicolau, além de outros, fundamentais para prestação de uma assistência qualificada e humanizada a gestante.

Dentre os aspectos que podem fragilizar a operacionalização do pré-natal também foram observadas na infraestrutura das unidades, quanto a ambiência, disponibilidade suficiente de sala própria para reunião/atividade coletiva, e déficit de consultório odontológico. Em relação aos quesitos apoio laboratorial, e medicamentos essenciais, nota-se que poucas US tiveram desempenho satisfatório, o que deixa claro a falta de investimentos adequados na logística e na oferta e dispensação de medicamentos em tempo hábil, repercutindo de forma negativa no pré-natal, predispondo o binômio mãe-conceito a agravos e complicações.

Outro ponto que merece atenção é a falha do sistema de referência e contrarreferência, principalmente quanto a inexistência de informações da contrarreferência formalizada. O que demonstra a necessidade de fortalecimento da APS com os diferentes níveis de atenção a saúde, em especial voltado para atenção ao parto e nascimento.

Os resultados demonstraram, que mesmo com a implantação do programa Rede Cegonha, desde 2011, a assistência pré-natal de risco habitual em São Luís apresenta condições desfavoráveis em relação ao atendimento, nos diferentes distritos sanitários, com a persistência de oferta inadequada dos exames laboratoriais e procedimentos, assim como a presença do sistema de regulação deficitário, resultando em inadequação.

Portanto, a presente pesquisa evidenciou que muitos dos aspectos estruturais e operacionais dos serviços de assistência pré-natal de São Luís necessitam de melhorias na sua organização e gestão, para atender aos princípios do SUS, em especial, ao acesso igualitário dos serviços pelas usuárias grávidas e para o fortalecimento da APS.

Uma das limitações do estudo, refere-se ao fato do instrumento utilizado para avaliar as equipes eram autoaplicáveis, o que poderia gerar viés, e possível confronto de interesses por parte dos gestores. Outro ponto é a escassez de estudos avaliativos no município de São Luís voltado para estrutura dos serviços sobre atenção pré-natal na APS.

Diante da realidade, faz-se necessário que as Gestão Municipal e Estadual trabalhem em consonância para reduzir as disparidades na assistência pré-natal em São Luís, no intuito de assegurar ao direito ao atendimento digno e humanizado das gestantes como proposto pela política de saúde da mulher vigente.

REFERÊNCIAS

ANVERSA, E. T. R. *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

ARANTES, R. B. *et al.* Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá (PR), v. 13, n. 2, p. 245-54, abr./jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher**: bases de ação programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de atenção obstétrica e neonatal. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 fevereiro de 2006**. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.html>. Acesso em: 03 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Nota técnica mortalidade materna no Brasil. In: _____. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://18928128100/dab/docs/publicacoes/ geral/pnabpdf](http://18928128100/dab/docs/publicacoes/geral/pnabpdf). Acesso em: 10 ago. 2019.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COSTA, G. R. C. *et al.* Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1005-9, nov./dez. 2010.

CUNHA, A. C. *et al.* Avaliação da atenção pré-natal na atenção básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p.459-70, abr./jun. 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Informações de saúde: estatísticas vitais – Brasil, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10ma.def>. Acesso em: 02 maio 2018.

DIAS, C. L. O.; SILVA JUNIOR, R. F.; BARROS, S. M. O. Análise da qualidade da assistência pré-natal no âmbito da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2279-87, 2017.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, fev. 2006.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, p. 1743-48, 1988.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. **Journal of Pharmacy Practice** [s.i.], v. 9, n. 2, p. 975-92, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Contagem da população de 2010: estimativas da população. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>. Acesso em: 02 set. 2018.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILELIO, A. S. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42. n. spe1, p. 208-23, 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2697-708, 2016.

GUIMARÃES, W. S. G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 1-13, 2018.

GOUDARD, M. J. F. *et al.* Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1227-38, 2016.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275p.

JANSSEN, M.; FONSECA, S. C.; ALEXANDRE, G. C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 140-52, out./dez. 2016.

KOBAYASHI, H.; TAKEMURA, I.; KANDA, K. Patient perception of nursing service quality: an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [s. i.], v. 25, n. 3, p. 419-25, 2011.

LIMA, V. K. S. *et al.* Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 968-75, 2019.

LUZ, A. L.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 111-26, 2018.

MAIA, V. K. V. *et al.* Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1055-60. out./dez. 2017.

MORAES, L. M. V. *et al.* Fatores associados a peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 34, 2018.

MORAIS, M. M. Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Helena do Goiás. Dissertação (Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Goiânia, 2013.

MOREIRA, K. S. *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba (PR), v. 22, n. 2, p. 1283, 2017.

NEVES, R. G. *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 00072317, 2018.

NOGUEIRA, C. M. C. S. *et al.* Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. **Cogitare Enfermagem, Curitiba (PR)**, v. 21, n. 4, p.1-10, out-dez, 2016.

OLIVEIRA, R. L. A.; FERRARI, A. P.; PARADA, C. M. G. L. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 27, p. 3058, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;sequence=2>. Acesso em: 10 maio 2019.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018.

POÇAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 275-84, 2017

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1024-31, dez. 2010.

PEREIRA, D. O. *et al.* Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 3, n. 3, p. 2-15, 2017.

PIMENTEL, F. C.; ALBURQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A estratégia saúde da família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015.

ROCHA, R. S.; SILVA, M. G. C. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 344-55, 2012.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-7, 2011.

SÃO LUÍS. Prefeitura Municipal de São Luís (MA). **Secretaria Municipal de Saúde**, 2018.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO MARANHÃO. Portaria Conjunta SES/Sefaz/Seepp nº 01, de 15 de março de 2019. Dispõe sobre a execução do Programa “Cheque Cesta Básica – Gestante” prevista no Art. 2º do Decreto nº 34.651, de 2 de janeiro de 2019.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-79, jul./set. 2004.

SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 1, p. 29-37, 2013.

SILVA, E. P. et al. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 43, p. 1-13, 2019.

SILVA, A. A. et al. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria (RS) v. 9, n. spe. 15, p. 1-20, 2019.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p 131-9, 2001.

SILVEIRA, M. F. et al. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribben: a multicountry analysis. **Revista Panamericana de Salud Publica**, [s. i.], v. 43, p. 31, 2019.

SOUSA, L. L. A. et al. Pregnant women's oral health: knowledge, practices and their relationship with periodontal disease. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 64, n. 2, p. 154-63, abr./jun. 2016.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 35, n. 12, p. 533-35, 2013.

SOUZA, R. O. A.; MACHADO, C. V.; NORONHA, M. F. Desafios da gestão municipal da atenção básica em saúde no brasil: um estudo de caso. **Revista de APS**, Juiz de Fora (MG), [s. i.], 2015.

SUCCI, R. C. M. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do Município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [s. i.], v. 16, n. 6, p. 986-92, 2008.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017.

TSUNECHIRO, M. A. *et al.* Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 4, p. 781-90, 2018.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa em educação. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p.1941-52, 2015.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER -
NEPESM

APÊNDICE A - ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de realização: _____

I - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:

1. Profissão/Cargo _____ 2. Idade: _____
3. Gênero: () Masculino () Feminino
4. Estado Civil: _____ 5. Tem filhos? _____
6. Quantos? _____
7. Local de residência: _____
8. Local (is) de Trabalho: _____
9. Qual é a renda? () 3-5 salários mínimos () 6-8 salários mínimos
() mais que 8 salários mínimos
10. Há quanto tempo trabalha na Instituição? _____
11. Carga Horária Semanal: _____
12. Tempo de formação: _____ 13. Possui curso de Pós-Graduação?
() Não () Sim. Qual (is)? _____

II – IMPRESSÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A ESTRUTURA;

1. Fatores que influenciam positivamente ou negativamente na qualidade da assistência pré-natal realizada pelos profissionais de saúde: 00 (negativo); 05 (parcialmente positivo); 10 (positivo).

ESTRUTURA	00	05	10	Justificativa
1. Planta física (com condições adequadas para acolher a usuária e atender suas necessidades com conforto e segurança)				
2. Recursos humanos (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, faxineiros,				

agente administrativos capacitados)				
3. Recursos materiais (Mesa ginecológica, maca, biombo, foco de luz, sonar, Pinard, fita métrica, estetoscópio, esfigmanômetro, etc.)				
4. Apoio laboratorial (Hemograma, Glicemia em jejum, EAS, VDRL, Anti- HIV, Toxoplasmose, etc.)				
5. Medicamentos essenciais (Ácido fólico, sulfato ferroso, entre outros)				
6. Sistema de referência e contrarreferência				
7. Instrumentos de registro (Caderneta da Gestante, prontuários, receituários, blocos de anotações)				
8. Oferta de Educação em Saúde				
9. Existe Consulta odontológica para gestante?				
10 Realização do pré-natal do parceiro				
11. Existe sala de vacina?				

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA EM SAÚDE DA MULHER – NEPESM

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís-MA**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís-MA**”, que tem por objetivo principal Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de risco habitual nas Unidades de Saúde em São Luís, Maranhão.

Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras, durante a entrevista, a qual terá como um auxílio um gravador de voz. Após a entrevista, você ouvirá a gravação, para avaliar o que você falou em seguida fazer a validação, de maneira a resguardar a veracidade dos fatos. Posteriormente, essas informações serão transcritas, organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas, desde a coleta até a divulgação do estudo. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotado um código para esta finalidade.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Se desistir de participar, poderá retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Enfatizo que a sua participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. O fato de a pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas, poderá gerar algum desconforto como

lembranças, questionamentos e/ou conflitos, o qual se justifica pelo benefício que este estudo trará para você e para outras mulheres. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones: (98) 3272-9706 ou (98) 99907-3147 e pelo e-mail: lenabarrosf@gmail.com. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 21091250.

Li este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa **“Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís-MA”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador (a)

Nome completo do entrevistado

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER –
NEPESM

**ANEXO A- FORMULÁRIO ADAPTADO DE AVALIAÇÃO DA
ESTRUTURA - CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ROCHA, 2011)**

I. PLANTA FÍSICA

1. Há sala de espera com bancos para sentar	00	05	10
2. Existe sala de exame (consultório) individual	00	05	10
3. A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas	00	05	10
4. Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos	00	05	10
5. Há luz individual suficiente para atividades que requeiram maior iluminação	00	05	10
6. Há sistema para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.)	00	05	10
7. Há sala disponível para atividades docente e ou educação em Saúde	00	05	10
8. Existe consultório odontológico na unidade	00	-	10
9. Há sala de vacina	00	-	10
TOTAL DA PLANTA FÍSICA			MÁX.90

II. RECURSOS HUMANOS

10. Os (as) pré-natalistas são especialistas em Ginecologia e/ou Obstetrícia	00	05	10
11. Há atendimento pré-natal no mínimo 01x por semana (ou 02 turnos)	00	05	10
12. Há médicos e enfermeiros na condução do pré-natal	00	05	10
13. Há ACS responsável pelas gestantes inscritas no programa de pré-natal	00	05	10
14. Há Auxiliar de Enfermagem trabalhando nos dias de pré-natal	00	05	10
15. Dispõe de encaminhamento para outros especialistas quando Necessário	00	05	10
16. Há funcionário administrativo para auxiliar no preenchimento dos papéis	00	05	10
17. Há um faxineiro por turno todos os dias	00	05	10
TOTAL DE RECURSOS HUMANOS			MÁX.80

III. RECURSOS MATERIAIS

Em cada consultório onde é feita a consulta pré-natal existe:	00	05	10
18. Mesa e cadeiras			
19. Mesa ginecológica	00	05	10
20. Foco de luz	00	05	10
21. Balança para adulto (peso/altura)	00	05	10
22. Esfigmomanômetro	00	05	10
23. Estetoscópio clínico	00	05	10
24. Estetoscópio de Pinard/Sonar Doppler	00	05	10
25. Fita métrica flexível e inelástica	00	05	10
26. Espéculos	00	05	10
27. Material para coleta de exames colpocitológico	00	05	10
28. Gestograma ou disco obstétrico	00	05	10
29. Roupa de cama e camisola limpa	00	05	10
30. Lixeira para material usado	00	05	10
31. Existe efetiva manutenção e reparo dos equipamentos e instrumental utilizados	00	05	10
32. Oferta de vacinas (Dtpa; Hep. B e Dt)	00	05	10
TOTAL DE RECURSOS MATERIAIS			MÁX.150

IV. APOIO LABORATORIAL MÍNIMO

Na unidade é garantida a realização dos seguintes exames de rotina

33. Hemograma completo	00	05	10
34. Grupo sanguíneo e fator Rh	00	05	10
35. VDRL	00	05	10
36. Teste de Coombs indireto	00	05	10
37. Glicemia de jejum	00	05	10
38. HbsAg	00	05	10
39. Sumário de urina	00	05	10
40. Urocultura com antibiograma	00	05	10
41. Ultra-sonografia	00	05	10
42. Papanicolau	00	05	10
43. Teste anti-HIV	00	05	10
44. Toxoplasmose	00	05	10
45. TPHA (anticorpos específicos de Treponema pallidum)	00	05	10
TOTAL DE APOIO LABORATORIAL		MÁX.130	

V. MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A medicação dispõe dos medicamentos abaixo segundo normas

46. Antiácidos	00	05	10
47. Sulfato ferroso	00	05	10
48. Ácido fólico	00	05	10
49. Penicilina Benzatina	00	05	10
50. Analgésicos	00	05	10
51. Antitérmicos	00	05	10
52. Insulina	00	05	10
53. Anti-hipertensivos	00	05	10
54. Antibióticos	00	05	10
55. Remédios para o tratamento de corrimento vaginal	00	05	10
TOTAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS		MÁX.100	

VI. SISTEMA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Sempre que necessário, individualmente há:

56. Sistema de referência funcionante	00	05	10
57. Sistema de contrarreferência funcionante	00	05	10
TOTAL DE SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA		MÁX 20	

VII. INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Em cada consulta realizada, individualmente há:

58. Cartão da gestante (ou caderneta)	00	05	10
59. Ficha perinatal	00	05	10
60. Mapa de registro diário	00	05	10

TOTAL DE INSTRUMENTOS DE REGISTRO**MÁX.30**

ESTRUTURA	TOTAL DE PONTOS	PONTOS OBTIDOS	OBTIDOS PROPORÇÃO
I. PLANTA FÍSICA	90		
II. RECURSOS HUMANOS (número	80		
III. RECURSOS MATERIAIS	150		
IV. APOIO LABORATORIAL	130		
V. MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	100		
VI. SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	20		
VII. INSTRUMENTOS DE REGISTRO	30		
TOTAL GERAL	600		

Complementação da entrevista do gestor (EG) da unidade

De acordo com o que está previsto no PHPN e Rede Cegonha para melhoria da assistência pré-natal, as ações abaixo são desenvolvidas em sua unidade?

1) Visita domiciliar e busca ativa da gestante faltosa é realizada?

☐ 1- Sim ☐ 2 -Não
2) Existe vinculação desta unidade a maternidade de referência para o parto, com visita pelas gestantes? E para as intercorrências na gravidez? ☐ 1 – Sim; ☐ 2 – Não3) Ajuda financeira à gestante para melhorar o acesso ao acompanhamento pré-natal? ☐ 1 – Sim; ☐ 2 – Não4) Realização de práticas educativas para gestante. ☐ 1 – Sim; ☐ 2 – Não

5) É ofertado teste rápido para gestante (Hepatite B, Sífilis e HIV)?

☐ 1 – Sim; ☐ 2 – Não

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM

NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
MULHER - NEPEM

**ANEXO B – DISTRITOS SANITÁRIOS E RESPECTIVAS UNIDADES DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**

LISTA DAS UNIDADES POR DISTRITO SANITÁRIO

DISTRITO BEQUIMÃO

1. U.M Bequimão.
2. U. S. F. Amar.
3. C. S. Radional.

DISTRITO COHAB

1. C. S. Salomão Fiquene –COHATRAC.
2. C. S. Djalma Marques –Turu.
3. U. S. F. Turu II.

DISTRITO COROADINHO

1. U. M. Coroadinho.
2. U. S. F. Dr. Antônio Guanaré
3. C. S. Carlos Macieira.

DISTRITO ITAQUI BACANGA

1. U. M. Itaquí- Bacanga.
2. C. S. Embrião – V. Bacanga.
3. U. S. F. Vila Embratel

DISTRITO TIRIRICAL

1. U. M. São Bernardo.
2. U. S. F. São Cristóvão.
3. U. S. F. Fabiciana de Moraes.

DISTRITO VILA ESPERANÇA

1. C. S Vila Itamar
2. U. S. F. Thalles Ribeiro Gonçalves.
3. U. S. F. Tibiri.

DISTRITO CENTRO

1. C.S. Bezerra de Meneses
2. U.S.F. São Francisco
3. C.S. Liberdade

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA

Pesquisador: Lena Maria Barros Fonsêca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64544116.6.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.999.550

Apresentação do Projeto:

Uma assistência pré-natal de qualidade deve prever consultas regulares, com início precoce, visando oferecer oportunidade para assegurar a saúde da futura mãe e de seu bebê. De acordo com o Ministério da Saúde, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, a hipertensão arterial como causa mais frequente de morte materna no Brasil e uma grande parcela das gestantes inscritas no pré-natal não conseguem realizar as ações preconizadas pelo Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo de natureza mista e descritiva. Terá como referencial a teoria de Donabedian. A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde (CS)/ Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Mistas (UM) as Unidades de Saúde da Família (USF). Esta pesquisa será desenvolvida com gestantes que realizam pré-natal nas unidades selecionadas, profissionais médicos, enfermeiros e gestores vinculados as respectivas instituições, no município de São Luís. O tamanho amostral de 433 gestantes, 84 profissionais de saúde e população total de gestores. O processo de coleta de dados foi organizado em três etapas, fundamentada pela sistematização de Donabedian, que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. As análises estatísticas serão realizadas nos

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

programas SPSS versão 12.0, com Intervalos de confiança de 95% e nível de significância estatística estabelecido para todas as análises de 5% ($p < 0,05$). A análise da entrevista aberta será realizado através técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa obedecerá às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

a) Analisar a estrutura das Unidades de Saúde (US) quanto a adequação para a assistência pré-natal;b) Compreender a assistência prestada pelos enfermeiros e médicos às gestantes de risco habitual;c) Conhecer as limitações do trabalho dos enfermeiros, médicos e gestores, assim como a qualificação destes para a assistência;d) Analisar a adequação das consultas de pré-natal quanto ao início do pré-natal, número de consultas realizadas, intervalo entre as consultas e procedimentos mínimos segundo a PHPN;e) Identificar a qualidade dos registros do atendimento pré-natal;f) Caracterizar os participantes quanto ao perfil socioeconômico e demográfico;g) Compreender a percepção das gestantes sobre a assistência pré-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas. Se houver qualquer desconforto, a entrevista

poderá ser suspensa.

Benefícios:

Este estudo trará para as gestantes melhor atendimento pré-natal e de qualidade, satisfazendo suas necessidades, reduzindo os índices de morbimortalidade perinatal, e aos profissionais acerca de incentivo para capacitação profissional e desenvolvimento de serviços favoráveis a todos os envolvidos na assistência pré-natal.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética

CEP: 65.080-040

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

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_790300.pdf	23/03/2017 00:33:16		Aceito
Outros	RESPOSTAAOPARECERPENDENTE2.docx	23/03/2017 00:32:20	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimento.docx	23/03/2017 00:31:32	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/03/2017 00:31:08	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaook.pdf	23/03/2017 00:27:52	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pojetodoc.doc	23/03/2017 00:21:57	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pojetopdf.pdf	23/03/2017 00:21:04	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	13/12/2016 00:30:06	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/12/2016 00:20:20	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SÃO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 04 de Abril de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br