

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**RAYSSA BASILIO ARANTES**

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: EM FOCO A ESTRUTURA E O  
PROCESSO ASSISTENCIAL

CUIABÁ-MT  
2014

**RAYSSA BASILIO ARANTES**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: EM FOCO A ESTRUTURA E O  
PROCESSO ASSISTENCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - **Área de Concentração:** Enfermagem e o Cuidado à Saúde Regional. **Linha de Pesquisa:** Estudos de cuidado à saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Áurea Christina de Paula Corrêa**

Cuiabá-MT  
2014

### **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

A662a Arantes, Rayssa Basilio.

Avaliação da assistência pré-natal : em foco a estrutura e o processo assistencial / Rayssa Basilio Arantes. -- 2014  
128 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: Áurea Christina de Paula Corrêa.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá, 2014.  
Inclui bibliografia.

1. Cuidado Pré-natal. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Bem-Estar Materno.. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.**

**RAYSSA BASILIO ARANTES**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: EM FOCO A ESTRUTURA E O  
PROCESSO ASSISTENCIAL**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM.**

E aprovada na sua versão final em 28 de fevereiro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Enfermagem e o Cuidado à Saúde Regional.

---

Dr<sup>a</sup> Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo  
Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Dra. Áurea Christina de Paula Corrêa  
Orientadora - Presidente da Banca

---

Prof. Dra. Elizabeth Eriko I. Nagahama  
Membro Efetivo Externo

---

Prof. Dr. Ageo Mário Candido da Silva  
Membro Efetivo Interno

---

Prof. Dr. Oswaldo Yosimi  
Membro Suplente Externo

---

Prof. Dra. Samira Reschetti Marcon  
Membro Suplente Interno

Cuiabá-MT  
2014

*Dedico este trabalho a minha querida família, **Dulcido, Alzamar, Reysser e Raylson** por todo carinho e dedicação nesta fase de aprendizado. E a todas puérperas participantes desta pesquisa que compartilharam comigo um momento tão importante, a gestação.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a **Deus**, pelo dom da vida e pelos dons do espírito santo depositado em mim, sem a presença constante em minhas orações não seria possível a realização de tantas conquistas em minha vida.*

*Aos meus pais, **Dulcídio e Alzamar**, por me incentivar a seguir sempre em frente, todos os dias apesar dos obstáculos encontrados no caminho até a concretização desta formação. Obrigada pelo apoio, carinho e incentivo nos momentos tão difíceis. A distância machuca, mas estaremos ligados para sempre pelo amor de pais e filha. Obrigada, amo vocês.*

*Aos meus irmãos, **Reysser e Raylson**, ah como vocês me fazem falta, mas tenho a dizer que apesar da ausência no dia-a-dia vocês fazem parte desta conquista.*

*Agradeço a você meu anjo, **Emílio Carlos**, pelo companheirismo, apoio e paciência. Presença constante nos melhores e piores dias da concretização deste estudo. As discussões realizadas sobre a enfermagem, contribuem para o nosso crescimento. Amo-te.*

*Em especial, agradeço **Elen Petean** (meu parzinho), grande amiga desde a graduação. Obrigada por todo carinho e apoio durante tantos anos de amizade, e que apesar da distância possamos continuar o nosso laço de amizade.*

*Agradeço a todos os **meus familiares**, que mesmo a distância sempre estiveram presentes torcendo pelo meu sucesso. Especialmente a minha pequenina **Fernanda Arantes**, que além de todo apoio durante todo este período, pode discutir comigo a enfermagem e contribuir com muito material para meu crescimento como docente.*

*As minhas amigas e amigos, muito obrigada. Aos que iniciaram comigo a vida de estudante, **Elaine, Reginaldo, Maysa e Nádia**, obrigada pelo carinho. As amigas desde a graduação, **Maria Eugênia, Margani, Mariana, Daniela, Priscila, Elen**, sempre juntas mesmo com as divergências de pensamentos, espero continuar nosso grupo de amizade. As amigadas construídas em Cuiabá, vocês também estiveram presentes neste momento de minha vida, **Viviani, Vinícius, Nattally, Pauliane, Mona Lisa, Karine e Danielton**, em especial agradeço*

a **Ana Paula**, minha cunhada, pelas dúvidas tiradas em relação ao período da gestação. Com carinho agradeço as amigas, **Renata, Relva, Eglivani e Eveline**, colegas de profissão, vocês tem grande contribuição na minha construção constante como profissional de enfermagem, seja na assistência, pesquisa ou na docência.

Agradeço a família **Alves**, pela compreensão e pelo incentivo constante para seguir em frente nos meus objetivos. **Dona Maria** exemplo de força e determinação, a senhora tem grande contribuição neste sucesso.

De forma especial e com o coração transbordando de alegria, agradeço a Prof<sup>a</sup> **Áurea Christina Corrêa**, minha querida orientadora, na verdade mais que orientadora, AMIGA, MÃE, enfim, responsável por despertar em mim a opção pelo mestrado (rsrs lembra eu queria ir para residência). Obrigada por ouvir tantas reclamações, rsrs.

Agradeço a “minha” PIBIC, **Aline Spanevello**, com você aprendi a orientação de trabalho científico, obrigada por todas as parcerias.

Á **Isabele Mozer**, mestranda da nossa querida Áurea, agradeço pela companhia durante esses dois anos de estudo, apoio constante nas nossas discussões e decisões.

Aos membros da banca examinadora, **Elizabeth Nagahama, Ageo Silva, Oswaldo Tanaka e Samira Marcon**, obrigada por todas as discussões científicas e colaborações ao meu estudo. Especialmente a prof<sup>a</sup> **Samira Marcon** por tanta tranquilidade transmitida em nossos encontros.

Ao grupo de pesquisa **GERAR**, Prof<sup>a</sup> Edir, Prof<sup>a</sup> Neuma, Prof<sup>a</sup> Eveline, Prof<sup>a</sup> Janete, Prof<sup>a</sup> Áurea, meu muito obrigada pelos ensinamentos durante as reuniões. Em especial agradeço a **Prof<sup>a</sup> Janete**, por despertar em mim o gosto pelo trabalho quantitativo e as aulas sobre Epi-Info. As mestrandas componentes do grupo, **Isabele, Daniela, Angélica**, tenho a dizer que vencemos, e estivemos juntas nos apoiando a todo o momento.

Agradeço os **hospitais** por ter concedido a liberação para realização da coleta de dados. Em especial agradeço a **Enfermeira Vanusa**, coordenadora do Hospital Santa Helena, pela troca constante de informações e pelo incentivo durante o árduo período de coleta de dados.

*Agradeço as **350 mulheres**, que se dispuseram a contribuir com meu estudo mesmo em um momento tão particular de suas vidas.*

*À **Universidade Federal de Mato Grosso** que oportunizou a minha formação acadêmica enquanto graduada e agora como mestre em enfermagem.*

*Aos **Docentes** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, pelos conhecimentos compartilhados.*

*Aos colegas **mestrandos da turma de 2012**, vencemos juntos este momento. Obrigada.*

*A **secretária da Faculdade de Enfermagem**, em especial o Rodrigo, valeu por todos os encaminhamentos dados em diversos momentos.*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pelo apoio financeiro.*

*Entre sorrisos e lágrimas brilha uma grande e sublime felicidade, de estar me tornando Mestre em Enfermagem, **muito obrigada** a todos!!!*



*Não sabendo que era impossível, ele foi lá e fez.*  
**Jean Cocteau**

## RESUMO

ARANTES, R. B. **Avaliação da assistência pré-natal:** em foco a estrutura e o processo assistencial, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014. 128p.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Áurea Christina de Paula Corrêa

Este estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Cuiabá, Mato Grosso, fundamentado no modelo Donabedian. Pesquisa de avaliação de qualidade em saúde (avaliação normativa), de abordagem quantitativa. Esta pesquisa foi implementada em dois momentos distintos, utilizando métodos e instrumentos diferenciados. Momento 1, abordagem da estrutura e momento 2, focado no processo. Os dados para avaliação da estrutura são referentes a 43 unidades da ESF. Para descrição das unidades, os dados foram analisados com utilização do *software* Epi-Info, versão 7.0 por meio de análise estatística descritiva simples com a aplicação de medidas de frequência (absoluta e relativa). Após descrição das unidades, foi emitido juízo de valor quanto às dimensões analisadas, sendo consideradas: adequadas as que obtiveram 10 pontos; parcialmente adequada de 7 a 9,9 e inadequada abaixo de 6,9 pontos. Para o momento 2, a amostra foi composta por 350 puérperas. Os dados relativos ao processo foram coletados por meio de inquérito por questionário e transcrição de informações contidas nos cartões de gestantes. Para avaliar este processo assistencial, foi focado o cuidado pré-natal, no que se refere à avaliação do acesso precoce e a adequação do número de consultas e também a associação da adequação do pré-natal referente a estes dois indicadores com variáveis intervenientes neste processo. Foram realizadas análises descritiva, bivariada e múltipla por meio dos programas Epi-Info, versão 7.0 e Stata, versão 11.0. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, com aprovação final N° 206.839 CEP-HUJM/2013. Os resultados da avaliação da estrutura evidenciaram que as unidades estavam parcialmente adequadas quanto aos recursos físicos e equipamentos com proporções de 90,8% e 86,0% respectivamente. Em relação à avaliação do processo assistencial, verificou-se que 60,3% das puérperas tiveram a assistência pré-natal categorizada como adequada. As variáveis: regional da unidade, escolaridade, renda familiar, acesso a primeira consulta, profissional que realizou as consultas e realização do exame das mamas mantiveram associação estatisticamente significativa com a adequação da assistência pré-natal. Frente ao exposto, as unidades de saúde da família de Cuiabá-MT ainda estão deficitárias em vários quesitos, prejudicando assim a prestação de serviços com qualidade para a assistência pré-natal. A avaliação do processo assistencial evidenciou a necessidade de realização de certos procedimentos já especificados nas propostas ministeriais, bem como a importância de proporcionar maior visibilidade às desigualdades sociais.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-natal. Avaliação de Serviços de Saúde. Bem-Estar Materno.

## ABSTRACT

ABRANTES, R. B. **Evaluation of prenatal care**: focus on the structure and the assistance process, 2014. Dissertation (Master's degree in Nursing)-Postgraduate course in nursing, Faculty of Nursing, Federal University of Mato Grosso, Cuiabá, 2014. 128 p.  
Advisor: prof<sup>a</sup>. Dr. Áurea Christina de Paula Corrêa

This study aimed to evaluate the quality of prenatal care provided in the Family Health Strategy (FHS) in the city of Cuiabá, Mato Grosso, based on the Donabedian model. This is a research quality assessment in health (normative evaluation) of quantitative approach. This research was implemented at two different times, using different methods and instruments. Time 1 structure approach and time 2 focused on the process. The data for evaluation of the structure are for the 43 units of the FHS. For description of the units, the data were analyzed using Epi-Info software, version 7.0 through simple descriptive statistical analysis with frequency measures (absolute and relative). After description of the units value judgment was issued, as the dimensions analyzed, being considered: adequate for the one that obtained 10 points, partially adequate of 7 to 9.9 and inadequate down of 6.9 points. For the moment 2 the sample was composed of 350 recent mothers. Process data were collected through survey and transcription of information contained on the cards of the pregnant women. To evaluate this process the prenatal care was focused as regards to the assessment of the early access and the adequacy of the number of queries and also the association of adequacy of prenatal care for these two indicators with variables involved in this process. Descriptive analyses were performed, bivariate and multiple via the Epi-Info version 7.0 programs and Stata version 11.0. The project was submitted to the Research Ethics Committee of the Hospital University Julius Muller, with final approval n° 206,839 CEP-HUJM/2013. The results of the evaluation of the structure showed that the units were partially suitable for physical resources and equipment with proportions of 90.8% and 86.0% respectively. In relation to the assessment of the assistance process, it was found that 60.3% of recent mothers had prenatal care categorized as appropriate. Variables: the regional unit, education, household income, access to first appointment, professional who held consultations and examination of the breasts remained statistically significant association with the adequacy of prenatal care. With the exposed family health units of Cuiabá-MT are still deficient in several respects, hindering the provision of quality services for prenatal care. The care process evaluation highlighted the need conducting certain procedures specified in ministerial proposals, as well as the importance of providing greater visibility to social inequalities.

**Keywords:** Prenatal Care. Health Services Evaluation. Maternal Welfare

## RESUMEN

ARANTES, R. B. **Evaluación de la atención prenatal:** en evidencia la estructura y el proceso de cuidado, 2014. Disertación (Máster en la Enfermería) - Curso Del título de Másteres en la enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso, Facultad de Enfermería, Cuiabá, 2014. 128p.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Áurea Christina de Paula Corrêa

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de la atención prenatal prestada en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de Cuiabá, Mato Grosso, con base en el modelo de Donabedian. Investigación de evaluación de la calidad en materia de salud (evaluación normativa), un enfoque cuantitativo. Esta investigación fue implementada en dos momentos diferentes, usando diferentes métodos e instrumentos. Momento 1 abordaje de estructura y momento 2 centrado en el proceso. Los datos para la evaluación de la estructura son de 43 unidades de la ESF. Para una descripción de las unidades, los datos fueron analizados mediante Epi- Info, versión 7.0 mediante un simple análisis estadístico descriptivo, con la aplicación de medidas de frecuencia de software (absoluta y relativa). Después de la descripción de las unidades fue emitido un juicio de valor, ante las dimensiones analizadas, considerando: adecuadas las que obtuvieran 10 puntos, parcialmente adecuados 7-9,9 e inadecuadas abajo de 6,9 puntos. Por el momento 2 la muestra consistió en 350 mujeres después del parto. Los datos relativos al proceso fueron recolectados a través de cuestionario y la transcripción de informaciones contenidas en las tarjetas de embarazadas. Para evaluar este proceso de cuidado se centró la atención prenatal, con respecto a la evaluación del acceso precoz y la adecuación del número de consultas, así como la asociación de la adecuación de la atención prenatal, en torno a estos dos indicadores con las variables que intervienen en este proceso. Fueron hechas análisis descriptivo, bivariado y múltiple por medio de los programas Epi-Info versión 7.0 y el Stata, versión 11.0. El proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Júlio Müller, con la aprobación final CEP- HUJM N ° 206839/2013. Los resultados de la evaluación mostraron que las unidades de estructura fueron parcialmente adecuado para los recursos físicos y equipamientos con proporciones de 90.8 % y 86.0 % respectivamente. En cuanto a la evaluación del proceso de atención, se observó que el 60,3 % de las madres tuvo atención prenatal categorizada como adecuado. Las variables: la unidad regional, escolaridad, renta familiar, acceso a la primera consulta, profesional que realizó las consultas y realización de examen de los senos se mantuvo asociado significativamente con la adecuación de la atención prenatal. En base al expuesto las unidades de salud familiar de Cuiabá-MT son todavía deficientes en varios aspectos, lo que dificulta la prestación de servicios de calidad para el cuidado prenatal. La evaluación del proceso de atención constató la necesidad de realizar ciertos procedimientos ya especificados en las propuestas ministeriales, así como la importancia de dar mayor visibilidad a las desigualdades sociales.

**Palabras-clave:** Atención Prenatal. Evaluación de Servicios de Salud. Bienestar Materno.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1 -</b>	Relação dos estudos que avaliaram/analísaram a assistência pré-natal segundo as regiões, 2013.....	38
<b>Quadro 2 -</b>	10 Passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica.....	40
<b>Quadro 3 -</b>	Distribuição das unidades da ESF segundo as regionais de saúde, Cuiabá-MT, 2013.....	44
<b>Quadro 4 -</b>	Dimensões e critérios (variáveis) avaliados na estrutura das USFs de Cuiabá-MT , 2013.....	46
<b>Figura 1 -</b>	Distribuição das unidades da ESF segundo as regionais de saúde, Cuiabá-MT, 2011.....	113

## LISTA DE TABELAS

### Primeiro Manuscrito

<b>Tabela 1 -</b>	Distribuição das unidades na dimensão recursos físicos/instalações físicas/área física, segundo padrão para avaliação, Cuiabá-MT, 2011.....	58
<b>Tabela 2 -</b>	Distribuição das unidades na dimensão recursos humanos (disponibilidade, permanência, formação e capacitação dos profissionais), segundo padrão para avaliação, Cuiabá-MT, 2011.....	61
<b>Tabela 3 -</b>	Distribuição das unidades na dimensão aspectos administrativos, segundo padrão para avaliação, Cuiabá-MT, 2011.....	64
<b>Tabela 4 -</b>	Classificação das unidades, segundo as dimensões avaliadas. Cuiabá-MT, 2011.....	66

### Segundo Manuscrito

<b>Tabela 1 -</b>	Distribuição das puérperas, segundo as características socioeconômicas, história reprodutiva e adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá-MT, 2013.....	76
<b>Tabela 2 -</b>	Distribuição das variáveis socioeconômicas e história reprodutiva, segundo adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá-MT, 2013.....	78
<b>Tabela 3 -</b>	Distribuição das variáveis do processo assistencial, segundo adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá-MT, 2013.....	79
<b>Tabela 4 -</b>	Modelo de Regressão Múltipla de Poisson: variáveis associadas à adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá - MT, 2013. ....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABO-Rh</b>	Classificação do tipo sanguíneo e fator-Rh
<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APNCU</b>	<i>Adequacy of Prenatal Care Utilization</i>
<b>AU</b>	Altura Uterina
<b>BCF</b>	Batimentos Cardíacos Fetais
<b>CCO</b>	Colpocitologia Oncótica
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HB/HT</b>	Hemoglobina/Hematócrito
<b>HbsAg</b>	Sorologia para Hepatite B
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IG</b>	Idade Gestacional
<b>IgM Toxo</b>	Sorologia para Toxoplasmose IgM
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MT</b>	Estado de Mato Grosso
<b>NV</b>	Nascido Vivo
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
<b>PNAON</b>	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
<b>RMM</b>	Razão de Mortalidade Materna
<b>SES-MT</b>	Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso
<b>SISPRENATAL</b>	Sistema de Acompanhamento do PHPN
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

**USF**

Unidade Saúde da Família

**VDRL**

*Venereal Diseases Research Laboratory* – exame para Sífilis



## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	19
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>3 OBJETIVO</b> .....	29
<b>3.1 Geral</b> .....	29
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	29
<b>4 MARCO TEÓRICO</b> .....	30
<b>4.1 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde</b> .....	30
<b>4.2 Qualidade da assistência pré-natal</b> .....	34
<b>5 MÉTODO</b> .....	42
<b>5.1 Tipo do estudo</b> .....	42
<b>5.2 Local do estudo</b> .....	43
<b>5.3 Desenho da avaliação</b> .....	43
<b>5.3.1 Momento 1 – Avaliação da Estrutura</b> .....	44
<i>5.3.1.1 Construção do banco de dados da estrutura</i> .....	44
<i>5.3.1.2 Análise dos dados da estrutura</i> .....	47
<b>5.3.2 Momento 2 – Avaliação do processo</b> .....	47
<i>5.3.2.1 Planejamento Amostral - Método de amostragem e determinação do tamanho da amostra</i> .....	47
<i>5.3.2.2 Instrumentos e coleta de dados do segundo momento</i> .....	49
<i>5.3.2.3 Teste Piloto</i> .....	49
<i>5.3.2.4 Coleta de dados do processo</i> .....	50
<i>5.3.2.5 Análise dos dados</i> .....	51
<b>5.4 Aspectos Éticos</b> .....	51
<b>6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	52

<b>6.1 Manuscrito 1 - Assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF): uma avaliação de estrutura .....</b>	<b>53</b>
<b>6.2 Manuscrito 2 - Avaliação da atenção pré-natal: o processo assistencial .....</b>	<b>70</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE A – Quadro da relação dos estudos que avaliaram a assistência pré-natal, 2013. ....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE B – Quadro da relação dos estudos que avaliaram a assistência pré-natal na perspectiva donabediana, 2013. ....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE C – Representação espacial das unidades .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE D – Instrumento para avaliação da estrutura.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE E – Questionário para avaliação do processo.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE F – Manual para instrução de coleta de dados .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO A – Declaração de anuência grupo de pesquisa Gerar.....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO B – Liberação dos hospitais para coleta de dados.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO C – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>128</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A aproximação com a temática deste estudo, assistência pré-natal, deu-se no período da graduação, no 6º semestre com a disciplina – Enfermagem em Saúde Sexual e Reprodutiva, na qual foram desenvolvidas atividades práticas em uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesta experiência, algumas questões gerenciais e assistências foram importantes para discussões em grupo de estágio, visto que a unidade em questão passava por problemas estruturais e assistências.

Em relação ao campo científico, a aproximação deu-se com minha inserção<sup>1</sup> no grupo de pesquisa Projeto Argos, subgrupo Gerar em 2010, como bolsista de iniciação científica, período em que me inseri na pesquisa matricial “Atenção à saúde da mulher no período gravídico puerperal: repensando o serviço a partir de elementos da gestão”, desenvolvendo um estudo cujo objetivo foi analisar, na perspectiva do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a assistência ao pré-natal em Cuiabá-Mato Grosso (MT) a partir dos dados do SISPRENATAL (CORRÊA et al., 2013). A partir dos estudos realizados para o desenvolvimento da pesquisa, ao inserir-me no mestrado, elaborei meu plano de estudos com vistas à necessidade de realizar outras pesquisas que analisassem o processo assistencial do pré-natal a partir de outras fontes.

Diante desta trajetória acadêmica, apesar da pequena experiência prática na atenção pré-natal e na área materno-infantil, senti a necessidade de aprofundar meus estudos em relação à assistência pré-natal, uma vez que os índices de mortalidade materna continuam crescentes no estado e no país.

---

<sup>1</sup> A primeira pessoa do singular foi empregada para referir-me à inserção como aluna de iniciação científica e posteriormente como mestranda no Grupo de pesquisa Argos- subgrupo Gerar.

## 2 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo a qualidade da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Cuiabá, Mato Grosso (MT).

A realização de um estudo sobre a qualidade da assistência pré-natal requer a compreensão do conceito de saúde reprodutiva, área assistencial que objetiva a satisfação das necessidades individuais e coletivas relacionadas à experiência reprodutiva, a resolução de problemas e diz respeito aos direitos reprodutivos e sexuais, sendo de responsabilidade pública e um campo de direito de cidadania (MANDÚ, 2006), tendo em vista que abrange ações que objetivam o bem estar e a qualidade de vida.

A assistência pré-natal, ao puerpério e ao climatério; a atenção pré-concepcional e a atenção ao planejamento reprodutivo são campos e ações de atenção à saúde reprodutiva. E, por sua vez, neste estudo, a assistência pré-natal figura como o foco de investigação, de maneira aprofundada.

A assistência pré-natal consiste na realização de práticas assistenciais que visam detectar fatores de risco para a gestação e a prevenção da morte materna e neonatal, bem como dos agravos frequentes no período gravídico puerperal e do nascimento de recém-nascidos prematuros e de baixo peso (AMORIN; MELO, 2009). Assim, tem como finalidade principal garantir a saúde materna e embrionária/fetal durante a gravidez, parto e pós-parto (ANDRADE, 2005).

Para além do caráter físico, o objetivo principal desta assistência é a promoção de uma experiência de reprodução o mais saudável possível, tanto para mulher gestante como para seu filho, através de ações que reduzam as vulnerabilidades, avaliações do processo gravídico-puerperal, objetivando a detecção precoce de problemas, medidas educativas, apoio psicoemocional à mulher e seus familiares, referência e contrarreferência em níveis de assistência mais complexo quando necessário (DIÓZ, 2006).

A atenção à saúde reprodutiva da mulher tem se configurado em uma das áreas prioritárias das políticas de saúde nacional, evidenciada por meio de várias proposições ministeriais que contemplam esta atenção. Neste sentido, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984), que incorporava como princípios e diretrizes as propostas de hierarquização, descentralização

e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (BRASIL, 2011a).

O PAISM, considerado um grande avanço para a atenção à saúde da mulher, propunha a ampliação do programa de atenção à saúde da mulher por meio da oferta de uma assistência integral, promovendo a realização de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde desta população, como práticas educativas, promoção da saúde, implementação de ações de proteção e de recuperação de sua saúde, desenvolvendo nesse contexto atividades de assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, prevenção Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 1984).

O Ministério da Saúde (MS), com base nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à puérpera, realizada no ano de 2000, instituiu o PHPN por meio da Portaria GM/MS nº 569/2000, buscando, assim, a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, a ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde e a melhoria da cobertura e da qualidade desta assistência (BRASIL, 2000). Esta portaria foi complementada com a edição da Portaria Nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON) (BRASIL, 2005).

Para alcançar a promoção da saúde da gestante e a prevenção de agravos durante o período gravídico puerperal, o PHPN definiu critérios mínimos necessários para qualificação da assistência ao pré-natal, parto e nascimento e estabeleceu o pagamento de incentivos financeiros a partir do cadastramento da gestante e da conclusão do pré-natal, como estratégia de indução e auxílio aos municípios para a implementação das ações propostas pelo programa (BRASIL, 2000; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Além disto, foi instituído um Sistema de Acompanhamento do PHPN denominado SISPRENATAL, criado para acompanhar os indicadores de qualidade definidos pelo programa e monitorar o cumprimento das ações mínimas essenciais (SERRUYA, 2003).

Recentemente, no ano de 2011, o MS instituiu, por meio da Portaria GM/MS 1.459/2011, a Rede Cegonha que tem como objetivos: implementar um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, organizar uma rede de atendimento à saúde materno infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, reafirmando o objetivo de outras ações ministeriais voltadas à redução da mortalidade materna e infantil, porém, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

No que se refere às ações ministeriais, é preciso ter clareza que o foco principal é alcançar os objetivos propostos, além de criações e implementações destas ações. Sendo assim, considera-se importante discutir o que deve ser feito para realmente contemplar estes objetivos.

Segundo Rocha e Silva (2012), os níveis de saúde das mães e dos conceptos estão estreitamente interligados com a qualidade da assistência pré-natal, de modo que esta interfere significativamente na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Assim, com a finalidade de assegurar uma assistência livre de riscos ao binômio mãe-feto, há a necessidade de ofertar serviços de atenção pré-natal de qualidade.

Neste estudo assume-se o conceito de qualidade proposto por Donabedian (1991) que a define como o grau de adequação dos serviços de saúde às necessidades, expectativas e o padrão de atendimento da população.

Durante certo tempo, a avaliação da qualidade conformou-se como uma questão que não podia ser discutida, *“the quality of care was considered to be something of a mystery: real, capable of being perceived and appreciated, but not subject to measurement”* (DONABEDIAN, 1988, p. 1743)). Nos dias atuais, segundo o próprio MS (BRASIL, 2007, p. 9) “a busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social”.

Donabedian (1988, 1991) recomenda que as informações, a partir das quais seja possível tirar conclusões sobre a qualidade do cuidado, devem ser baseadas em três componentes do cuidar em saúde, ou seja, para avaliação da qualidade dos serviços, recomenda-se a análise da estrutura, do processo e do resultado<sup>2</sup>. A estrutura aborda informações sobre as condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se concretiza (recursos físicos, materiais e humanos). O processo abrange as atividades relacionadas à assistência. Por fim, o resultado, está relacionado ao efeito que as ações e os procedimentos tiveram sobre o estado de saúde, no caso ao binômio mãe-filho, incluindo também a satisfação da usuária no processo de atendimento.

Tal proposta, no que diz respeito à assistência pré-natal, é corroborada por Castro, Moura e Silva (2010) que consideram que a assistência pré-natal seja ofertada com qualidade quando tem uma adequada disponibilidade de recursos, ou seja, os físicos, os materiais, os humanos e os financeiros, que assegurem o atendimento multidisciplinar com orientações e realizem condutas

---

<sup>2</sup> Este estudo focar-se-á apenas nos componentes estrutura e processo. Porém, em nível de conhecimento, neste momento serão apresentadas informações também referentes ao componente resultado.

que atendam as necessidades das usuárias desta assistência, proporcionando assim melhores resultados.

Frente a tal proposição, considera-se que, para avaliar a qualidade da assistência pré-natal no município de Cuiabá-MT, no contexto da ESF, é indispensável a adoção de elementos para esta avaliação, tais como, a estrutura da rede municipal de saúde voltada à assistência pré-natal e os processos desenvolvidos pelos serviços de saúde.

A assistência pré-natal é tema frequente em discussões/reflexões realizadas na literatura científica da área da saúde e são vários os estudos avaliativos sobre essa assistência a partir de diversos focos referenciais e metodologias.

No desenvolvimento destes estudos, vários autores, desde a implantação do PHPN, avaliaram e caracterizaram a assistência e o programa com base em sua proposta e seus instrumentos de avaliação, como exemplo o uso do SISPRENATAL (SERRUYA, 2003; ALMEIDA; BARROS, 2005; NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007; CARVALHO; ARAÚJO, 2007; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; BRASIL, 2008a; PARADA; TONETE, 2008; ALMEIDA; TANAKA, 2009; MIRANDA; FERNANDES, 2010; MOIMAZ et al., 2010; SILVA; MONTEIRO, 2010; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; ANDREUCCI et al., 2011; COSTA, 2011; FONSECA; PÁDUA; NETO, 2011; PEIXOTO et al., 2011, PEGORARO; FIUZA; FERREIRA, 2011; LÍBERA et al., 2011; CORRÊA et al., 2011; DOMINGUES et al., 2012; CORRÊA; LIMA, 2012; SANTOS NETO, 2012; GOMES; CÉSAR, 2013; CORRÊA et al., 2013; LIMA; CORRÊA, 2013).

Outros autores, como Silveira, Santos e Costa (2001); Koffman e Bonadio (2005); Barbosa e Fernandes (2008); Ximenes Neto et al. (2008); Parada (2008); Costa et al. (2009); Bauli (2010); Castro, Moura e Silva (2010); Coutinho et al. (2010); Gardin (2010); Siqueira (2010); Mendoza-Sassi et al. (2011); Rocha (2011); Vieira (2011); Vilarinho, Nogueira e Nagahama (2012); Anversa et al. (2012); Moraes (2013) e Oliveira et al. (2013) avaliaram a assistência pré-natal, utilizando os critérios estabelecidos pelo PHPN e outros critérios, assumindo como referencial teórico o modelo Donabediano e utilizando a combinação de dois dos componentes do cuidado pré-natal, ou somente um deles, ampliando assim a avaliação da qualidade da assistência.

Os diversos estudos que retratam a realidade da assistência ao pré-natal, seja local ou nacional, demonstram o intuito de fazer uma discussão de como é desenvolvida esta assistência, objetivando a redução da mortalidade materna. Porém, a morte materna, apesar dos avanços na área da saúde, da volumosa produção científica e da incorporação intensiva de tecnologias,

ainda está presente nos dias de hoje (REIS; PEPE; CAETANO, 2011), como pode ser constatado no panorama em nível nacional, estadual e municipal.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a Razão de Mortalidade Materna (RMM)<sup>3</sup> no Brasil, entre os anos de 2000 e 2010, correspondeu a 73,3; 70,9; 75,9; 73,0; 76,1; 74,7; 77,2; 77,0; 68,7; 72 e 68,2 óbitos por 100.000 Nascidos Vivos (NV) respectivamente (BRASIL, 2012a). Recentemente o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas e o Banco Mundial, registrou para 2010 uma RMM de 56/100.000NV para o Brasil, apresentando uma queda de 51% do número de óbitos maternos no período entre 1990 e 2010 (WHO, 2012a).

Os resultados do estudo de Ferraz e Bordignon (2012), que teve como objetivo apresentar o perfil da mortalidade materna no Brasil nos anos de 2000 a 2009 demonstram que houve um aumento de 11,9% no número absoluto de mortes maternas brasileiras, 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% no número absoluto de mortes maternas. Em contrapartida, a Região Sul apresentou uma redução, em números absolutos, correspondente a 15,76%.

De acordo com dados do Sistema de Informação da Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT), a RMM por 100.000 NV, do ano 2000 a 2012, no estado de Mato Grosso, foi de 69,38; 38,13; 52,96; 51,95; 63,05; 82,78; 78,63; 63,17; 77,35; 86,82, 69,64, 69,63 e 58,69 respectivamente (MATO GROSSO, 2013).

Com relação ao município de Cuiabá-MT, a RMM por 100.000 NV de 2000 a 2012 correspondeu a 40,10; 33,10; 78,23; 89,27; 97,79; 52,14; 116,41; 86,13; 83,32; 32,07; 21,39; 80,40 e 61,25 respectivamente (MATO GROSSO, 2013).

O estudo conduzido por Vilarinho (2009), que objetivou conhecer a distribuição da mortalidade materna no município de Cuiabá-MT, no período de 1996 a 2005, revelou que os óbitos mais frequentes por causas obstétricas diretas foram, em primeiro lugar, por doenças hipertensivas (15,4/100.000 NV), seguidos por abortos (10,2/100.000 NV), complicações do trabalho de parto (9,2/100.000 NV) e complicações no pós-parto (7,19/100.000 NV). Diante desses dados, questionamos a qualidade da assistência pré-natal na atenção básica, principalmente por ter a hipertensão como a causa mais frequente dos óbitos maternos.

---

<sup>3</sup> RMM: Número de mortes maternas durante um determinado período de tempo por 100 000 NV durante o mesmo período de tempo.



As informações sobre a mortalidade materna, relativas ao nível nacional, estadual e municipal que foram apresentadas, são consideradas altas quando comparadas aos níveis postulados pela OMS<sup>4</sup> e estão muito além do índice médio de países desenvolvidos, que hoje é de, em média, 16 óbitos para cada 100.000 NV (WHO, 2012b).

Para além dos altos índices de mortalidade materna,

atualmente, vêm sendo publicados trabalhos que evidenciam a ocorrência de casos de morbidade materna grave (*near miss* materno). Grande parte desses eventos poderia ser evitada, e sabe-se que estão relacionados à qualidade da atenção obstétrica oferecida à população. Entretanto, ainda são poucos os estudos realizados no país sobre esse tema (REIS; PEPE; CAETANO, 2011, p.1140).

Os dados relativos à mortalidade materna são essenciais para a análise da atenção pré-natal, entretanto, é importante investigar, também, informações relativas à mortalidade perinatal, considerando que a qualidade da assistência no pré-natal reflete nas condições de nascimento e sobrevivência dos recém-nascidos.

No entanto, no que se refere à mortalidade perinatal, não existem dados consolidados, tanto em nível nacional, quanto estadual e local, no banco de dados do DATASUS, referentes a este coeficiente. Porém, dados sobre a taxa de mortalidade infantil no Brasil, no interregno entre os anos 2000 e 2005, mostram que houve uma redução de 20,9%, embora esta taxa tenha reduzido, as afecções perinatais representam mais da metade das causas dos óbitos em menores de um ano (BRASIL, 2008b). Ressalta-se, portanto, a importância de uma assistência pré-natal com qualidade.

Frente ao exposto e tomando por referência estudo realizado por D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006), que analisou o movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem, propõe-se a realização deste estudo com o objetivo de avaliar a assistência pré-natal no sentido de que o movimento pela qualidade nos serviços de saúde, ainda hoje, é uma necessidade incorporada à gestão desses serviços, a fim de assegurar uma assistência livre de riscos às gestantes e aos recém-nascidos.

Neste sentido, com vistas a assegurar a qualificação da assistência pré-natal que vem sendo oferecida em serviço da Atenção Básica à Saúde (ABS) de Cuiabá-MT, o Grupo de

---

<sup>4</sup> São parâmetros classificatórios da OMS para avaliação da RMM, de acordo com índices dos países desenvolvidos: mortalidade materna baixa– até 20/100.000 NV; mortalidade materna média – de 20 a 49/100.000 NV; mortalidade alta – de 50 a 149/100.000 NV; mortalidade materna muito alta – maior que 150/100.00 NV.

Pesquisa Projeto Argos, por intermédio de seu subgrupo Gerar, vem desenvolvendo pesquisas que têm como foco central a atenção pré-natal/puerperal no município.

Dentre estas pesquisas, o estudo realizado por Corrêa et al. (2013) em Cuiabá-MT analisou a assistência pré-natal segundo dados do SISPRENATAL, no ano de 2010, e demonstrou que a assistência desenvolvida nas unidades de saúde tem pontos fortes, assim como apresenta fragilidades que precisam ser revistas, apontando também para a necessidade de realização de outras pesquisas que analisem o processo assistencial através de dados do SISPRENATAL e de outras fontes.

Com relação ao SISPRENATAL, uma dissertação de mestrado que teve por objetivo analisar o processo de produção de dados e informações para o SISPRENATAL em Cuiabá-MT identificou que o município apresenta diversos aspectos que prejudicam a produção de dados e informações para o SISPRENATAL (LIMA, 2012; CORRÊA; LIMA, 2012; LIMA; CORRÊA, 2013).

Além do SISPRENATAL, outro instrumento de gestão da assistência pré-natal foi tomado como objeto de estudos, o cartão da gestante, no qual, Borges et al. (2012) analisaram o preenchimento realizado por profissionais de saúde no cartão da gestante no pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cuiabá-MT, e identificaram que existe o registro inadequado nos cartões, no que se refere aos campos da consulta pré-natal. Outro estudo sobre esta temática foi desenvolvido por Boraschi e Teixeira (2012), tendo como objetivo analisar a importância deste cartão para as puérperas e profissionais de unidades da ESF. As autoras concluíram que sua utilização não vem ocorrendo de maneira adequada, uma vez que muitos não descrevem todas as informações necessárias para a sua avaliação e outros não o utilizam no nível hospitalar.

Em relação à atenção ao puerpério, outras duas pesquisas apresentaram uma discussão acerca desta atenção: uma analisou a estrutura organizacional na ESF e considerou que, para que a assistência seja desenvolvida com qualidade, deve haver uma articulação entre prática sistemática de gestão e a oferta de ações assistenciais ao puerpério (OLIVEIRA et al., 2013); e outra dissertação de mestrado, a respeito das necessidades em saúde no pós-parto, mostrou que os resultados indicaram que, para qualificar a assistência neste período, é necessária uma aproximação dos serviços de saúde da família com as necessidades das mulheres e dos homens (TEIXEIRA, 2012).

Além dos estudos produzidos pelo grupo Gerar, no contexto de Cuiabá-MT, ainda há uma dissertação e uma tese que tratam do processo de assistência ao pré-natal. Há também o

trabalho de Handell (2010) que avaliou a implementação da assistência pré-natal oferecida às gestantes assistidas em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cuiabá/MT, segundo as normas do PHPN. A autora concluiu que as ações da assistência ao pré-natal vêm sendo implementadas de forma sistemática nas duas unidades selecionadas para o estudo, destacando que em unidade que os profissionais apresentam maior preparo, as estratégias são mais apropriadas para garantir a qualidade da assistência.

Outro estudo foi conduzido por Duarte (2010) e teve como objetivo geral analisar a assistência pré-natal realizada pelos profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde. Especificadamente, este estudo identificou e analisou o perfil dos profissionais de enfermagem atuantes na atenção pré-natal, analisando também, as competências essenciais desenvolvidas por estes profissionais na ESF e nos Centros de Saúde (CS), sendo que, neste estudo, identificaram-se como ações mais frequentes desenvolvidas pelos enfermeiros: verificação de pressão arterial (PA) e peso, anamnese, exames dos membros inferiores, dentre outros. As ações menos frequentes foram: ausculta cardiopulmonar, verificação de frequência cardíaca, inspeção da pele e mucosa, exame das mamas, dentre outras.

Para além da produção local, ampliando a busca bibliográfica em nível regional constatou-se que é escassa a produção científica em relação à avaliação da assistência pré-natal, sendo identificadas duas dissertações de mestrado e um artigo resultado de uma destas dissertações. Costa (2011) objetivou analisar as características do atendimento pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas pela rede de ABS do município de Goiânia, Goiás. No interior de Goiás, Morais (2013) realizou uma avaliação da atenção pré-natal da ESF no Município de Santa Helena de Goiás, com utilização de indicadores de estrutura, processo e resultados.

Apesar da existência de outros estudos em Cuiabá-MT que tratam da assistência pré-natal, com ênfase no processo assistencial, até o presente momento não existem estudos que avaliem esta assistência, considerando os componentes de avaliação propostos por Donabedian. Além disto, considerando a elevada RMM na região Centro-Oeste e a escassez de estudos na região que avaliem a assistência pré-natal, faz-se necessária uma discussão sobre esta atenção em relação à estrutura disponível para tal e o processo assistencial.

Para além, autores ressaltam que avaliações permanentes da qualidade da assistência pré-natal são de suma importância, pois permitem identificar problemas de saúde desta população alvo e monitorar o desempenho do serviço. (GONÇALVES et al., 2008)

Ademais, ao considerar a ABS como ordenadora do cuidado a saúde, a UBS, como a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde (BRASIL, 2012b) e os resultados da pesquisa de Coutinho et al. (2010), avaliaram a evolução da adequação do processo de atendimento às gestantes no quesito da avaliação comparativa entre os serviços/equipe, verificando que o atendimento das equipes da ESF foi o único que diminuiu a adequação entre os anos de 2002 a 2004. Justifica-se, assim, a importância de avaliar a qualidade do atendimento pré-natal realizado na ABS, especificamente, na ESF do município de Cuiabá.

Para Tanaka (2011), a avaliação da ABS envolve os seguintes componentes: medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão, sendo esta avaliação um processo técnico-administrativo destinado ao último componente citado. Sendo assim, segundo o autor, o juízo de valor emitido em um processo de avaliação da atenção pré-natal possibilitará a tomada de decisão quanto ao processo assistencial desenvolvido em nível local e nacional.

Diante desta problematização, propõe-se a realização deste estudo para avaliar a qualidade da assistência pré-natal direcionada às gestantes, prestada no município de Cuiabá-MT, na ESF, fundamentado no modelo Donabediano. Nesta perspectiva, indaga-se:

- Qual é a disponibilidade de recursos humanos e materiais, área física e equipamentos das unidades da ESF no município de Cuiabá-MT para o atendimento qualificado da assistência pré-natal?

- O que está sendo desenvolvido/realizado na assistência pré-natal oferecida na ESF de Cuiabá-MT e qual a associação de variáveis com a adequação desta assistência?

Com a realização deste estudo e a discussão dos seus resultados espera-se contribuir com a formulação de estratégias para o atendimento qualificado da assistência pré-natal neste município, com intuito de seus resultados refletirem nos altos índices de mortalidade materna e neonatal, melhorando assim os níveis de saúde da população.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Geral**

- Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada na ESF, no município de Cuiabá-MT, fundamentado no modelo Donabediano.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Avaliar a estrutura disponível nas unidades da ESF para prestação da assistência pré-natal em Cuiabá, na perspectiva de avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian.

- Avaliar o processo assistencial da atenção pré-natal prestado às usuárias atendidas pela ESF no município de Cuiabá-MT, segundo as normativas do MS.

## **4 MARCO TEÓRICO**

Com o intuito de alcançar os objetivos deste estudo, faz-se uma reflexão visando à compreensão sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde, a qualidade da assistência pré-natal e a avaliação da mesma.

### **4.1 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde**

Para Contandriopoulos et al (1997, p. 31), “avaliar consiste fundamentalmente em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Por sua vez, Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) definem avaliação de uma maneira simples e outra mais extensa. A primeira definição parte do valor ou mérito do que está sendo avaliado, e a segunda conceituação traduz avaliação como uma identificação, esclarecimento e aplicação de critérios para determinar o valor, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do que está sendo avaliado em relação aos critérios aplicados.

Segundo Adami e Maranhão (1995), a avaliação não pode ser considerada como um episódio, mas sim como um importante instrumento de gestão, constituindo-se em um processo avaliativo intencional, técnico e político, aplicado a qualquer prática profissional, a uma organização, a uma rede assistencial, a um programa ou a uma atividade, incluindo assim avaliações no setor saúde.

A avaliação deve constituir-se em um instrumento fundamental para a gerência ágil e facilitadora das mudanças pretendidas que, quando incorporada sistematicamente aos sistemas locais de saúde, revelará se as atividades desenvolvidas no seu âmbito são adequadas e compatíveis em relação à realidade local e qual o seu impacto sobre o nível de saúde da população (ACURCIO; CHERCHIGLIA; SANTOS, 1991). Nesta perspectiva, a avaliação de ações em saúde envolve uma rede objetiva que é aquela passível de quantificação e uma subjetiva que inclui os valores, sentimentos e desejos dos atores envolvidos nestas ações (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A avaliação de serviços de saúde implica em: avaliação tecnológica que observa aspectos relativos à eficácia, segurança e efetividade; avaliação econômica que diz respeito à eficiência – custo/efetividade, custo/utilidade e custo/benefício e a avaliação da qualidade (ESCRIVÃO JUNIOR, 2011).

Os serviços de saúde, por diversos momentos, são avaliados sobre o desenvolvimento de suas atividades, visando à melhoria da atenção à saúde e à qualidade da assistência prestada ao usuário e, para que essa avaliação se concretize, há necessidade de aprofundamento teórico em relação à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Para o Escrivão Junior (2011), a constante avaliação da qualidade dos serviços de saúde é vital para o sucesso das organizações, sendo desejável a utilização de critérios objetivos, ou seja, indicadores que permitam “medir” a qualidade dos serviços.

Com o objetivo de avaliar a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos por serviços da área, Adami e Maranhão (1995, p.48) apresentam o que consideram como pontos importantes neste processo:

(...) definir o objeto da avaliação, qual a finalidade, o caminho metodológico a ser utilizado e de que forma serão aplicadas medidas corretivas das deficiências, que podem ser identificadas por meio de estudos desta natureza, administrativo ou de investigação.

Especificamente, neste estudo foi eleita a assistência pré-natal como objeto de avaliação, com a finalidade de melhorar as práticas assistenciais com consequente redução da mortalidade materna e perinatal e produção de conhecimento acerca da temática, para tanto, aqui será utilizado como referencial teórico e metodológico a proposta de Avedis Donabedian<sup>5</sup>, considerando seu quadro conceitual como um referencial teórico-metodológico abrangente para a discussão proposta.

Segundo Vuori (1991), ao se discutir qualidade, é necessário especificar quais os aspectos da qualidade devem ser considerados, os sujeitos que estão definindo qualidade e para quem a qualidade deve ser definida.

Donabedian (1991) conceituou qualidade em serviços de saúde como uma propriedade da atenção em saúde que pode ser obtida em graus variáveis, podendo ser dividida em três dimensões do cuidado à saúde: a qualidade técnica dos profissionais de saúde, a relação terapeuta-paciente (interpessoal) e a qualidade das instalações do serviço, ou seja, o ambiente físico. A qualidade da atenção técnica consiste na aplicação dos conhecimentos técnicos e

---

<sup>5</sup> Tanaka e Melo (2008) reforça que, para iniciar o processo de avaliação, é importante escolher pelo menos um referencial teórico para desenhar e utilizar na avaliação, citando o referencial sistêmico de Avedis Donabedian como o mais utilizado pela maioria dos avaliadores em saúde. Para Tronchin, Melleiro e Takahashi (2011), o modelo donabediano é referência para diversos estudiosos em gestão da qualidade assistencial, independentemente do tipo ou do objetivo das ações ou dos programas em estudo.

científicos do manejo de uma condição de saúde, produzindo assim o máximo de benefícios para a saúde, sem que ocorra aumento dos riscos.

*“El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos e beneficios”* (Donabedian, 1991, p. 6), o que significa dizer que a qualidade na assistência visa a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o usuário.

Quanto à dimensão interpessoal, que diz respeito às relações entre os profissionais de saúde e o usuário, Donabedian (1991) ressalta que esta relação pode influenciar sobre a natureza e o êxito do desempenho técnico. À medida que o processo interpessoal contribui para o fracasso ou para o êxito da atenção técnica, ajuda o equilíbrio entre benefícios e riscos provenientes desta atenção. Para o autor, o processo interpessoal tem que estar de acordo com as expectativas e os padrões sociais e individuais dos envolvidos na relação, incluindo a discricção, a privacidade, a escolha informada, o cuidado, a empatia, a honestidade, o tato e a sensibilidade (DONABEDIAN, 1988).

A terceira dimensão diz respeito ao ambiente físico onde se realiza o processo de atenção à saúde. Donabedian (1988, 1991), em seus estudos, não discute de forma aprofundada esta dimensão, pois foca na parte técnica e interpessoal. Para o autor, as instalações são definidas a partir daquelas qualidades desejáveis dos centros onde a assistência é prestada, incluindo, a conveniência, o conforto, a tranquilidade e a privacidade.

Segundo Donabedian (1991), para definir qualidade, é preciso considerar a relação existente entre a qualidade e a quantidade de atenção recebida, pois a avaliação da qualidade da atenção deve levar em conta o acesso à atenção e ao uso subsequente dos serviços que estão sendo avaliados, pois, quando se recebe assistência em quantidade insuficiente para contribuir com a saúde e bem-estar do paciente, envolvendo todos os benefícios possíveis, esta atenção é deficiente em qualidade devido a sua insuficiência quantitativa.

A avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos a serem utilizados na avaliação. Os estudos realizados sobre esta temática baseiam-se fortemente no quadro conceitual proposto por Donabedian que apresenta duas vertentes principais: o modelo sistêmico e os setes pilares da qualidade (FRIAS et al., 2010).

Avedis Donabedian propõe um modelo unificado de avaliação, no qual as informações que possibilitam conclusões sobre a qualidade do atendimento podem ser classificadas a partir



de três elementos a serem enfocados: a estrutura, o processo e o resultado (DONABEDIAN, 1988, 1991).

A estrutura abrange a qualidade dos contextos em que ocorre o cuidado, englobando os recursos necessários para proporcionar a assistência, sendo eles, os recursos humanos (número e qualificação), os recursos materiais e físicos (instalações e equipamentos) e os recursos financeiros (DONABEDIAN, 1988, 1991; ADAMI; MARANHÃO, 1995) e os sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos (ADAMI; MARANHÃO, 1995). O enfoque na estrutura inclui o número, a distribuição e a qualificação da equipe profissional, o número, o tamanho, os equipamentos e a disposição geográfica das unidades de assistência à saúde e outras instalações (DONABEDIAN, 1991).

As características básicas da estrutura são relativamente estáveis e funcionam com vistas a produzir a assistência, podendo também ser consideradas um atributo do ambiente de cuidado que influencia o tipo de atendimento que é prestado. Uma boa estrutura é aquela que tem recursos suficientes, sendo, provavelmente, o mais importante para proteger e promover a qualidade do atendimento (DONABEDIAN, 1991).

Reiterando tal ideia, Adami e Maranhão (1995) afirmam que as pré-condições para um bom desempenho nas áreas de processo e resultado pressupõem a presença de uma boa estrutura.

Segundo Pedrosa (2011), a adequada estrutura física e material dos serviços de saúde favorecem as boas práticas assistenciais, já que a qualidade é sensível às condições estruturais e ambientais, sendo que uma infraestrutura inadequada pode influenciar negativamente no desenvolvimento da atenção prestada ao usuário.

A dimensão processo diz respeito ao que é feito para dar e receber cuidado, segundo os padrões técnico-científicos (DONABEDIAN, 1988); também às atividades relacionadas à utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos, incluindo o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnósticos e os cuidados prestados (ADAMI; MARANHÃO, 1995).

O juízo sobre a qualidade do processo assistencial pode ser feito através da observação direta ou através da análise das informações registradas, pois uma vez que se tenha estabelecido que certos procedimentos usados, em situações específicas, estão claramente associados a bons resultados, a simples presença ou ausência destes procedimentos, nestas situações, podem ser aceitas como prova de boa ou má qualidade (DONABEDIAN, 1991).

A abordagem do processo pode ser utilizada para uma avaliação retrospectiva, concorrente e prospectiva, destinada a fins corretivos, intervencionistas e preventivos

respectivamente. A avaliação retrospectiva, mais usada, geralmente baseada em uma revisão da atenção passada, tem como objetivo aprender a partir da experiência passada, de maneira a melhorar a assistência no futuro. A avaliação concorrente obtém informações durante o processo da atenção, de modo que é possível intervir no curso da ação, caso essa não esteja trazendo benefícios para o usuário. A avaliação prospectiva não é baseada na assistência atual, mas em planos para o cuidado futuro, que pode ser aprovado ou rejeitado. Esta forma de avaliação tem uma função especificamente preventiva, embora outros tipos de avaliação também possuam importantes efeitos preventivos (DONABEDIAN, 1991).

O terceiro componente proposto pelo teórico é o resultado, e representa os efeitos da assistência prestada sobre o estado de saúde dos usuários, melhoria no conhecimento do paciente com as mudanças em seu comportamento e o grau de satisfação do usuário a respeito da assistência recebida (DONABEDIAN, 1988, 1991).

Os componentes estrutura e processo, propostos na tríade para avaliar a qualidade, é aplicável porque existe uma relação funcional fundamental entre os elementos. Ou seja, as características estruturais dos locais onde o cuidado é oferecido mostram a propensão a influenciar o processo de atenção, ou aumentam a qualidade da assistência (DONABEDIAN, 1991).

#### **4.2 Qualidade da assistência pré-natal**

A atenção à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado aos problemas que eventualmente venham a ocorrer neste período. As ações precisam promover a segurança da saúde da mãe e do feto, garantindo a qualidade como aspecto fundamental de uma assistência pré-natal eficiente (BRASIL, 2006).

Para garantia da qualidade da assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, é preciso atentar-se para as responsabilidades dos profissionais de saúde que promovem o atendimento a este grupo específico.

Tais profissionais assumem o compromisso de atender a gestante de modo integral, de acordo com as especificidades de cada uma, de modo a exercer uma escuta qualificada, atentando-se, na realização das atividades, às questões relativas ao gênero, à raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, ao trabalho, à renda, às atividades laborais,

possibilidade de vivências relativas a situações de violência doméstica e sexual, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras (BRASIL, 2010).

Neste sentido, o MS ainda prevê que os serviços de atendimento às gestantes devem estar organizados de modo a acolhê-las independentemente das especificidades, qualificando a assistência e estabelecendo vínculos.

Para Santos, Radovanovic e Marcon (2010, p. 67):

O acolhimento durante a assistência pré-natal não consiste apenas em seguir rotinas estabelecidas para esta assistência, mas sim atender a mulher como um todo, ouvindo e assistindo-a em todos os seus dilemas, medos, anseios e curiosidades. Oferecendo informações adequadas para o perfil sociodemográfico de sua clientela, preparando a gestante para o momento do parto, bem como oferecendo à mesma atenção integralizada e eficiente.

Além da forma de atender/acolher as gestantes, os profissionais precisam estar atentos para os procedimentos a serem realizados durante o processo de atendimento. Estes procedimentos são considerados como critérios de qualidade da assistência ao pré-natal, segundo a proposta ministerial (BRASIL, 2000, 2006, 2011).

O PHPN, em seu anexo 1(um), definiu os critérios mínimos para o adequado acompanhamento pré-natal. Diante disso, os municípios devem assegurar minimamente as seguintes ações: captação precoce das gestantes (até o 4º mês de gestação (120 dias); realização de seis consultas de acompanhamento pré-natal e uma consulta no puerpério (até 42º dias após o parto) no mínimo; realização de exames laboratoriais mínimos: classificação do tipo sanguíneo e fator-Rh (ABO-Rh) e Hemoglobina/Hematócrito (HB/HT) (na primeira consulta); *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL) para triagem da sífilis, urina I e glicemia de jejum (sendo um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação); testagem anti-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes; administração de vacina antitetânica; realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional garantindo atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000, 2006).

Com a edição da PNAON como complementação ao PHPN, outras ações foram acrescentadas ao rol de procedimentos instituídos anteriormente pelo PHPN, sendo elas: identificação da gestante pelo nome e dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento; escuta da mulher e de seus/suas acompanhantes, com o esclarecimento de dúvidas e informações sobre os procedimentos, atividades e condutas realizados durante o atendimento; forma de conduzir as atividades educativas com especificação dos temas a

serem abordados durante as atividades; anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante; acréscimos da oferta de exames laboratoriais (testagem anti-HIV na primeira consulta, com aconselhamento pré e pós-teste; Sorologia para Hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à trigésima semana de gestação; sorologia para toxoplasmose IgM (Igm Toxo), na primeira consulta, se disponível; avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento através do Sistema de Vigilância alimentar e nutricional; prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; tratamento das intercorrências da gestação; anotação das informações em prontuário e cartão da gestante e realização das ações da "primeira semana de saúde integral", atendendo assim a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto (BRASIL, 2005, 2006).

Com vistas a assegurar a qualidade da assistência pré-natal oferecida na ABS, no ano de 2005, o MS publicou o manual Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada, que foi reeditado no ano seguinte (BRASIL, 2006). O Manual tem a finalidade de subsidiar a organização da assistência, a capacitação dos profissionais e a normalização da atenção à saúde materna-infantil, apresentando, além das atividades preconizadas no PHPN e na PNAON, outras condutas que devem ser contempladas na atenção pré-natal.

Para tanto, propõe um roteiro para realização da anamnese que aborde: os antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, situação da gravidez atual; prevê a aferição do peso e medida da estatura com avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; aferição de PA; cálculo e anotação da idade gestacional (IG) e da data provável do parto; a palpação obstétrica e a medida e a avaliação da altura uterina (AU); a ausculta e a avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF); a verificação da presença de edema; o exame clínico das mamas com orientações de preparo para o aleitamento materno; o exame especular e o toque vaginal se houver necessidade e, quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico, a prescrição de suplementação de sulfato ferroso e de ácido fólico e a referência para atendimento odontológico (BRASIL, 2006).

O anexo III da Portaria GM/MS 1459/2011 (BRASIL, 2011b) propõe novos exames do componente pré-natal, financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha e a Portaria GM/MS 650/2011 (BRASIL, 2011c). Em seu anexo III, propõe as seguintes ações e parâmetros: teste rápido de gravidez; teste rápido de sífilis; teste rápido de HIV; cultura de bactérias para identificação (urocultura) (1 exame/gestante); acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina; ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes (1

exame/gestante); proteinúria (teste rápido) (1 exame para 30% do total de gestantes); teste indireto de antiglobulina humana (ou Teste Coombs indireto) para gestantes que apresentem RH negativo (1 exame para 30% do total gestantes); reuniões educativas (4 reuniões/gestante); citopatológico cérvico-vaginal 1 exame/gestante; consulta odontológica (1 consulta); consulta médica (3 consultas por gestante); consulta enfermagem (3 consultas por gestante); consulta de puerpério (1 consulta por gestante).

Quanto a aspectos estruturais disponíveis para a realização da atenção pré-natal, o caderno de atenção básica nº 32 - “Atenção ao pré-natal de baixo risco” recentemente publicado pelo MS (BRASIL, 2012b) - apresenta em seu subcapítulo 4.2 - Condições básicas para a assistência pré-natal - elementos que são considerados fundamentais e que, portanto, devem ser assegurados com vistas a garantir a implementação de uma assistência pré-natal efetiva. Assim como a Portaria GM/MS nº 569/2000, 12 anos após sua edição, este caderno da atenção básica reafirma a necessidade de recursos de diferentes ordens, a saber : recursos humanos, relativos à área física, materiais e equipamentos, que as unidades de saúde devem ter disponíveis para a efetivação do atendimento qualificado na assistência à gestante e às puérperas (BRASIL, 2000, 2012b), mostrando a importância da presença destes elementos na assistência pré-natal.

Com referência à área física, é necessário que seja adequada para o atendimento de gestantes e de seus familiares, possuindo condições de higiene, conservação e ventilação apropriadas e preservadas, considerando a privacidade um fator essencial na realização das consultas, exames clínicos e/ou ginecológicos (BRASIL, 2000, 2012b). A estrutura física deve dispor de sala de espera; local para armazenamento de materiais e medicamentos; banheiro(s) e consultório(s) (BRASIL, 2000).

Em relação aos equipamentos e materiais, as unidades de saúde devem ter disponíveis, minimamente, uma mesa e cadeiras para a realização das consultas; mesa ginecológica; escada de dois degraus; foco de luz; balança antropométrica para adultos; esfigmomanômetro; estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; fita métrica; espéculos; pinças de Cheron; material para coleta de material para exame colpocitológico; gestograma ou disco obstétrico; sonar Doppler (na medida do possível) (BRASIL, 2000, 2012b).

Quanto aos recursos humanos, a portaria elenca os seguintes profissionais de saúde como necessários para prestação de assistência qualificada: médico, enfermeiro e pessoal de apoio suficiente para atender/acolher a demanda de atendimento (BRASIL, 2000, 2012b).

Segundo o MS, os medicamentos básicos e as vacinas (contra tétano e hepatite B) (BRASIL, 2000, 2012b) devem ser assegurados na atenção básica. Os medicamentos

considerados como essenciais são analgésicos; antiácidos; antibióticos; sulfato ferroso com ácido fólico; supositórios de glicerina e cremes para tratamento de infecções vaginais (BRASIL, 2000).

Também foi prevista pelo MS a realização de testes rápidos na unidade básica de saúde, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos exames laboratoriais de rotina (BRASIL, 2012b).

Com vistas a assegurar a realização da assistência ao pré-natal em conformidade com o previsto, objetivando a qualidade do atendimento, as unidades de saúde devem estar organizadas de modo a realizar os registros dos atendimentos às gestantes e puérperas, utilizando para tanto o cartão da Gestante, a ficha Perinatal e a ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal (BRASIL, 2000, 2012b).

Sendo assim, os procedimentos exigidos refletem sobre a qualidade da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas egressas de serviços públicos de saúde de Belém e Pará. Castro, Moura e Silva (2010, p. 74) ressaltam em seu estudo que,

a definição de “qualidade” na área da saúde implica também, na explicitação e incorporação dos direitos fundamentais da pessoa humana que devem ser garantidos e preservados em sua integridade. Assim, se faz necessário que, no caso da assistência pré-natal, a instituição de saúde reconheça a dignidade das gestantes, bem como, o valor da vida e da saúde; e que se comprometa a respeitá-las de forma absoluta e promovendo atenção integral.

Quanto à avaliação da assistência pré-natal, busca realizada em bases de dados da área da saúde possibilitou a constatação de que a literatura científica é ampla, existindo inúmeros estudos que tratam da avaliação da assistência pré-natal nas diversas regiões do Brasil, como podemos ver no quadro 1.

**Quadro 1** - Relação dos estudos que avaliaram/analísaram a assistência pré-natal segundo as regiões, 2013.

<b>Região</b>	<b>Referência</b>
<b>Norte</b>	Silva e Monteiro (2010); Castro, Moura e Silva (2010); Pegoraro, Fiuza e Ferreira (2011)
<b>Nordeste</b>	Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007); Carvalho e Araújo (2007); Grangeiro, Diógenes e Moura (2008); Ximenes Neto et al. (2008), Siqueira (2010), Fonsêca, Pádua e Neto, (2011); Peixoto et al. (2011), Rocha (2011), Vilarinho, Nogueira e Nagahama (2012)
<b>Sudeste</b>	Almeida e Barros (2005); Koffman e Bonadio (2005); Parada e Tonete (2008); Parada (2008); Barbosa e Fernandes (2008); Costa et al. (2009); Miranda e Fernandes (2010); Coutinho et al. (2010); Andreucci et al. (2011);

	Líbera et al. (2011); Domingues et al. (2012); Santos Neto (2012), Oliveira et al. (2013a)
<b>Sul</b>	Silveira, Santos e Costa (2001); Gardin (2010), Bauli (2010), Vieira (2011) Mendoza-sassi et al. (2011), Anversa et al. (2012); Gomes e César (2013)
<b>Centro-Oeste</b>	Handell (2010), Costa (2011), Morais (2013), Corrêa et al. (2013)

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora com base na busca da literatura científica em base dados da área da saúde.

Diante deste quadro, é possível perceber que as regiões Nordeste e Sudeste são as que mais produzem trabalhos científicos sobre a temática e que as regiões Norte e Centro-Oeste são as que menos produzem conhecimento acerca da avaliação/análise da assistência pré-natal, fato relevante para a condução deste estudo em Cuiabá-MT. Outro fato motivador para a realização deste estudo, já destacado anteriormente, foi o crescimento de 50,54% no número absoluto de mortes maternas nos anos de 2000 a 2009 na região Centro-Oeste (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

Frente ao exposto, fica evidente a necessidade e viabilidade de realização de estudos que avaliem a assistência pré-natal nesta região, com vistas a qualificar o cuidado e consequentemente a reduzir a RMM.

Para auxiliar o processo de desenho metodológico desta pesquisa, foi necessário conhecer e entender as metodologias de avaliação/análise da assistência pré-natal disponíveis na literatura científica, sendo assim, foram construídos os quadros apêndice A e B para melhor entendimento.

Tendo em vista que este estudo assumiu como referencial teórico a proposta de Donabedian (1991, 1998), o quadro do apêndice A evidencia os estudos que avaliaram a assistência sem utilizá-lo e o quadro do apêndice B visualiza os estudos que utilizaram o referencial donabediano, dando especificidades na utilização dos componentes estrutura e processo.

A partir da construção dos quadros (APÊNDICE A e B), foi possível conhecer os principais critérios utilizados em cada componente da tríade de avaliação proposta por Donabedian, porém, na discussão, cabe destacar os diferentes índices propostos para avaliar a assistência pré-natal. Dentre eles, destacam-se os seguintes: Índice de Kessner – original (KESSNER, 1993) e as modificações deste índice, realizadas por Takeda (1993) e por Coutinho (2002); o índice *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU) proposto por Kotelchuck (1994); índice de Kotelchuck modificado (LEAL et al., 2004).

Ao índice de Kessner modificado por Takeda (1993), no sentido de implementar a avaliação de serviços que realizam assistência pré-natal, diversos autores acrescentam os

procedimentos e exames laboratoriais, conforme as propostas ministeriais (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; KOFFMAN; BONADIO, 2005; BAULI, 2010; VIERIA, 2011; ANVERSA, 2012). Ao índice de Kesner modificado por Coutinho (2002), Morais (2013) acrescenta um 4º nível para avaliar a assistência, incluindo a consulta puerperal.

Além dos índices, autores fizeram a avaliação da assistência considerando os indicadores de processo do PHPN (GRANJEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008; XIMENES NETO, 2008; PARADA, 2008; SIQUEIRA, 2010; PEGORARO, 2011; ANDREUCCI et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013a) e demais autores optaram em construir seus próprios instrumentos de avaliação da assistência (CARVALHO; ARAUJO, 2007; ALMEIDA; BARROS, 2007; BARBOSA; FERNANDES, 2008; COSTA et al., 2009; MIRANDA; FERNANDES, 2005; PEIXOTO, 2011; DOMINGUES, 2012). De forma geral, os autores utilizam como parâmetro para avaliar e discutir a assistência pré-natal a proposta do PHPN.

Apesar da variedade na forma de avaliação da assistência pré-natal encontrada na literatura científica, para avaliação da qualidade da atenção pré-natal discutida, neste estudo tomou-se por referência os 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica (QUADRO 2), com ênfase nos passos 1, 2, 3, 4 e 7, uma vez que estes passos contemplam o desenho metodológico desta pesquisa, que propõe a avaliação dos componentes estrutura e processo.

**Quadro 2 - Dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica.**

- 1º PASSO:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a **12ª semana<sup>6</sup>** de gestação (captação precoce).
- 2º PASSO:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º PASSO:** Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, a realização e a avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4º PASSO:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus/suas acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente o cuidado biológico: "rodas de gestantes".
- 5º PASSO:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6º PASSO:** É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do (a) parceiro (a)".

<sup>6</sup> Nesta atualização, a captação precoce deixa de ser até o 4º mês de gestação (120 dias) e passa a ser considerada até a 12ª semana de gestação. Porém, para a avaliação da assistência pré-natal, consideraram-se as indicações do PHPN (BRASIL, 2000), pois esta atualização não está implementada na maioria dos municípios brasileiros.



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

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

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

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

Fonte: Extraído do caderno de atenção básica - “Atenção ao pré-natal de baixo risco” (BRASIL, 2012b).

## 5 MÉTODO

Considerando as especificidades deste estudo, o método não está dividido em etapas comumente apresentadas nas pesquisas quantitativas, sendo apresentado nos seguintes tópicos: tipo do estudo, local do estudo, desenho da avaliação e aspectos éticos. O desenho da avaliação está dividido em momento 1 - avaliação da estrutura; e momento 2 - avaliação do processo, nos quais são apresentadas as informações sobre população e amostra, coleta de dados, instrumentos de coleta, processamento e análise dos dados.

### 5.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico inserido no campo da pesquisa de avaliação de qualidade em saúde (avaliação normativa), considerando o caráter científico da mesma, pode ser também, classificada como pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa.

Na avaliação normativa, o processo avaliativo consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas, ou seja, define indicadores (parâmetros) e padrões *a priori*, e avalia comparando com padrões pré-definidos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A pesquisa avaliativa é definida como um estudo que faz um julgamento por um método científico, analisando as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A abordagem quantitativa é a mais utilizada na avaliação em saúde, pelo fato de que é maior a identidade e a facilidade de compreensão e diálogo entre os distintos sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde, com os resultados expressos por números (TANAKA; MELO, 2008), possibilitando assim uma interlocução mais transparente e objetiva com todos os interessados na avaliação (TANAKA, 2011).

Segundo Tanaka e Melo (2008), para iniciar o processo de avaliação, é de suma importância a escolha de um referencial teórico para desenhar e utilizar na avaliação. Neste caso, propõe-se a utilização do referencial sistêmico de Avedis Donabedian como modelo a ser adotado para esta avaliação.

## **5.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado na cidade de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, localizada na mesorregião norte-matogrossense, na microrregião Cuiabá, que é formada pelos municípios de Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Nossa Senhora do Livramento, Santo Antônio de Leverger e Várzea Grande, denominada Baixada Cuiabana. Em 2011, a estimativa populacional foi de 556.298 mil habitantes. Neste contexto, as mulheres em idade reprodutiva (10 - 49 anos) correspondem a 1,51% da população total da cidade (CUIABÁ, 2012a).

A rede de serviços de saúde do município é organizada hierarquicamente em três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), distribuídos em quatro regionais: norte, sul, leste e oeste. Conta com 65 USF (62 urbanas e 3 rurais), 21 Centros de Saúde (CS), 06 policlínicas, 06 Clínicas Odontológicas, 01 hospital geral municipal de grande porte e 01 laboratório. As unidades da ESF, objeto deste estudo, são distribuídas de acordo com as regionais supracitadas, configurando-se da seguinte maneira: 19 unidades na regional norte, 21 na regional sul, 11 na regional leste e 11 na regional oeste.

A assistência pré-natal no município está estruturada de acordo com as normatizações do MS que preveem um conjunto de ações multiprofissionais voltadas às gestantes assistidas pelo serviço público.

As ações ambulatoriais voltadas para a assistência pré-natal de baixo risco são oferecidas pela rede municipal de saúde nas 65 USF, nos 21 CS e nas 06 policlínicas do município, enquanto o atendimento pré-natal às gestantes de alto risco é realizado no Hospital Universitário Júlio Müller, no Hospital Geral Universitário, no Hospital Santa Helena e no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids, sendo que este último atende gestantes portadoras do vírus HIV.

## **5.3 Desenho da avaliação**

Seguindo a tríade proposta por Donabedian (estrutura, processo e resultado), esta pesquisa foi realizada em dois momentos distintos, utilizando de métodos e instrumentos diferenciados, dividindo-se em momento 1 (Estrutura) e momento 2 (Processo).

### 5.3.1 Momento 1 – Avaliação da Estrutura

#### 5.3.1.1 Construção do banco de dados da estrutura

Para avaliação da estrutura, foram utilizados dados secundários<sup>7</sup> provenientes da pesquisa Atenção à Saúde da Mulher no período gravídico-puerperal, repensando o serviço a partir de elementos da gestão, desenvolvida em março de 2011 pelo grupo de pesquisa Projeto Argos – Subgrupo Gerar, após o consentimento do líder do grupo (ANEXO A).

Este banco possui dados referentes a 55 unidades da ESF de Cuiabá-MT, e a opção pela sua utilização se deu por tratar-se de informações relativamente recentes, uma vez que mudanças na estrutura de serviços de saúde demandam tempo para sua concretização, visto que requerem investimentos de volume significativo de recursos financeiros para que ocorram de forma significativa.

Na construção do banco de dados para avaliação da estrutura, utilizando os dados secundários, definiu-se que iriam compor este estudo as unidades em que o médico e, no mínimo, 1 auxiliar e/ou técnico de enfermagem tivessem participado da pesquisa citada acima, respondendo questões sobre sua formação e capacitação técnica, totalizando 43 unidades.

As unidades da ESF de Cuiabá-MT selecionadas e suas respectivas regionais estão descritas no quadro 3 e a representação espacial da distribuição apresentada no apêndice C.

**Quadro 3** - Distribuição das unidades da ESF segundo as regionais de saúde, Cuiabá-MT, 2013.

<b>Regional</b>	<b>Unidade</b>
<b>Norte</b>	Dr. Fábio Leite I; Dr. Fábio Leite II; Novo Mato Grosso; Novo Horizonte; Altos da Serra II; Três Barras; Jd. Florianópolis; Jd. União; Jd. Vitória I; Jd. Vitória II; Novo Paraíso I; Novo Paraíso II
<b>Sul</b>	Pedra 90 I; Pedra 90 II; Pedra 90 IV; Industriário I; Industriário II; Osmar Cabral; Nova Esperança II; Residencial Coxipó I; Residencial Coxipó III; Parque Atalaia I; Parque Atalaia II; São João Del Rey; Novo Millenium; Jardim Fortaleza; Santa Laura
<b>Leste</b>	Areão; Canjica; Terra Nova; Pedregal I; Pedregal II; Lixeira ;Praeiro
<b>Oeste</b>	Novo Colorado I; Novo Colorado II; Ribeirão da Ponte; Santa Amália; Jardim Araça; Santa Isabel I; Santa Isabel II; Santa Isabel III

<sup>7</sup> Considerou-se a conceituação de Vieira e Hossne (2001) que consideram dados secundários aqueles produzidos ou coletados por outros pesquisadores, para qualquer propósito que não o trabalho em questão.

Fonte: Informações fornecidas pela Secretária do município de Cuiabá-MT, 2013.

Para a construção do banco de dados referente à estrutura, foi utilizado um instrumento (APÊNDICE D) adaptado de Castanheira et al. (2011), no qual foram elencadas as dimensões e critérios de acordo com a literatura estudada, com as propostas ministeriais (BRASIL, 2000, 2012b) e as variáveis possíveis do banco original, conforme quadro abaixo.

**Quadro 4 - Dimensões e critérios (variáveis) avaliados na estrutura das USFs de Cuiabá-MT, 2013.**

<b>Dimensão</b>	<b>Crítérios (variáveis)<sup>8</sup></b>
<b>Recursos físicos/ instalações físicas/área física</b>	sala de recepção, sala de pré-consulta; sala de vacina com ar condicionado, consultório com banheiro, consultório médico e de enfermagem, privacidade visual no consultório de enfermagem e do médico, sala para armazenar e dispensar medicamentos, área para reuniões da equipe; área para grupos educativos
<b>Equipamentos, materiais e medicamentos essenciais</b>	estetoscópio, esfigmomanômetro, balança de adulto, fita métrica, Sonar Doppler (detector fetal), estetoscópio de Pinard, foco auxiliar ao exame ginecológico e mesa ginecológica em consultório, mesa de exame no(s) consultório(s), escada de dois degraus junto à mesa de exame ou mesa ginecológica, material de coleta do exame de colpocitologia oncótica (CCO), medicamentos para tratamento de vulvovaginites (metronidazol e nistatina) e essenciais (ácido fólico e sulfato ferroso), vacinas dT e Hepatite B
<b>Recursos humanos</b>	Disponibilidade, permanência, formação e capacitação dos profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS))
<b>Sistema de informação/ instrumentos de registro</b>	ficha de cadastramento de gestantes, ficha de registro de atendimentos do SISPRENATAL, cartão da gestante
<b>Aspectos administrativos</b>	agendamento da consulta subsequente de pré-natal, dificuldade no encaminhamento, acompanhamento de gestantes de alto risco, protocolo clínico de atenção pré-natal, avaliação e planejamento localmente da atenção pré-natal na Unidade; realização de capacitação da equipe pelo enfermeiro; metas a serem alcançadas em relação à atenção pré-natal,

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no referencial do MS e dados secundários da pesquisa: Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal repensando o serviço a partir de elementos da gestão, março de 2011. Grupo de pesquisa Argos – Subgrupo Gerar, UFMT, Cuiabá - MT.

Para determinar os valores a serem atribuídos para as cinco dimensões individualmente, considerou-se o cumprimento do mínimo relatado nas proposições ministeriais (melhor padrão) e a não disponibilidade do mínimo (pior padrão) evidenciado pelos critérios. Assim, os critérios foram pontuados da seguinte maneira: 0 (zero) - inexistente; 5 (cinco) - existente, porém inadequado; e 10 (dez) - adequado.

<sup>8</sup> Consideram-se as variáveis como critérios a serem avaliados em cada componente (estrutura e processo), pois, segundo Alves et al. (2010, p. 98), os “critérios são um atributo, aspecto de estrutura, processo ou resultado utilizados para mensurar o programa ou algum de seus componentes”.

Considerando que cada dimensão possui diferentes números de critérios, a pontuação possível para cada dimensão foi: máximo de 110 pontos (recursos físicos/ instalações físicas/área física); máximo de 180 pontos (equipamentos, materiais e medicamentos essenciais); máximo 130 de pontos (recursos humanos); máximo de 30 pontos (sistema de informação/instrumentos de registro); máximo de 70 pontos (aspectos administrativos).

### 5.3.1.2 *Análise dos dados da estrutura*

Para a análise dos dados, o banco de dados foi construído no *software* Excel 14.0. e posteriormente transferido para o *software* Epi-Info, versão 7.0 para realizar a descrição e avaliação das unidades por meio de análise estatística descritiva simples com a aplicação de medidas de frequência (absoluta e relativa) e média aritmética.

Na avaliação das unidades, após pontuar os atributos de cada dimensão, a média das questões conferiu ao serviço uma pontuação final entre 0 e 10, que resultou em uma classificação final das unidades quanto à estrutura, conforme a classificação:

- Adequada<sup>9</sup> - 10
- Parcialmente adequada – 7 a 9,9
- Inadequada – abaixo de 6,9

Foi utilizada esta classificação tendo em vista que não existe um consenso na literatura científica para avaliar a estrutura disponível para a assistência pré-natal, apesar de as proposições ministeriais determinarem o que seja o mínimo para uma assistência de qualidade, melhor dizendo, que uma estrutura adequada é a que tem pelo menos os elementos mínimos necessários.

## 5.3.2 **Momento 2 – Avaliação do processo**

### 5.3.2.1 *Planejamento Amostral - Método de amostragem e determinação do tamanho da amostra*

---

<sup>9</sup> O termo adequado no dicionário tem como significado acomodado, apropriado, conforme (MICHAELIS, 2009), sendo assim, utilizamos a palavra adequada, pois uma vez que as unidades que possuem os requisitos mínimos são adequadas (apropriadas) para realizar uma assistência pré-natal de qualidade.

Para este momento, a população do estudo e a seleção da amostra ocorreram da seguinte forma: fizeram parte da pesquisa mulheres puérperas nas primeiras 48 horas pós-parto e que foram internadas em um hospital de referência para este tipo de atendimento. Optou-se por esta população por acreditar-se ser o puerpério o momento oportuno para realizar as indagações sobre o processo assistencial recebido durante a atenção pré-natal e também pela facilidade de captar estas puérperas em um mesmo recinto.

Em Cuiabá-MT, no ano de 2011, segundo dados do DATASUS, 3.887 mulheres aderiram à assistência pré-natal na rede pública de serviços de saúde.

Para determinar o tamanho da amostra, foi utilizado o método de amostragem aleatória simples, utilizando a seguinte expressão:

$$n = \frac{N(P(1-P))}{(N-1) \times (e/z)^2 + P(1-P)} \text{ (expressão 1)}$$

N= tamanho da população

P= proporção considerada

e= erro de estimação

z= valor obtido da tabela da distribuição normal.

Assim, utilizando a expressão 1 e considerando a população de 3.887 mulheres e uma confiança de 95% (z=1,96) com um erro máximo de 5%, considerando uma proporção de 50%, uma vez que a prevalência da população era desconhecida, o tamanho da amostra foi constituída por 350 puérperas.

Cabe destacar que não foi utilizado um percentual de perda como usual na maioria das pesquisas, considerando que as entrevistas seriam realizadas até totalizar o tamanho da amostra.

Como critérios de inclusão, foram definidos: puérperas que realizaram as consultas do pré-natal em unidades da ESF do município de Cuiabá-MT e que tivessem em mãos o cartão da gestante.

Como critérios de exclusão da amostra, foram definidos: puérperas que foram referenciadas para serviços de maior complexidade e que não foram contrarreferenciadas para a unidade de origem; puérperas que não foram atendidas no hospital local do estudo; puérperas que não apresentavam condições cognitivas para compreensão dos questionamentos; puérperas que tiveram consultas de pré-natal em Cuiabá-MT, mas não as concluíram no município.



### 5.3.2.2 Instrumentos e coleta de dados do segundo momento

Os dados relativos ao processo foram coletados por meio de um inquérito por questionário<sup>10</sup> (APÊNDICE E) e transcrição de informações contidas nos cartões de gestantes. Este questionário contém questões relacionadas às variáveis de interesse e que contemplam aspectos sobre processo, baseado no referencial Donabediano (DONABEDIAN, 1991).

Para construção do questionário, foram utilizadas como referência as normatizações ministeriais acerca da temática (BRASIL, 2000, 2005, 2006, 2012b) e estudos realizados recentemente. Após construção, no intuito de validar o conteúdo do questionário, o mesmo foi discutido por especialistas da área técnica da Saúde da Mulher da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

O instrumento foi composto por variáveis relacionadas às puérperas (sociodemográficas), dados obstétricos, procedimentos clínicos e obstétricos durante o pré-natal. Sendo que, para avaliação do processo, os dados selecionados para este estudo foram:

**1-variáveis relacionadas às puérperas:** idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, tipo de inserção no mercado de trabalho, renda familiar, local que realizou o pré-natal e regional da unidade.

**2- variáveis relacionadas aos dados obstétricos:** número de gestações, início do pré-natal, captação precoce, acesso a 1ª consulta de pré-natal, intercorrências durante a gestação.

**3- variáveis relacionadas aos procedimentos:** profissional de acompanhamento do pré-natal, número de consultas realizadas, visita domiciliar, consulta com dentista, exame das mamas, exame preventivo e atividades educativas.

### 5.3.2.3 Teste Piloto

Para verificar a validade e a aplicabilidade do instrumento, foi realizado um teste piloto com 7(sete) puérperas no início de março - 2013, realizando a mesma abordagem e respeitando todos os preceitos éticos vigentes, o que, após concluído, possibilitou a realização de readequações necessárias no mesmo.

---

<sup>10</sup> Inquérito por questionário: série de perguntas dirigidas a uma amostra representativa de pessoas (TANAKA; MELO, 2004).

#### 5.3.2.4 Coleta de dados do processo

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, por uma mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e por uma aluna de Iniciação Científica da graduação em Enfermagem, previamente treinadas e tiveram como direcionamento o manual de instruções de coleta de dados construído especificamente para a pesquisa (APÊNDICE F).

As puérperas foram entrevistadas nas primeiras 48 horas do pós-parto, no Hospital Beneficente Santa Helena e no Hospital Geral Universitário, mediante liberação para coleta (ANEXO B), por serem estes serviços de referência, conveniados ao SUS e por serem responsáveis pela realização do maior número de partos no município.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2013, de segunda-feira a domingo, visando abranger todas as puérperas atendidas naquelas instituições, em períodos diferenciados do dia em decorrência da alta rotatividade das pacientes nas unidades.

Ao chegar à unidade de internação, as entrevistadoras identificavam no censo de pacientes as possíveis puérperas a serem entrevistadas, em seguida, eram retirados os prontuários os cartões das gestantes e seguiam ao encontro das mulheres. Ao abordar a paciente, a entrevistadora se apresentava e fazia algumas indagações com o intuito de verificar a adequação aos critérios de inclusão no estudo e, nos casos positivos, os objetivos da pesquisa eram explicados. Com o aceite da mesma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G) era assinado e a entrevista iniciada com duração média de 25 minutos.

Após encerrada a coleta dos dados, o processo de análise iniciou-se com a construção de um banco de dados com utilização do Epi-Info, versão 3.5.2., com a revisão dos questionários antes de iniciar a digitação. Foi realizada dupla digitação dos dados e posteriormente aplicado o recurso do Epi-Info - *date compare*, para corrigir possíveis erros. Ao identificá-los, os questionários foram revisados e considerada a resposta correta. Diante disso, o processamento e a análise dos dados foram realizados com a utilização o banco de dados construído e revisado.

Para o controle da qualidade dos dados, foi realizado acompanhamento direto da pesquisadora, tanto na coleta quanto na construção do banco de dados. No controle, foi utilizado, além dos recursos anteriormente citados, encontros diversos para acompanhamento e discussão dos trabalhos realizados. Os encontros foram importantes para adequar a coleta de dados e conferir os instrumentos para posteriormente digitá-los.

### 5.3.2.5 Análise dos dados

Para avaliar o processo da assistência pré-natal, foi utilizado como enfoque a utilização do cuidado pré-natal que se refere à avaliação do acesso precoce e a adequação do número de consultas e também a associação da adequação do pré-natal referente a estes dois indicadores com variáveis intervenientes neste processo.

Apesar de estarem em vigor as proposições da Rede Cegonha (BRASIL, 2012b), que preconizam a captação precoce de 12 semanas, foram utilizadas as indicações do PHPN (BRASIL, 2000), pois tal proposição não está ainda implementada na maioria dos municípios brasileiros. Sendo assim, a qualidade do pré-natal foi classificada em: **adequada** (realização de seis ou mais consultas e o início do pré-natal até dezessete semanas), **inadequada** (nas demais situações).

Foram realizadas análises descritiva, bivariada e múltipla por meio dos programas Epi-Info- versão 7.0- e Stata - versão 11.0. Na análise bivariada, foram identificadas as associações brutas entre a variável dependente (adequação da assistência pré-natal) e as demais variáveis independentes. Nesta etapa, utilizaram-se as categorias de adequação da assistência pré-natal categorizada em “adequada” e “inadequada”. Para o cálculo da significância estatística da associação, utilizou-se o teste de Qui-quadrado com intervalo de 95% de confiança pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%), ou teste exato de Fisher quando indicado.

Após esta etapa, foi realizada a análise múltipla por meio da Regressão de Poisson, sendo incluídas todas as variáveis que apresentaram associações com p-valor <0,20 a partir da análise bruta, utilizando-se o método de retirada progressiva das variáveis (stepwisebackward). No modelo final, foram mantidas as variáveis com nível de significância menor ou igual a 0,05.

## 5.4 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, com aprovação final N° 206.839 CEP-HUJM/2013, atendendo ao previsto na Resolução n.º466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza o desenvolvimento de pesquisas que envolvam seres humanos (ANEXO C).

## 6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Com o intuito de favorecer a divulgação da produção científica sobre avaliação em serviços de saúde que oferecem assistência pré-natal, assim como a necessidade de cumprir as normas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMT, optou-se por apresentar os resultados deste estudo sob a forma de manuscritos. A partir dos objetivos propostos nesta dissertação, os resultados foram apresentados em dois manuscritos com resultados e discussão formatados conforme as normas dos periódicos selecionados para a submissão dos textos.

No primeiro, intitulado “**Assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF): uma avaliação de estrutura**”, foram analisados os dados referentes às estruturas das unidades da ESF de Cuiabá-MT para a prestação da assistência pré-natal. Este manuscrito foi submetido à **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**.

O segundo manuscrito, intitulado “**Avaliação da atenção pré-natal: o processo assistencial**” apresenta a avaliação do processo assistencial da atenção pré-natal prestado às usuárias atendidas pela ESF em Cuiabá-MT. Tal artigo será submetido à **Revista Latino-Americana de Enfermagem**.

## **6.1 Manuscrito 1 - Assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF): uma avaliação de estrutura**

### **ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA**

Prenatal care in Family Health Strategy (FHS): evaluation of structure

Atención prenatal en la Estrategia de salud de la Familia (ESF): una evaluación de la estructura

#### **RESUMO**

Objetivo desta pesquisa foi avaliar a estrutura disponível nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) para prestação da assistência pré-natal em Cuiabá-MT, na perspectiva de avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian. Pesquisa de avaliação de qualidade em saúde, de abordagem quantitativa, realizada em Cuiabá-MT, desenvolvida com a utilização de dados secundários do banco de dados do grupo de pesquisa Projeto Argos/Gerar. Os resultados revelaram que as unidades contam com estrutura física deficitária, uma vez que várias delas não possuem sala de pré-consulta e sala de reuniões. A falta de equipamentos, dentre eles o sonar doppler e o estetoscópio de pinard, prejudica a assistência pré-natal. A dimensão de recursos humanos foi a mais deficitária, devido a não permanência de alguns profissionais na unidade, evidenciando grande rotatividade, principalmente dos técnicos de enfermagem e médicos. Na classificação geral, a dimensão mais comprometida foi a de recursos humanos e a dimensão mais bem classificada foi a de sistema de informação. Embora os aspectos relativos à estrutura das UBS para atendimento pré-natal tenham sido considerados parcialmente adequados neste estudo, em relação à classificação geral, as unidades de saúde da família de Cuiabá-MT ainda estão deficitárias em vários quesitos.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-natal; Avaliação de Serviços de Saúde; Bem-Estar Materno

#### **ABSTRACT**

Objective of this research was to evaluate the structure available in units of the Family Health Strategy ( FHS ) for the provision of prenatal care in Cuiabá , in the perspective of evaluation of health services proposed by Donabedian. Research quality evaluation in health, quantitative approach, held in Cuiabá - MT, developed with the use of secondary data from the database research group Argos /Gerar. The results revealed that the units have physical structure deficit, since many of them do not have room pre - consultation and meeting rooms. The lack of equipment, including sonar and doppler stethoscope pinard impairs the prenatal care. The human resources dimension was the most deficient, due to non-permanence of some professionals in the unit, showing high turnover, especially the nursing staff and physicians. In the overall, the dimension was more committed human resources, in turn, the size was the highest ranking information system. Although aspects of the structure of UBS for prenatal care, have been partially considered appropriate in this study, in relation to the overall classification, the health units Family Cuiabá are still deficient in several topics.

**Keywords:** Prenatal Care; Health Services Evaluation; Maternal Welfare

## RESUMEN

Objetivo de esta investigación fue evaluar la estructura disponible en unidades de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) para la prestación de la atención prenatal en Cuiabá, en la perspectiva de la evaluación de los servicios de salud propuesto por Donabedian . Evaluación de la calidad de la investigación en salud, enfoque cuantitativo , realizado en Cuiabá -MT , desarrollado con el uso de datos secundarios del grupo de investigación de bases de datos Argos / GENERAN . Los resultados revelaron que las unidades tienen déficit de estructura física, ya que muchos de ellos no cuentan con sala de pre-consulta y salas de reuniones. La falta de equipo, incluyendo sonar doppler y estetoscopio Pinard perjudica el cuidado prenatal. La dimensión de los recursos humanos es la más deficiente, debido a la no permanencia de algunos profesionales de la unidad , mostrando una alta rotación , especialmente el personal de enfermería y médicos . En el general , la dimensión de los recursos humanos era más comprometidas , a su vez , el tamaño era el sistema de información de clasificación más alta . Aunque los aspectos de la estructura de UBS para el cuidado prenatal , han sido parcialmente considerado apropiado en este estudio , en relación con la clasificación general , las unidades de salud de la familia Cuiabá son todavía deficientes en varios temas.

**Palabras claves:** Atención Prenatal; Evaluación de Servicios de Salud; Bienestar Materno.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve assegurar atendimento à mulher durante todo o período gravídico-puerperal por meio de ações que integrem promoção, prevenção e acompanhamento da gestante e do recém-nascido, atendimento básico, bem como atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2012). O atendimento integral às necessidades da mulher requer organização e utilização de meios e recursos adequados para cada situação.

Considera-se que a atenção pré-natal de qualidade pode contribuir com a diminuição dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, os quais estão entre os principais indicadores de condições de vida e saúde de uma população (PARADA, 2008).

Com vistas a alcançar a qualificação do pré-natal, a avaliação da assistência torna-se importante, pois possibilita que sejam traçadas diretrizes a fim de otimizar os serviços, melhorar a qualidade técnica, além de identificar fatores que interferem no atendimento e que estão longe do alcance de seus gestores, com a finalidade de garantir, desta forma, uma assistência de qualidade (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

Segundo o referencial teórico sistêmico proposto por Avedis Donabedian - a tríade estrutura, processo e resultado - reflète exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento

(DONABEDIAN, 1988). Neste estudo, especificamente, focaremos a avaliação da estrutura das unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) de Cuiabá-MT que realiza atendimento para as mulheres no período do pré-natal.

A estrutura abrange a qualidade dos contextos em que ocorre o cuidado, ou seja, os recursos necessários para proporcionar a assistência, sendo, recursos humanos (número e qualificação), recursos materiais e físicos (instalações e equipamentos), recursos financeiros (DONABEDIAN, 1988), sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos.

A revisão de literatura sobre avaliação da estrutura da assistência pré-natal possibilitou a identificação de estudos que tratam desta temática nas diferentes formas de avaliação e estes estudos perpassam o objetivo de reduzir a mortalidade materna que permanece elevada, tanto em nível nacional quanto local (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; PARADA, 2008; XIMENES NETO et al., 2008; COSTA et al., 2009, ROCHA, 2011; MORAIS, 2013).

No município de Cuiabá-MT, por sua vez, dois estudos que tratam de estrutura foram conduzidos, a saber: um em relação à atenção puerperal (OLIVEIRA et al., 2013 ). E outro referente à infraestrutura existente em Centros de Saúde que constatou que a adequada estrutura física e material dos serviços de saúde favorece as boas práticas assistenciais, já que a qualidade dessas é sensível às condições estruturais e ambientais, sendo que a infraestrutura inadequada pode influenciar negativamente no desenvolvimento da atenção prestada ao usuário (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

Frente ao exposto, fica evidente que a estrutura é de suma importância no cenário da ESF, uma vez que as práticas executadas por enfermeiros são influenciadas pelo sistema de saúde e suas limitações, sendo essa relação percebida, dentre outras formas, a partir da disponibilidade dos instrumentos ou dos meios de trabalho disponíveis no serviço de saúde e do próprio trabalho do enfermeiro (NAUDERER; LIMA, 2008).

Nesta perspectiva, constata-se a necessidade de avaliar a estrutura das unidades que realizam a assistência pré-natal, visto que estudos desta natureza não foram realizados no município. Sendo assim, o objetivo da pesquisa foi avaliar a estrutura disponível nas unidades da ESF para prestação da assistência pré-natal em Cuiabá-MT, no sentido de avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico inserido no campo da pesquisa de avaliação de qualidade em saúde (avaliação normativa). Considerando o caráter científico da mesma, pode ser, também, classificada como pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa, realizada em Cuiabá-MT.

Foram utilizados dados secundários provenientes da pesquisa Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, repensando o serviço a partir de elementos da gestão. A pesquisa teve seus dados coletados em março de 2011, por membros do grupo de pesquisa Projeto Argos–Gerar, após o consentimento da líder do grupo.

Este banco possui dados referentes a 55 unidades da ESF de Cuiabá-MT, e a opção por sua utilização se deu por tratar-se de informações relativamente recentes, uma vez que mudanças na estrutura de serviços de saúde demandam tempo para sua concretização, visto que, requerem investimentos de volume significativo de recursos financeiros para que ocorram de forma significativa.

Na construção do banco de dados para avaliação da estrutura, com dados secundários, foi utilizado um instrumento adaptado (CASTANHEIRA et al., 2011), no qual foram elencadas as dimensões e critérios de acordo com a literatura estudada com as propostas ministeriais (BRASIL, 2000, 2012) e as variáveis possíveis do banco original. Definiu-se que iriam compor o estudo, as unidades em que o médico e no mínimo 1 auxiliar e/ou técnico de enfermagem tivessem participado da pesquisa citada, respondendo às questões relativas a sua formação e capacitação técnica, totalizando 43 unidades.

Desta forma, as dimensões avaliadas foram: recursos físicos/ instalações físicas/área física; equipamentos, materiais e medicamentos essenciais; recursos humanos; sistema de informação/ instrumentos de registro; aspectos administrativos. Para determinar os valores a serem atribuídos para as cinco dimensões individualmente, considerou-se o cumprimento do mínimo relatado nas proposições ministeriais (melhor padrão) e a não disponibilidade do mínimo (pior padrão) evidenciados pelos critérios. Assim, os critérios foram pontuados da seguinte maneira: 0 (zero) - inexistente; 5 (cinco) - existente, porém inadequado (em caso de adaptações de espaços físicos, indisponibilidade de materiais e equipamentos e falta de profissionais no quadro de pessoal) e 10 (dez) - adequado.

Considerando que cada dimensão possui diferentes números de critérios, a pontuação possível para cada dimensão foi: máximo de 110 pontos (recursos físicos/ instalações



físicas/área física); máximo de 180 pontos (equipamentos, materiais e medicamentos essenciais); máximo 130 de pontos (recursos humanos); máximo de 30 pontos (sistema de informação/ instrumentos de registro); e máximo de 70 pontos (aspectos administrativo).

Para a análise dos dados, o banco foi construído no *software* Excel 14.0. e posteriormente transferido para o *software* Epi-Info, versão 7.0, para descrever e avaliar as unidades por meio de análise estatística descritiva simples com a aplicação de medidas de frequência (absoluta e relativa) e média aritmética.

Na avaliação das unidades, tendo em vista que não existe um consenso na literatura científica para avaliar a estrutura disponível para a assistência pré-natal, os atributos foram pontuados em cada dimensão, conferindo ao serviço uma pontuação final entre 0 e 10, que resultou em uma classificação final das unidades: adequada (10); parcialmente adequada (7 a 9,9) e inadequada (abaixo de 6,9).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, sob o nº 206.839 CEP-HUJM/2013.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados obtidos demonstram que os recursos físicos das unidades ainda se encontram deficitários, conforme observado na Tabela 1, onde, em 11,6% das unidades, as salas de recepção são inadequadas; 9,2% não possuem sala de pré-consulta e, entre as que possuem, 37,3% são inadequadas. Observa-se que não há área para reuniões de equipe em 11,6%, bem como 30,2% não dispõem de área para realização de grupos socioeducativos e, das que existem, 58,2% são consideradas inadequadas.

Os dados referentes à área para realização de grupos socioeducativos preocupam pelo alto percentual de unidades classificadas como inexistente ou existente, porém inadequado, e esta evidência é discutida nos estudos nacionais sobre a temática. Em avaliação da atenção pré-natal na ESF de Sobral, Ceará, dados semelhantes foram levantados, sendo que 14% das unidades estudadas não possuíam espaço para as atividades de educação em saúde (XIMENES NETO et al., 2008).

Costa et al (2009), avaliando a atenção à gestantes na ESF, em Teixeira, Minas Gerais, apesar de não oferecer dados objetivos, destaca que, nas unidades estudadas, não havia local apropriado para estas atividades. Outro estudo de avaliação da atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE (ROCHA, 2011) evidenciou que, em 56,7% das unidades, esse espaço

era adaptado e 43,3% dispunham de uma sala disponível para realização da atividade. Tais resultados são melhores do que os obtidos em Cuiabá-MT, pois todas as unidades estudadas em Fortaleza-CE possuíam área para grupo educativo, seja adequado ou adaptado, além do que é expressiva a diferença entre os percentuais das unidades com área adequada para grupos socioeducativos entre Fortaleza-CE e Cuiabá-MT, 43,3% e 11,6%, respectivamente. A existência deste espaço é de grande importância, visto que a realização de ações educativas às gestantes permite produzir um conhecimento sobre o processo gestacional, além de diminuir a assimetria na relação entre gestantes e serviços de saúde e aprimora a qualidade da atenção primária à saúde (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Quanto à privacidade visual, 30,2% dos consultórios médicos não apresentam este atributo, enquanto nos consultórios de enfermagem este valor é 9,2%. É preciso considerar a privacidade como um fator essencial na realização das consultas, exames clínicos e/ou ginecológicos (BRASIL, 2000, 2012). A falta de privacidade limita as ações dos profissionais que teriam no pré-natal o momento propício para acolher, ouvir e assistir a gestante além do atendimento clínico, ou seja, integralmente, interferindo diretamente na qualidade da assistência.

Ressalta-se a importância da existência destes atributos, pois apontam para a humanização da atenção e respeito aos pacientes, ou seja, a estrutura de atendimento e a ambiência devem ser sempre voltadas para o favorecimento da humanização.

Embora não estejam representados na Tabela 1, 100% das unidades apresentam sala exclusiva para vacinação, consultório médico e de enfermagem. Em 7%, o consultório não possui sanitário e as salas para armazenar e dispensar medicamentos em 4,6% são inadequadas.

**Tabela 1** - Distribuição das unidades na dimensão recursos físicos/instalações físicas/área física, segundo padrão para avaliação, Cuiabá-MT, 2011.

(continua)

Atributos	Inexistente		Existente, porém inadequado		Adequado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sala de recepção	-	-	5	11,6	38	88,4	43	100
Sala de pré-consulta (SPC)	4	9,2	16	37,3	23	53,5	43	100
Área para reuniões da equipe	5	11,6	13	30,2	25	58,2	43	100

**Tabela 1** - Distribuição das unidades na dimensão recursos físicos/instalações físicas/área física, segundo padrão para avaliação, Cuiabá-MT, 2011.

(continuação)

Atributos	Inexistente		Existente, porém inadequado		Adequado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Área para grupos socioeducativos	13	30,2	25	58,2	5	11,6	43	100
Privacidade visual no consultório de enfermagem	4	9,2	-	-	39	90,8	43	100
Privacidade visual no consultório médico	13	30,2	-	-	30	69,8	43	100

Fonte: Dados secundários da pesquisa: Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, repensando o serviço a partir de elementos da gestão, março de 2011. Grupo de pesquisa Argos – Subgrupo Gerar, UFMT, Cuiabá - MT.

A indisponibilidade ou a inadequação de alguns ambientes físicos determina que a assistência se concretize de maneira individualizada, favorecendo o predomínio de atividades médicas, interferindo na qualidade da assistência à saúde reprodutiva e também no trabalho assistencial do enfermeiro (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

Para assegurar a qualidade do serviço de saúde, é necessário garantir infraestrutura adequada, o que envolve recursos humanos capacitados, equipamentos, materiais e insumos suficientes. Quando isso não é proporcionado aos profissionais da saúde, esses tendem a justificar a inadequação dos serviços prestados pelas limitações encontradas pelo serviço. Sendo assim, assegurar infraestrutura de qualidade favorece o acesso a ações e a obtenção de melhores resultados nas intervenções, assim como a qualificação da atenção e do cuidado de enfermagem e a satisfação do usuário (SZNELWAR; ABRAHÃO, 2007).

Com relação aos equipamentos e materiais, as unidades de saúde devem dispor minimamente de mesa e cadeiras para a realização das consultas; mesa ginecológica; escada de dois degraus; foco de luz, balança antropométrica para adultos; esfigmomanômetro; estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; fita métrica; espúculos; pinças de Cheron; material para coleta de material para exame colpocitológico; gestograma ou disco obstétrico; sonar Doppler (se possível) (BRASIL, 2000, 2012). Porém, os dados referentes aos equipamentos, materiais e medicamentos essenciais demonstram a presença de Sonar Doppler

em condições inadequadas (2,4%) nas unidades, ausência de estetoscópio de Pinard (53,5%) e de materiais para coleta de CCO (18,6%).

A inadequação do sonar Doppler é uma informação significativa para avaliação da assistência de pré-natal, pois a ausculta dos batimentos cardíofetais é uma atividade fundamental no acompanhamento pré-natal, por objetivar a constatação da presença, ritmo, frequência e a normalidade dos batimentos cardíofetais (BRASIL, 2012). Assim, nas unidades com esta condição, a qualidade da assistência pré-natal é prejudicada pela inadequabilidade do aparelho. Por sua vez, os dados mais alarmantes dizem respeito ao estetoscópio de Pinard, pois mais da metade das unidades não possuem, sendo este equipamento, na falta do Sonar Doppler, de suma importância no atendimento a gestante.

Em relação aos medicamentos essenciais, a Nistatina e o Metronidazol existem, porém são inadequados (25,6% e 14,0% respectivamente). Observa-se a inexistência de vacinas dT adulto e vacina de hepatite B em 4,6% das unidades. A falta de material para coleta de CCO e a indisponibilidade dos cremes vaginais (Nistatina e Metronidazol), em algumas unidades, contraria as propostas ministeriais (BRASIL, 2012) que propõem o exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncológica, procedimentos indispensáveis na atenção pré-natal. Ao realizar os procedimentos e detectar a presença de vulvovaginites, os profissionais são orientados a fazer o tratamento com os cremes vaginais, considerados medicamentos essenciais e, assim sendo, a falta deles determina o não tratamento, o que pode ocasionar complicações maternas e perinatais, dentre elas, rotura prematura de membranas, o trabalho de parto prematuro, a corioamnionite, as infecções puerperais e o baixo peso ao nascer (COSTA et al., 2010).

Considerando que o objetivo da ESF é reorientar o modelo assistencial, por meio de práticas de articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, a reorganização do modo de rastreamento do câncer de colo uterino é facilitada, uma vez que gera um cenário favorável para tal ação (VALE, 2010). A coleta de CCO, então, deve ser ação prioritária em todas as unidades.

Outros equipamentos, ainda, são necessários para compor a avaliação da estrutura, como estetoscópio, balança de adulto, régua antropométrica para adulto, fita métrica para avaliação de altura uterina, foco auxiliar para exame ginecológico, mesa de exames nos consultórios, mesa ginecológica, escada de dois degraus, ácido fólico e sulfato ferroso, dos quais quase a totalidade das unidades possuem estes atributos de forma adequada. Outro

estudo desenvolvido em UBS (ROCHA, 2011) reforça este achado ao evidenciar a falta de equipamentos na unidade.

Desta forma, a falta e/ou a inadequação de equipamentos para a realização do serviço prejudica a assistência, uma vez que determinadas ações podem ser interrompidas, o que dificulta o desenvolvimento das atividades previstas (SZNELWAR; ABRAHÃO, 2007) nas propostas ministeriais acerca da assistência pré-natal.

A Tabela 2, que apresenta os recursos humanos, evidencia que as unidades estão adequadas em 81,4% quanto à disponibilidade de médico e 41,9% para os ACS. Quanto à permanência dos profissionais nas unidades, 53,5% apresentam-se adequadas em relação ao médico e 37,3% dos técnicos de enfermagem. As propostas ministeriais apontam o médico, o enfermeiro e o pessoal de apoio, a equipe suficiente para atender a demanda, uma vez que são os profissionais fundamentais para o atendimento à população (BRASIL, 2000, 2012).

Sobre a pós-graduação, 46,5% dos médicos possuem especialização na área de saúde da família, saúde pública, ou ginecologia e obstetrícia, comparados a 74,4% dos enfermeiros. Quanto às capacitações técnicas, quase a totalidade (95,4%) dos enfermeiros as realizaram e apenas 34,9% dos médicos e técnicos as fizeram. Tomando por referência o fato de que a atenção básica propõe um novo modelo assistencial, Cruz (2005), em contraponto, afirma que o processo de trabalho deveria ganhar contornos específicos e que o profissional deveria ter qualificação e perfil diferenciados, já que a ênfase da assistência não deve estar centrada nos procedimentos técnicos, mas sim, na interrelação equipe/comunidade/família e equipe/equipe.

**Tabela 2** - Distribuição das unidades na dimensão recursos humanos (disponibilidade, permanência, formação e capacitação dos profissionais) segundo padrão para avaliação, Cuiabá-MT, 2011.

(continua)

Atributos	Inexistente		Existente, porém inadequado		Adequado		<b>TOTAL</b>	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Disponibilidade de médico*	1	2,4	7	16,2	<b>35</b>	<b>81,4</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
Disponibilidade de enfermeiro	-	-	1	2,4	42	97,6	<b>43</b>	<b>100</b>
Disponibilidade de técnico/auxiliar de enfermagem	2	4,6	2	4,6	39	90,8	<b>43</b>	<b>100</b>
Disponibilidade de ACS	16	37,3	9	20,9	<b>18</b>	<b>41,8</b>	<b>43</b>	<b>100</b>
Permanência do enfermeiro	3	7	-	-	40	93	<b>43</b>	<b>100</b>
Permanência do Médico	20	46,5	-	-	<b>23</b>	<b>53,5</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

**Tabela 2** - Distribuição das unidades na dimensão recursos humanos (disponibilidade, permanência, formação e capacitação dos profissionais) segundo padrão para avaliação, Cuiabá-MT, 2011.

(continuação)

Atributos	Inexistente		Existente, porém inadequado		Adequado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Permanência do auxiliar e/ou técnico de Enfermagem	27	62,7	-	-	16	37,3	43	100
Permanência dos ACS	4	9,2	-	-	39	90,8	43	100
Enfermeiro com pós-graduação	-	-	11	25,6	32	74,4	43	100
Médico com pós- graduação	-	-	23	53,5	20	46,5	43	100
Realização de capacitação técnica pelo enfermeiro**	2	4,6	-	-	41	95,4	43	100
Realização de capacitação técnica pelo auxiliar e/ou técnico de Enfermagem	28	65,1	-	-	15	34,9	43	100
Realização de capacitação técnica pelo médico	28	65,1	-	-	15	34,9	43	100

\*As informações referentes aos profissionais na unidade quanto à disponibilidade e permanência referem-se ao último ano.

\*\* Informações referentes à realização de capacitação técnica na área de saúde reprodutiva nos 2 últimos anos de no mínimo 16 horas pelos profissionais.

Fonte: Dados secundários da pesquisa: Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, repensando o serviço a partir de elementos da gestão, março de 2011. Grupo de pesquisa Argos – Subgrupo Gerar, UFMT, Cuiabá - MT.

Em relação ao sistema de informação, os dados evidenciaram que quase a totalidade das unidades estão adequadas quanto à existência de ficha de cadastramento de gestante (95,4%), ficha de registro de atendimento do SISPRENATAL (97,6%) e do cartão de gestante (97,6%). O MS postula que as unidades de saúde devem se organizar quanto à realização dos registros dos atendimentos às gestantes através do cartão da gestante, a ficha perinatal e a ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal (BRASIL, 2000, 2012). Em relação a esta dimensão, apesar de quase a totalidade das unidades estarem adequadas, ainda existem unidades onde faltam esses instrumentos, o que prejudica a troca de informação entre os profissionais.

Quanto à distribuição das unidades na dimensão dos aspectos administrativos, a Tabela 3 demonstra que, em 41,8%, inexistente a facilidade em referenciar as gestantes. A atenção básica à saúde é a porta de entrada das gestantes para iniciar o atendimento pré-natal,

porém, quando as necessidades destas mulheres vão para além do serviço que a unidade básica fornece, as mesmas devem ser referenciadas e o serviço de origem (no caso a unidade básica) precisa ter facilidade para este procedimento, pois, atrasos desta ordem, podem retardar o atendimento necessário para a gestante. Neste estudo, os dados demonstram que em quase metade das unidades não havia facilidade para referenciar as gestantes para outros serviços, quando necessitavam.

A contrarreferência – acompanhamento das gestantes de maior risco referenciadas – foi o atributo que mais chamou atenção na dimensão dos aspectos administrativos, que nos resultados demonstrou estar adequado em 81,4% das unidades. Porém, dados obtidos em um estudo sobre a contrarreferência ao pré-natal na ESF, no município de Cuiabá-MT (DOI, 2013), vão de encontro aos obtidos no presente estudo, demonstrando que, após o atendimento realizado pelos serviços de saúde de maior complexidade, as gestantes não receberam, no retorno para suas residências, o formulário de referência/contrarreferência que levaram quando foram referenciadas aos serviços de maior complexidade. Tal formulário deveria conter as informações referentes às intervenções realizadas no serviço ao qual foram referenciadas. A não devolução desse determinou que as próprias mulheres informassem ao serviço de origem as ações realizadas pelo serviço de maior complexidade, sem nenhum registro formal. A não devolução do formulário, portanto, responsabiliza unicamente as gestantes pela troca de informações.

Frente ao exposto, fica evidente a contradição entre os dados aqui analisados e a fala das mulheres participantes do estudo supracitado (DOI, 2013), no qual se pode questionar a qualidade do acompanhamento das gestantes contrarreferenciadas, uma vez que os profissionais não necessariamente detêm conhecimentos sobre a assistência prestada. Ressalta-se ainda que os profissionais atribuíram às gestantes um papel que é deles enquanto dever de ofício, não se responsabilizando pela saúde das gestantes.

A referência e contrarreferência no presente estudo foram avaliadas como um atributo da dimensão aspectos administrativos, porém outros estudos discutem esses aspectos com uma dimensão a ser avaliada individualmente (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; ROCHA, 2011, MORAIS, 2013) e chamam a atenção para a deficiência no sistema de referência e contrarreferência das gestantes. O estudo de Rocha (2011) apontou que 53,3% das unidades se encontram com um sistema de referência precário, tanto no encaminhamento da gestante para outras especialidades quanto para o parto, porém a contrarreferência encontra-se ainda pior, 66,7% das 30 unidades estudadas cita a inexistência da mesma,

obtendo informações sobre a paciente apenas em situações em que elas retornam, ou por meio de relações de amizade entre o profissional da unidade e o especialista ou profissional que realizou o parto. Moraes (2013), que avaliou a atenção pré-natal da ESF de Santa Helena de Goiás, obteve resultado ainda mais alarmante, pois 100% das unidades foram classificadas como precárias nesta dimensão.

Observa-se que a avaliação e planejamento local da atenção pré-natal pela equipe e a capacitação da equipe pelo enfermeiro é adequada em 88,4% e 69,8%, respectivamente. Embora não estejam representados na Tabela 3, vale ressaltar que 100% das unidades estão adequadas quanto ao agendamento da consulta subsequente de pré-natal ao término da consulta realizada e quanto à existência de metas a serem alcançadas em relação à atenção pré-natal pela equipe. Quanto à adoção de protocolo clínico de atenção pré-natal, 97,6% das unidades estão adequadas para este atributo.

**Tabela 3** - Distribuição das unidades na dimensão aspectos administrativos, segundo padrão para avaliação, Cuiabá-MT, 2011.

Atributos	Inexistente		Existente, porém inadequado		Adequado		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Facilidade de referenciar as gestantes para outros serviços	18	41,8	-	-	25	58,2	43	100
Contrarreferência – acompanhamento das gestantes de maior risco referenciadas	2	4,6	6	14	35	81,4	43	100
Avaliação e planejamento local da atenção pré-natal, pela equipe*	5	11,6	-	-	38	88,4	43	100
Capacitação da equipe pelo enfermeiro para atenção à gestante	13	30,2	-	-	30	69,8	43	100

\* Informação referente à avaliação e planejamento local da atenção pré-natal pela equipe refere-se ao último ano.

Fonte: Dados secundários da pesquisa: Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, repensando o serviço a partir de elementos da gestão, março de 2011. Grupo de pesquisa Argos – Subgrupo Gerar, UFMT, Cuiabá - MT.

A Tabela 4, que apresenta a classificação das USF segundo as dimensões avaliadas, evidencia que, quanto à dimensão de recursos físicos, a maioria das unidades foram classificadas como parcialmente adequadas (90,8%). Este resultado corrobora com os



encontrados no Ceará (ROCHA, 2011) e Goiás (MORAIS, 2013), sendo que 56,7% e 66,7% das unidades, respectivamente, foram classificadas como satisfatórias/precárias, o que corresponde a nossa classificação de parcialmente adequada. Porém, em outros estudos (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; COSTA et al., 2009), estes dados divergem, pois, no primeiro estudo, a planta física foi a área com o pior resultado, atingindo somente 38% do padrão estabelecido pelos autores e, no segundo, as instalações físicas apresentaram-se com uma grande deficiência de espaços e classificadas como incipiente neste quesito.

Com relação à classificação da dimensão referente aos equipamentos, materiais e medicamentos essenciais, o estudo realizado em Goiás (MORAIS, 2013) aponta que 100,0% das unidades foram classificadas como ótimas para recursos materiais e satisfatórias para os medicamentos essenciais, resultado divergente do encontrado neste estudo, pois, nesta dimensão, a maioria das unidades (86,0%) foram classificadas como parcialmente adequadas. Os resultados evidenciados em Teixeiras-MG (COSTA et al., 2009) corroboram com os encontrados em Cuiabá, onde as unidades revelaram uma análise intermediária na dimensão recursos materiais.

A dimensão de recursos humanos, por sua vez, foi a mais deficitária/comprometida, porque 48,8% das unidades foram classificadas como inadequadas e outras 48,8% como parcialmente adequadas. Isto ocorreu em função da não permanência de alguns profissionais na unidade, devido à grande rotatividade de profissionais da saúde, principalmente dos médicos e técnicos de enfermagem, fato que prejudica o estabelecimento de vínculo destes com a população adscrita. A falta de vínculo efetivo pode fazer com que a população deixe de realizar o acompanhamento adequado, buscando a unidade somente para atendimentos eventuais. Tendo em vista a natureza da assistência pré-natal, tal fato conforma-se prejudicial para o seu bom desenvolvimento, pois, para atingir o objetivo desta prática, é necessário o atendimento contínuo e o vínculo entre a usuária/gestante e profissional.

Além disso, outros atributos que favoreceram a má classificação dessa dimensão foram à presença de médicos generalistas e a não capacitação técnica na área de saúde reprodutiva pelo técnico de enfermagem e o médico (Tabela 2).

Quanto à classificação das unidades segundo a dimensão de sistema de informação, foi a que obteve melhor classificação em relação às demais com 95,4% das unidades consideradas adequadas. Os achados no Ceará (ROCHA, 2011) e Goiás (MORAIS, 2013) corroboram com nossos resultados, pois 43,3% das unidades foram classificadas como ótimas no primeiro estudo e 100% das unidades satisfatória para o quesito. Entretanto, apesar de os

instrumentos de registros da atenção estarem presentes, como recomenda o MS, não asseguram, todavia, seu uso e preenchimento corretos (MORAIS, 2013).

**Tabela 4** - Classificação das unidades segundo as dimensões avaliadas. Cuiabá-MT, 2011.

Classificação das Unidades	Recursos Físicos		Equipamentos		Recursos Humanos		Sistema de Informação		Aspectos Administrativos	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Adequada	2	4,6	5	11,6	1	2,4	<b>41</b>	<b>95,4</b>	14	<b>32,6</b>
Parcialmente adequada	<b>39</b>	<b>90,8</b>	37	<b>86,0</b>	<b>21</b>	<b>48,8</b>	-	-	25	<b>58,2</b>
Inadequada	2	4,6	1	2,4	<b>21</b>	<b>48,8</b>	2	4,6	4	9,2
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados secundários da pesquisa: Atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, repensando o serviço a partir de elementos da gestão, março de 2011. Grupo de pesquisa Argos – Subgrupo Gerar, UFMT, Cuiabá - MT.

Em relação à classificação geral das unidades por média, observa-se que 100% das unidades foram classificadas pela média geral como parcialmente adequadas, com média de pontuação no intervalo de 7 a 9,9 pontos. Neste quesito, os resultados gerais de nosso estudo foram superiores aos obtidos por Silveira, Santos, Costa (2001), em que as unidades foram classificadas como precárias para o atendimento pré-natal, semelhantes aos achados de Teixeiras-MG (COSTA et al., 2009), em que a estrutura se configurou como intermediária, e inferiores aos encontrados em Goiás (MORAIS, 2013), que obtiveram uma estrutura global ótima em 33,3% e satisfatória 66,7% das unidades e no Ceará (ROCHA, 2011), no qual 90% das unidades foram classificadas como ótimas/satisfatórias.

## CONCLUSÕES

Embora os aspectos relativos à estrutura das UBS para atendimento pré-natal tenham sido considerados parcialmente adequados neste estudo, em relação à classificação geral, as unidades de saúde da família de Cuiabá-MT permanecem deficitárias em vários quesitos. Por terem o compromisso com a promoção/prevenção à saúde, deveriam ter aporte necessário para a efetivação da assistência pré-natal, porém os achados evidenciaram aspectos importantes como a ausência de médicos e/ou enfermeiros e em muitas de ACS são fundamentais para assegurar um serviço de saúde de qualidade.

A dificuldade em referenciar as gestantes é outro quesito importante, uma vez que possibilita prevenir acontecimentos mais graves, como a própria mortalidade materna, neonatal, ou até mesmo um aborto. Tal fato deve ser considerado, tendo em vista que unidades de saúde da família não dispõem de estrutura, equipamentos e equipe multiprofissional necessários para a promoção/prevenção à saúde e não apenas o tratamento.

Frente ao exposto, fica evidente a necessidade de qualificar os serviços de saúde com vistas a oferecer ao indivíduo uma assistência de qualidade por profissionais qualificados, para favorecer a redução da mortalidade materna e neonatal.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 569, de 1º de junho de 2000, instituiu o **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Gabinete do Ministro, Brasília, 2000. Disponível em: <[http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria\\_569\\_GM.PDF](http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF)> Acesso em: 14 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde sociedade** [online], v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/11.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

COSTA, G. D. da et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva** [online], v. 14, p. 1347-1357, 2009. Supplement1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a07v14s1.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

COSTA, M. C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 767-785, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036505962010000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962010000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jul. 2013.

CRUZ, M.G.B. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação da saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 39, n. 1, p. 28-35, 2005.

DOI, H.Y. **Contrarreferência ao pré-natal na estratégia saúde da família: concepções de mulheres que vivenciam a gestação de risco**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, p. 1743-1748, 1988.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, p. S23-S32, dez. 2005. Supplement1.

MORAIS, M. M. **Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no Município de Santa Helena de Goiás**. 2013. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

OLIVEIRA, D. C. O. et. al. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 446-454, jul./set. 2013.

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

PEDROSA, I.C.F.; CORRÊA, A.C de P.; MANDÚ, E.N.T. Influência da infraestrutura de Centros de Saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 10, n. 1. Maringá, 2011.

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

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

SOUZA, V. B; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem [on line]**, v. 13, n. 2, p. 199-210, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>> Acesso em: 16 nov. 2013.

SZNELWAR, L.I; ABRAHÃO, J.I. Introdução: abordagens e desafios no estudo do trabalho no PSF. In: **Inquéritos com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007, p. 107-128.

VALE, D. B. A. P. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 383-390, fev. 2010.

XIMENES NETO, F. R. G. et al . Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 595 – 602, out. 2008 . Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000500011&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 15 jul. 2012.

## 6.2 Manuscrito 2 - Avaliação da atenção pré-natal: o processo assistencial

### AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: O PROCESSO ASSISTENCIAL

Evaluation of prenatal care: the care process

Evaluación de la atención prenatal: el proceso asistencial

#### RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o processo assistencial da atenção pré-natal prestado às usuárias da Estratégia Saúde da Família de Cuiabá-MT. Estudo epidemiológico, de abordagem quantitativa, inserido no campo da pesquisa de avaliação de qualidade em saúde (avaliação normativa), com 350 puérperas, nas primeiras 48 horas pós-parto, que foram internadas em um dos hospitais de referência para este tipo de atendimento. Para avaliar este processo assistencial, foi focado o cuidado pré-natal, no que se refere à avaliação do acesso precoce e a adequação do número de consultas e também a associação da adequação do pré-natal referente a estes dois indicadores com variáveis intervenientes neste processo. Foram realizadas análises descritiva, bivariada e múltipla por meio dos programas Epi-Info versão 7.0 e Stata versão 11.0. Verificou-se que 60,3% das puérperas tiveram a assistência pré-natal categorizada como adequada. As variáveis: regional da unidade, escolaridade, renda familiar, acesso à primeira consulta, profissional que realizou as consultas e realização do exame das mamas mantiveram associação estatisticamente significativa com a adequação da assistência pré-natal, sendo possível concluir a necessidade de realização de certos procedimentos já especificados nas propostas ministeriais, bem como a importância de proporcionar maior visibilidade às desigualdades sociais.

**Palavras-chaves:** Cuidado Pré-natal; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde)

#### ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the care process of prenatal care provided to users served by the Family Health Strategy in Cuiabá - MT . Epidemiological study , a quantitative approach , inserted in the research field of quality assessment in health ( normative assessment ) , with 350 postpartum women in the first 48 hours postpartum , who were admitted in a hospital reference for this type of care . To evaluate this care process was focused prenatal Care, with regard to the evaluation of early access and the adequacy of the number of queries and also the association of the adequacy of prenatal care related to these two indicators with intervening variables in this process. Descriptive , bivariate and multivariate analyzes were performed using the Epi - Info version 7.0 and Stata version 11.0 software . It was found that 60.3 % of the mothers had prenatal care categorized as adequate . Variables : regional unit , education, family income , access to first consultation , professional consultations and conducted the examination of the breasts remained significantly associated with the adequacy of prenatal care , being unable to complete the need to perform certain procedures already specified in the ministerial proposals as well as the importance of giving greater visibility to social inequalities .

**Keywords:** Prenatal Care; Primary Health Care; Process Assessment (Health Care)

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el proceso de atención de la atención prenatal proporcionada a los usuarios atendidos por la Estrategia de Salud de la Familia en Cuiabá - MT . Estudio epidemiológico , un enfoque cuantitativo , se inserta en el campo de la investigación de evaluación de la calidad en materia de salud ( evaluación normativa ), con 350 mujeres recién paridas en las primeras 48 horas después del parto , que fueron ingresados en un hospital de referencia para este tipo de atención. Para evaluar este proceso de atención se centró la atención prenatal, con respecto a la evaluación de los principios de acceso y la adecuación del número de consultas , así como la asociación de la adecuación de la atención prenatal, en torno a estos dos indicadores con las variables que intervienen en este proceso. Análisis descriptivo , bivariado y multivariado se realizaron con la versión Epi-Info 7.0 y el software Stata, versión 11.0. Se encontró que 60,3 % de las madres tuvo atención prenatal categorizado como adecuado. Variables: la unidad regional, educación , ingreso familiar , el acceso a la primera consulta , consultas profesionales y realizado el examen de los senos se mantuvo significativamente asociada con la adecuación de la atención prenatal , al no poder completar la necesidad de realizar ciertas procedimientos ya especificados en las propuestas ministeriales , así como la importancia de dar mayor visibilidad a las desigualdades sociales.

**Palabras claves:** Atención Prenatal; Atención Primaria de Salud; Evaluación de Proceso (Atención de Salud)

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde reprodutiva da mulher tem se configurado como uma das áreas prioritárias entre as políticas de saúde nacional, fato que fica evidente ao observar as proposições ministeriais que a contemplam.

Com estas proposições, o Ministério da Saúde (MS) preconiza ações para o desenvolvimento de uma assistência de pré-natal de qualidade, que norteiem o processo assistencial (BRASIL 2000, 2005, 2006, 2012).

O MS, desde a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000 (BRASIL, 2000), preconizou critérios para assegurar uma atenção de qualidade quanto ao número de consultas, ingresso das gestantes no pré-natal (captação precoce) e demais atividades do processo assistencial.

Segundo o MS, a atenção básica deve ser a ordenadora do cuidado à saúde e a unidade básica é a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) conforma-se como eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive no pré-natal, sendo, portanto, um ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades das gestantes, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez (BRASIL, 2012).

Segundo Rocha e Silva (2012), os níveis de saúde das mães e dos conceptos estão estreitamente interligados com a qualidade da assistência pré-natal, de modo que esta interfere significativamente na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Assim, com a finalidade de assegurar uma assistência livre de riscos ao binômio mãe-feto, há a necessidade de ofertar serviços de atenção pré-natal de qualidade.

A morte materna, apesar dos avanços na área da saúde, da volumosa produção científica e da incorporação intensiva de tecnologias, ainda está presente nos dias de hoje (REIS; PEPE; CAETANO, 2011), como pode ser constatado no panorama em nível nacional, regional e municipal, ficando evidente sua magnitude.

Estudo de Ferraz e Bordignon (2012), que teve como objetivo apresentar o perfil da mortalidade materna no Brasil nos anos de 2000 a 2009, demonstrou que houve um aumento de 11,9% no número absoluto de mortes maternas brasileiras naquele período, sendo este aumento diferente para cada região. A Região Norte apresentou um crescimento de mortes maternas de 15,46%; a Nordeste 18,53%; a Sudeste 10,31%; e a Centro-Oeste 50,54% no número absoluto. Em contrapartida, a Região Sul apresentou uma redução, em números absolutos, correspondente a 15,76%.

Em relação ao município de Cuiabá, capital de Mato Grosso (MT), a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por 100.000 Nascidos Vivos (NV), no período de 2000 a 2012, correspondeu a 40,10; 33,10; 78,23; 89,27; 97,79; 52,14; 116,41; 86,13; 83,32; 32,07; 21,39; 80,40 e 61,25, respectivamente (MATO GROSSO, 2013). Estudo conduzido por Vilarinho (2009), que objetivou conhecer a distribuição da mortalidade materna no município de Cuiabá-MT, no período de 1996 a 2005, revelou que os óbitos mais frequentes por causas obstétricas diretas foram, em primeiro lugar, por doenças hipertensivas (15,4/100.000 NV), seguidos por abortos (10,2/100.000 NV), complicações do trabalho de parto (9,2/100.000 NV) e complicações no pós-parto (7,19/100.000 NV).

Diante dos dados acima citados, questiona-se a qualidade da assistência pré-natal prestada na atenção básica, principalmente por ter a hipertensão como a causa mais frequente dos óbitos maternos. Além do que, pesquisa realizada por Corrêa et al (2013) em Cuiabá-MT, que analisou a assistência pré-natal segundo dados do SISPRENATAL, no ano de 2010, demonstrou que a assistência desenvolvida nas unidades de saúde tem pontos fortes, assim como apresenta fragilidades que precisam ser revistas. As autoras apontaram para a necessidade de realização de outros estudos que analisem o processo assistencial por meio de outras fontes de dados.



Considerou-se necessário, então, realizar avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Para isto, segundo Avedis Donabedian, as informações, a partir das quais é possível tirar conclusões sobre a qualidade do cuidado, devem ser baseadas em três componentes do cuidar em saúde, ou seja, para avaliação da qualidade dos serviços, recomenda-se a análise da estrutura, do processo e do resultado. Neste manuscrito elegeu-se o componente processo, por ser esta a dimensão que abrange as atividades relacionadas à assistência (DONABEDIAN, 1991).

A literatura científica tem descrito as variáveis importantes na avaliação do processo da assistência pré-natal (COSTA et al., 2013; GOMES; CÉSAR, 2013; ANVERSA et al., 2012; MIRANDA; FERNANDES, 2010; PEIXOTO et al., 2011) e associação de variáveis socioeconômicas com a adequação da atenção pré-natal (BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009; RIBEIRO et al., 2009; SILVA; MONTEIRO, 2010). No entanto, poucos são os estudos que verificam esta associação com variáveis referente ao processo assistencial.

Avaliações permanentes nos serviços de saúde são de suma importância e devem se tornar uma prática rotineira, pois permitem identificar os nós críticos e propor ações que intervenham de forma a garantir a realização dos critérios mínimos de assistência e que contemplem as características sociais e demográficas da população atendida (POLGLIANE et al., 2013).

Para Tanaka (2011), a avaliação da atenção básica envolve os seguintes componentes: medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão, sendo esta avaliação um processo técnico e administrativo destinado ao último componente citado. Sendo assim, segundo o autor, o juízo de valor emitido em um processo de avaliação da atenção pré-natal possibilitará a tomada de decisão quanto ao processo assistencial desenvolvido em nível local, nacional e internacional.

Diante do exposto, o objetivo da pesquisa foi avaliar o processo assistencial da atenção pré-natal prestado às usuárias atendidas pela ESF no município de Cuiabá-MT.

## **MÉTODO**

Estudo epidemiológico, de abordagem quantitativa, inserido no campo da pesquisa de avaliação de qualidade em saúde (avaliação normativa), com enfoque no processo assistencial da atenção pré-natal.

A população foi composta por puérperas nas primeiras 48 horas pós-parto que foram internadas em um dos dois hospitais de referência para este tipo de atendimento. Optou-se por esta população por acreditar-se ser o puerpério o momento oportuno para realizar as

indagações sobre o processo assistencial recebido durante a atenção pré-natal e também pela facilidade de captar estas puérperas em um mesmo recinto.

Para o cálculo amostral, considerou-se o número de mulheres que aderiram à assistência pré-natal na rede pública de serviços de saúde, segundo dados do DATASUS para o ano de 2011. Desta forma, considerando a população de 3.887 mulheres e uma confiança de 95% ( $z=1,96$ ) com um erro máximo de 5%, uma proporção de 50%, uma vez que a prevalência da população era desconhecida, o tamanho da amostra foi constituído por 350 puérperas. Não foi utilizado percentual de perda, considerando que as entrevistas seriam realizadas até totalizar o tamanho da amostra.

Como critérios de inclusão, foram definidos: puérperas que realizaram as consultas do pré-natal em unidades da ESF do município de Cuiabá-MT e que tivessem em mãos o cartão da gestante; como critérios de exclusão da amostra, foram definidos: puérperas que foram referenciadas para serviços de maior complexidade e que não foram contrarreferenciadas para a unidade de origem; puérperas que não foram atendidas no hospital local do estudo; puérperas que não apresentavam condições cognitivas para compreensão dos questionamentos, puérperas que tiveram consultas de pré-natal em Cuiabá-MT, mas não as concluíram no município.

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras e uma aluna de iniciação científica, previamente treinadas, em dois hospitais conveniados ao SUS, referências para atenção ao parto, no período de março a maio de 2013, de segunda-feira a domingo, em períodos do dia diferenciados em decorrência da alta rotatividade das pacientes nas unidades, visando abranger todas as puérperas ali atendidas. Os dados foram coletados por meio de um inquérito por questionário e transcrição de informações contidas nos cartões de gestantes. O questionário foi construído com a utilização das normatizações ministeriais acerca da temática (BRASIL, 2000, 2005, 2006, 2012) e estudos realizados recentemente. O questionário foi discutido por especialistas da área técnica da Enfermagem em Saúde da Mulher da Universidade Federal de Mato Grosso e previamente testado com 7 (sete) puérperas.

Os dados selecionados para este estudo foram: **1- variáveis relacionadas às puérperas:** idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, tipo de inserção no mercado de trabalho, renda familiar, local que realizou o pré-natal e regional da unidade. **2 - variáveis relacionadas aos dados obstétricos:** número de gestações, início do pré-natal, captação precoce, acesso à 1ª consulta de pré-natal, intercorrências durante a gestação. **3 - Variáveis relacionadas aos procedimentos:** profissional de acompanhamento do pré-natal, número de

consultas realizadas, visita domiciliar, consulta com dentista, exame das mamas, exame preventivo e atividades educativas.

Para o controle da qualidade, após a coleta de dados, os questionários foram revisados antes de iniciar a digitação. Além disso, realizou-se dupla digitação dos dados e posteriormente compararam-se os erros de digitação por meio do recurso *date compare* do *software* Epi-Info versão 3.5.2, para correção dos possíveis erros.

Para avaliar o processo da assistência pré-natal, foi utilizado o enfoque na utilização do cuidado pré-natal, que se refere à avaliação do acesso precoce, a adequação do número de consultas e também a associação da adequação do pré-natal referente a estes dois indicadores com variáveis intervenientes neste processo.

Apesar de estarem em vigor as proposições da Rede Cegonha (BRASIL, 2012) que preconizam a captação precoce de 12 semanas, foram utilizadas as indicações do PHPN (BRASIL, 2000), pois tal proposição não está ainda implementada na maioria dos municípios brasileiros. Sendo assim, a qualidade do pré-natal foi classificada em: **adequada** (realização de seis ou mais consultas e o início do pré-natal até dezessete semanas); **inadequada** (nas demais situações).

Foram realizadas análises descritiva, bivariada e múltipla por meio dos programas Epi-Info versão 7.0 e Stata versão 11.0. Na análise bivariada, foram identificadas as associações brutas entre a variável dependente (adequação da assistência pré-natal) e as demais variáveis independentes. Nesta etapa, utilizaram-se as categorias de adequação da assistência pré-natal categorizada em “adequada” e inadequada”. Para o cálculo da significância estatística da associação, utilizou-se o teste de Qui-quadrado com intervalo de 95% de confiança pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%), ou teste exato de Fisher quando indicado.

Em seguida, foi realizada a análise múltipla por meio da Regressão de Poisson, sendo incluídas todas as variáveis que apresentaram associações com p-valor <0,20 a partir da análise bruta, utilizando-se o método de retirada progressiva das variáveis (*stepwisebackward*). No modelo final, foram mantidas as variáveis com nível de significância menor ou igual a 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller sob o número 206.839 CEP-HUJM02013, e todas as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Em relação à distribuição das puérperas segundo as características socioeconômicas, 74,9% tiveram atendimento em unidades da ESF das regionais norte ou sul, 65,4% tinham escolaridade menor que 2º grau completo, 79,1% casada e 90,9% não branca. Ainda em relação às características socioeconômicas, 76,9% tinham inserção informal no mercado de trabalho ou estavam fora deste universo, 93,1% possuíam renda familiar de até três salários mínimos. Em relação à história reprodutiva e adequação da assistência pré-natal, 62,2 % eram multigesta e 60,3% tiveram a assistência categorizada como adequada (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição das puérperas segundo as características socioeconômicas, história reprodutiva e adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá-MT, 2013.

Variáveis	n=350	%
(continua)		
<b>Dados socioeconômicos e história reprodutiva</b>		
<b>Regional da unidade</b>		
Leste/Oeste	88	25,1
Norte/Sul	262	74,9
<b>Faixa etária</b>		
20 ou mais	249	71,4
13-19	101	28,9
<b>Escolaridade</b>		
≥ 2º grau completo	121	34,5
< 2º grau completo	229	65,4
<b>Estado Civil</b>		
Casada	277	79,1
Não casada	73	20,9
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	32	9,1
Não branca	318	90,9
<b>Inserção mercado de trabalho</b>		
Formal	81	23,1
Informal/ fora do mercado de trabalho	269	76,9
<b>Renda familiar*</b>		
>3 SM	24	6,9
≤3 SM	326	93,1

**Tabela 1** – Distribuição das puérperas segundo as características socioeconômicas, história reprodutiva e adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá-MT, 2013.

Variáveis	(continuação)	
	n=350	%
<b>Nº de gestações</b>		
Primigesta	131	37,4
Multigesta	219	62,6
<b>Adequação da assistência pré-natal</b>		
Adequado	211	60,3
Inadequado	139	39,7

\* Salário mínimo vigente = R\$ 678,00

SM- Salário mínimo

A Tabela 2 contempla os dados socioeconômicos e história reprodutiva das puérperas participantes do estudo segundo a adequação da assistência pré-natal. Observa-se que, em relação às regionais de localização das unidades, os setores leste/oeste foram associados estatisticamente à adequação da assistência pré-natal às puérperas ( $p=0,001$ ). Em relação à faixa etária, as puérperas com 20 anos ou mais tiveram melhor adequação da assistência quanto às de menor idade, com associação estatística significativa ( $p= 0,001$ ). Quanto à escolaridade, a adequação da assistência foi mais frequente para as puérperas com 2º grau completo ou maior, tendo sido esta associação estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ). Em relação à inserção no mercado de trabalho, as puérperas com inserção formal tiveram maior adequação da assistência do que às de inserção informal ou fora do mercado de trabalho, com associação estatística significativa ( $p=0,001$ ). Em relação à renda familiar, observou-se que as puérperas com renda maior que três salários mínimos tiveram maior proporção de adequação da assistência do que aquelas de menor renda, com associação estatisticamente significativa ( $p=0,017$ ). As variáveis, estado civil, raça/cor e número de gestações não apresentaram diferenças estatísticas significantes.

**Tabela 2**– Distribuição das variáveis socioeconômicas e história reprodutiva segundo adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá-MT, 2013.

Variáveis	Assistência Pré-natal				p-valor
	Adequada		Inadequada		
	n	%	n	%	
<b>Dados socioeconômicos e história reprodutiva</b>					
<b>Regional da unidade</b>					
Leste/Oeste	66	75,0	22	25,0	<b>0,001</b>
Norte/Sul	145	55,3	117	44,7	
<b>Faixa etária</b>					
20 ou mais	163	65,4	86	34,6	<b>0,001</b>
13-19	48	47,6	53	52,4	
<b>Escolaridade</b>					
≥2º grau completo	92	76,0	29	24,0	<b>&lt;0,001</b>
<2º grau completo	119	52,0	110	48,0	
<b>Estado Civil</b>					
Casada	171	61,8	106	38,2	0,281
Não casada	40	54,8	33	45,2	
<b>Raça/Cor</b>					
Branca	19	59,3	13	40,7	0,912
Não branca	192	60,3	126	39,7	
<b>Inserção mercado de trabalho</b>					
Formal	61	75,3	20	24,7	<b>0,001</b>
Informal/ fora do mercado de trabalho	150	55,8	119	44,2	
<b>Renda familiar*</b>					
>3 SM	20	83,3	4	16,7	<b>0,017**</b>
≤3 SM	191	58,6	135	41,4	
<b>Nº de gestações</b>					
Primigesta	82	62,6	49	37,4	0,495
Multigesta	129	58,9	90	41,1	

\* Salário mínimo vigente = R\$ 678,00

\*\*Teste exato de Fisher

SM- Salário mínimo

A análise dos dados do processo assistencial segundo adequação da assistência pré-natal encontra-se na Tabela 3. Em relação ao acesso à primeira consulta de pré-natal, o percentual

de adequação das puérperas que buscaram atendimento espontaneamente foi maior do que o das que foram encaminhadas pelo ACS ou outros profissionais, com diferença estatística significativa ( $p=0,001$ ). Em relação aos profissionais que realizaram as consultas de pré-natal, gestantes que foram atendidas por enfermeiros e médicos tiveram maior proporção de adequação da assistência pré-natal do que as demais, apresentando associação estatisticamente significativa ( $p=0,016$ ). Em relação à realização do exame das mamas durante a consulta, as puérperas que tiveram tal procedimento tiveram melhor adequação da assistência quanto as que não tiveram, também com associação estatística significativa ( $p=0,016$ ). Finalmente, em relação ao exame preventivo de câncer de colo uterino (CCO), as mulheres que realizaram este procedimento antes ou durante a gestação tiveram maior proporção de adequação da assistência em relação às que nunca realizaram este exame, com associação estatisticamente significativa ( $p=0,004$ ). Nesta análise, não foram observadas diferenças estatísticas significantes nas comparações com as variáveis intercorrências durante a gravidez, visita domiciliar, encaminhamento para consulta com dentista e participação em ações educativas/grupo de gestantes.

**Tabela 3** – Distribuição das variáveis do processo assistencial segundo adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá-MT, 2013.

(continua)

Variáveis	Assistência Pré-natal				p-valor
	Adequada		Inadequada		
	n	%	N	%	
<b>Dados processo assistencial</b>					
<b>Acesso a 1ª consulta</b>					
Buscou atendimento espontaneamente	192	63,6	110	36,4	<b>0,001</b>
Encaminhada <sup>#</sup>	19	39,6	29	60,4	
<b>Intercorrências (durante a gravidez)</b>					
Sim	75	59,0	52	41,0	0,722
Não	136	61,0	87	39,0	

**Tabela 3** – Distribuição das variáveis do processo assistencial segundo adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá-MT, 2013.

Variáveis	Assistência Pré-natal				p-valor
	Adequada		Inadequada		
	n	%	N	%	
(continuação)					
<b>Profissional que realizou as consultas</b>					
Enfermeiro e médico	197	62,3	119	37,7	<b>0,016</b>
Somente enfermeiro ou médico	14	41,1	20	58,9	
<b>Visita domiciliar</b>					
Sim	87	64,4	48	35,6	0,208
Não	124	57,7	91	42,3	
<b>Encaminhada para consulta com dentista</b>					
Sim	48	57,1	36	42,9	0,500
Não	163	61,2	103	38,8	
<b>Realização do exame das mamas</b>					
Sim	74	69,9	32	30,1	<b>0,016</b>
Não	137	56,1	107	43,9	
<b>Exame preventivo (CCO)</b>					
Antes ou durante a gestação	171	64,6	94	35,4	<b>0,004</b>
Nunca realizou	40	47,0	45	53,0	
<b>Ações educativas/grupo de gestantes</b>					
Sim	48	66,7	24	33,3	0,215
Não	163	58,7	115	41,3	

\*Teste exato de Fisher

# por ACS ou outros profissionais

A tabela 4 demonstra a análise de regressão múltipla de Poisson, na qual as variáveis, regional da unidade ( $p=0,015$ ), escolaridade ( $p<0,001$ ), renda familiar ( $p=0,006$ ), acesso à primeira consulta ( $p=0,025$ ), profissional que realizou as consultas ( $p=0,036$ ) e realização do exame das mamas ( $p=0,031$ ) mantiveram associação estatisticamente significativa com a adequação da assistência pré-natal.



**Tabela 4** – Modelo de Regressão Múltipla de Poisson: variáveis associadas à adequação da assistência pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família. Cuiabá - MT, 2013.

Variáveis	p-valor	
	Bruto	Ajustado
<b>Regional da unidade</b>		
Leste/Oeste	<b>0,001</b>	<b>0,015</b>
Norte/Sul		
<b>Escolaridade</b>		
≥2º grau completo	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<2º grau completo		
<b>Renda familiar*</b>		
>3 SM	<b>0,017**</b>	<b>0,006</b>
≤3 SM		
<b>Acesso à 1ª consulta</b>		
Buscou atendimento espontaneamente	<b>0,001</b>	<b>0,025</b>
Encaminhada <sup>#</sup>		
<b>Profissional que realizou as consultas</b>		
Enfermeiro e médico	<b>0,016</b>	<b>0,036</b>
Somente enfermeiro ou médico		
<b>Realização do exame das mamas</b>		
Sim	<b>0,016</b>	<b>0,031</b>
Não		

\* Salário mínimo vigente = R\$ 678,00

\*\*Teste exato de Fisher

# por ACS ou outros profissionais

SM – Salário Mínimo

## DISCUSSÃO

A qualidade da assistência pré-natal avaliada por meio dos indicadores relativos à captação precoce e número mínimo de consultas, conforme preconizado pelo PHPN (BRASIL, 2000), demonstrou a adequação para a maioria das puérperas estudadas (60,3%). Porém, considerando que estes indicadores são critérios mínimos na assistência, os dados estão aquém do desejado, pois cerca de 40% das mulheres tiveram uma assistência inadequada, sendo captadas após 17 semanas e não atingindo o mínimo de seis consultas durante o atendimento.

A proporção de adequação do pré-natal deste estudo foi semelhante ao encontrado no município de Porto Alegre-RS (60,8%) (BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009). Outros

estudos realizados na região Sul e Centro-Oeste encontraram proporções superiores de adequação, Rio Grande-RS (64,8%) (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009); Santa Maria-RS (65%) (ANVERSA et al., 2012); Santa Helena-GO (70,6%) (MORAIS, 2013), Porto Alegre-RS (80,1%) (GOMES, CESAR, 2013). No entanto, pesquisas realizadas em Juiz de Fora-MG (COUTINHO et al., 2010) e Goiânia-GO (COSTA et al., 2013) encontraram proporção de adequação bastante inferior, 44,8 e 35%, respectivamente, tal fato ocorreu devido aos baixos índices de captação precoce e continuidade das consultas.

Apesar de os estudos acima não terem utilizado o parâmetro de captação precoce preconizado pelo MS, que é de 120 dias (17 semanas) (BRASIL, 2000), utilizado neste estudo, tais dados levam ao questionamento sobre o cumprimento dos dois indicadores analisados. Resultados encontrados em pesquisa realizada em Cuiabá-MT em 2010, a respeito da assistência pré-natal (CORRÊA et al., 2013), evidenciaram que a captação precoce e a realização do mínimo de consulta ainda são considerados como indicadores a serem discutidos no âmbito do SUS.

Diante do evidenciado, ressalta-se que a idade gestacional em que a mulher inicia o pré-natal é fator condicionante para o desfecho favorável do processo gestacional (MIRANDA; FERNANDES, 2010), pois a captação precoce permite acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversos agravos (DOMINGUES et al., 2012). O início precoce do pré-natal é considerado um indicador sensível da adequação e do impacto dos programas de intervenção nesta área, em vista de sua relação estreita com a assistência prestada à gestante. (MIRANDA; FERNANDES, 2010). Em relação às consultas, a frequência adequada ao pré-natal possibilita a prevenção da ocorrência de complicações na gravidez (VILARINHO; NOGUEIRA ;NAGAHAMA, 2012).

Neste estudo, visando a avaliação do processo assistencial, a escolaridade, a renda familiar, a regional da unidade, o acesso a primeira consulta, o profissional que realizou as consultas e a realização do exame das mamas foram variáveis intervenientes na adequação da assistência pré-natal.

Em relação à escolaridade materna, diversos estudos demonstraram que puérperas com maior escolaridade tiveram maior proporção de adequação da assistência, semelhante ao encontrado no presente estudo (COIMBRA et al., 2007; BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009; RIBEIRO et al., 2009; SILVA; MONTEIRO., 2010).

Este resultado demonstra que mulheres com melhor instrução/escolaridade buscam precocemente os serviços para iniciar o atendimento (PEREIRA et al., 2006) e dão

continuidade nas consultas de pré-natal, atingindo assim o mínimo ou até mais que o preconizado pelo MS (FONSECA et al., 2013). Desta forma, corrobora-se a ideia de que a escolaridade desempenha papel central na maneira como as pessoas conduzem sua vida e a de seus filhos (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

Em relação à renda familiar, outros estudos corroboram com os achados deste estudo, no qual a disponibilidade de maior renda está fortemente associada com o pré-natal adequado (COIMBRA et al., 2007; BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009; RIBEIRO et al., 2009; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009). Estudo realizado na cidade do Rio Grande-RS demonstrou que a qualidade da atenção pré-natal foi influenciada pelo quartil de renda das gestantes, evidenciando que aquelas com menor renda tiveram atendimento de menor qualidade (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009).

Quanto à regionalização de serviços e a adequação da assistência pré-natal, não foram encontrados estudos que tenham trabalhado a associação destas variáveis, todavia a associação encontrada entre as regionais leste/oeste e a adequação da assistência pré-natal pode ser atribuída ao fato dessas duas regionais se localizarem em regiões centrais que concentram populações de maior renda e escolaridade (CUIABÁ, 2010).

A associação da adequação com a maior escolaridade, renda familiar e regionais com melhor acesso à assistência sugere que as mulheres menos vulneráveis são passíveis de receberem assistência adequada (COIMBRA et al., 2003). Tal evidência confirma a importância de concentrar esforços na ampliação do acesso e garantia da continuidade do pré-natal, principalmente para as mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade (FONSECA et al., 2013).

Quanto à variável faixa etária, alguns estudos investigaram a associação desta com a adequação do pré-natal (COIMBRA et al., 2009; BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009, RIBEIRO et al., 2009). Porém, diferentemente do presente estudo, esta se manteve associada à adequação na análise ajustada.

Apesar de a faixa etária ter sido associada apenas à análise bruta, tal achado deve ser ressaltado, pois quase 30% da amostra eram adolescentes e a adequação da assistência foi evidenciada entre as mulheres de maior idade. Sendo assim, tal dado demonstra problemas quanto à captação precoce e a continuidade nas consultas desta parcela da população. Estudo de base populacional nos Estados Unidos demonstrou que adolescentes podem ter dificuldade em aceitar ou confirmar a gravidez devido ao medo da rejeição de seus parceiros, ou a crítica de sua família, conseqüentemente este grupo tende a iniciar o pré-natal tardiamente

(AYOOLA et al., 2010 ). Deste modo, a assistência se inicia de forma inadequada, determinando a redução do número de consultas em decorrência do curto tempo até o parto.

Com vistas a alcançar a melhor adequação da atenção pré-natal, é fundamental que os serviços de saúde ofereçam informações adequadas ao perfil sociodemográfico de sua clientela, proporcionando atenção integralizada e eficiente com respeito às individualidades de cada gestante, objetivando uma assistência qualificada para cada realidade (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010). Ou seja, os profissionais devem “buscar alternativas para promover, junto às gestantes, a continuidade do pré-natal” (ANVERSA et al., 2012, p.798).

A associação da adequação da assistência pré-natal com as desigualdades socioeconômicas e fatores demográficos são atualmente investigadas por outros autores (RIBEIRO et al., 2009; AYOOLA et al., 2010; BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009). No entanto, a adequação associada às variáveis do processo assistencial não são comumente apontadas, e estas se constituem em atributos importantes em estudos de avaliação.

Desta forma, chama a atenção a associação da adequação da assistência pré-natal com as variáveis acesso à primeira consulta, a realização do exame das mamas e o profissional que realizou as consultas, que tiveram associação na análise ajustada e a associação com a realização do exame preventivo apenas na análise bruta.

Com relação ao acesso à primeira consulta, outros estudos não investigaram tal associação, porém pesquisa descritiva e exploratória que avaliou a assistência pré-natal nos serviços de saúde pública em Araguari-MG, ao analisar o encaminhamento para a primeira consulta em gestantes atendidas na ESF, obteve que 47,9% buscaram espontaneamente os serviços e 52,1% foram direcionadas para o pré-natal pelos ACS ou outros tipos de encaminhamento (MIRANDA; FERNANDES, 2010). No presente estudo, foram obtidos percentuais inferiores quanto ao acesso à primeira consulta, com apenas 13,7% de encaminhamento realizado por ACS ou outros profissionais. Na associação desta variável, encontrou-se que buscar atendimento espontaneamente está associado à adequação do pré-natal.

Diante dos achados, a atuação do ACS não está de acordo com as atribuições proposta pelo MS no que se refere à realização de visitas domiciliares para a identificação das gestantes, encaminhamento delas ao serviço de saúde, captação precoce para a primeira consulta e monitoramento das consultas subsequentes (BRASIL, 2012).

Além disso, os resultados evidenciados quanto ao acesso à primeira consulta reforçam a importância do desenvolvimento de ações que promovam o reconhecimento precoce, por meio de educação em saúde, sobre a gestação e formas de reconhecer a existência da mesma, pois mulheres que identificam a gravidez nas primeiras semanas têm maior possibilidade de iniciar o pré-natal precocemente e conseguem um maior número de consultas pré-natais totais do que as mulheres com gravidez tardiamente reconhecida (AYOOLA et al., 2010).

A realização do exame das mamas associada à adequação do pré-natal foi encontrada apenas em estudo realizado em Aracajú-SE, em que mulheres com pré-natal adequado tinham mais probabilidade de ter tido suas mamas examinadas durante a assistência (63,2% vs 49,6%) (RIBEIRO et al. 2009). Dados encontrados em Cuiabá/MT são discretamente superiores aos daquele município (69,9% vs 30,1%).

Quanto à descrição ou associação desta variável com tipos de serviços, diversos estudos verificaram tais dados (OLIVEIRA et al., 2013; ANVERSA et al., 2012; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012; MENDOZA-SASSI e tal., 2011). Os resultados encontrados nestes municípios chamam a atenção, pois em Cuiabá-MT apenas 30,3% das gestantes tiveram as mamas examinadas durante a assistência pré-natal, enquanto que em Teresina-PI obtiveram-se 75% (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012), provavelmente tal resultado se diferenciou devido ao fato de o estudo ter sido realizado em gestantes adolescentes. Já, em Santa Maria-RS, 64% (ANVERSA et al., 2012); Botucatu-SP, 46,9% (OLIVEIRA et al., 2013) e, em Rio Grande/RS, 45,7% (MENDOZA-SASSI e tal., 2011), onde a população estudada equivale a do presente estudo.

Diante dos resultados encontrados em Cuiabá-MT, bem como em outros estados, observa-se que a variável realização do exame clínico das mamas apresentou desempenho negativo (OLIVEIRA et al., 2013), o que diminui a qualidade da assistência pré-natal, pois a realização deste procedimento associa-se à adequação do pré-natal. A não realização do exame clínico prejudica as finalidades do procedimento, tanto em relação às ações que não estão diretamente relacionadas à gestação quanto à identificação de anormalidades com o intuito de detectar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução (BRASIL, 2012), bem como as ações propriamente ditas relacionada à gestação como a avaliação das características mamilares, orientação quanto aos cuidados com as mamas durante o período gravídico-puerperal e a importância do aleitamento materno para a criança, gestante, família e sociedade (OLIVEIRA et al., 2013; BRASIL, 20012).

A associação encontrada quanto ao profissional que realizou as consultas também não é discutida na literatura nacional e internacional por outros estudos. A adequação da assistência pré-natal está associada com a realização das consultas realizadas por médicos e enfermeiros e pode ser explicada pela completude que a intercalação de consultas proposta pelo MS propicia para o bom acompanhamento da gestante (BRASIL, 2012). A consulta de enfermagem não substitui a consulta médica e vice-versa, visto que cada profissional citado tem características específicas em suas consultas (PEIXOTO et al., 2011), destaca-se então a importância do atendimento em equipe. Desta forma, o acompanhamento pelos dois profissionais é de suma importância para assegurar a qualidade da atenção pré-natal.

Quanto aos dados descritivos, os resultados encontrados são melhores que os achados no Ceará e em Goiás, pois naquelas localidades apenas 54,8% e 45,4%, respectivamente, da amostra realizaram consulta com enfermeiro e médico. Tal diferença deve-se ao fato dos estudos não terem realizado a pesquisa apenas com mulheres que tiveram atendimento na ESF (PEIXOTO et al., 2011; COSTA et al., 2013). Neste sentido, o presente trabalho não responde se o acompanhamento pré-natal foi implementado pelo mesmo profissional durante todo o processo, o que se configura como um fator importante para propiciar a formação de vínculo entre profissional-usuária e qualificar a assistência (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Ao interpretar e discutir os resultados, faz-se necessário apontar algumas limitações, como o número reduzido de estudos na área da avaliação de serviços que associam variáveis com adequação da assistência pré-natal e, dentre os existentes, grande parte associa a avaliação da assistência com diferentes tipos de serviços, e as diferentes formas encontradas quanto à definição da captação precoce como um indicador de avaliação, dificultando a comparação dos achados. Desta forma, buscaram-se outros estudos com diferentes abordagens, a fim de obter um parâmetro para análise dos dados.

A identificação de fatores (socioeconômicos e de processo assistencial) relacionados com a adequação da assistência pré-natal tem importantes implicações para o desenvolvimento futuro de ações relacionadas à qualidade da assistência pré-natal, refletindo assim nos altos índices de mortalidade.

## CONCLUSÃO

Considerando as associações entre adequação e dados socioeconômicos encontrados neste estudo, ressalta-se a importância de que a gestão de serviços de saúde proporcione maior visibilidade às desigualdades sociais, visando criar condições organizacionais para oferecer assistência equânime à população, de forma a atender às necessidades em saúde emergentes em conformidade com o perfil epidemiológico da localidade, qualificando assim a atenção pré-natal prestada às mulheres.

No que diz respeito aos achados quanto às associações encontradas entre a adequação da assistência e o processo assistencial, impera a necessidade de realização de certos procedimentos já especificados nas propostas ministeriais, reforçando a importância da realização do exame clínico das mamas e a realização das consultas intercaladas por enfermeiros e médicos, avançando na discussão sobre a necessidade de reconhecimento precoce da gestação *versus* as atribuições dos ACS na captação precoce.

Frente ao processo avaliativo realizado neste estudo, considera-se que, com os resultados alcançados, será possível ofertar à gestão municipal dos serviços de saúde elementos que, potencialmente, podem favorecer o processo de planejamento da assistência pré-natal em Cuiabá, com vistas a contribuir para a redução da mortalidade materna que ainda figura entre os graves problemas de saúde pública no município.

## 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 **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p. 789-800, abr. 2012.

AYOOLA, A. B. et al. Time of pregnancy recognition and prenatal care use: a population-based study in the United States. **Birth: issues perinatal care**, v.37, n.1, p. 37-43, mar. 2010

BASSANI, D. B.; SURKAN, P. J.; OLINTO, M. T. A. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v.35, n. 1, p. 15-20, mar. 2009.

BRASIL. Ministério da saúde . Portaria 569, de 1º de junho de 2000, instituiu o **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Gabinete do Ministro, Brasília, 2000.

Disponível

em: <[http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria\\_569\\_GM.PDF](http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF)> Acesso em: 14 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, institui a **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>> Acesso em: 20 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

COIMBRA, L.C. et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** [on line], v. 40, n.9, p. 1195-1202, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjmr/v40n9/6617.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

CORREA, A. C. P et al. Analysis of the prenatal care in Cuiabá-MatoGrosso according to Sisprenatal data. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 5, n. 2, p. 3740-3748, abr./jun. 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1993/pdf\\_803](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1993/pdf_803)>. Acesso em: 10 maio 2013.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516-522, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

CUIABÁ. Prefeitura. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano – IPDU. Diretoria de Pesquisa e Informação – DPI. **Perfil socioeconômico de Cuiabá**, volume IV. Cuiabá-MT: Central de texto, 2010. 530 p.

DONABEDIAN, A. **La Calidad de la Atención Médica: Definición y métodos de evaluación**. 1ª reimpressão. México City: La Prensa Médica Mexicana, March. 1991. 194 p.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 425-437, mar. 2012.

FERRAZ, L; BORDIGNON, M; Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.527-538, abr./jun. 2012.

FONSECA, S.C. et al. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, 2013. (No prelo). Disponível



em<[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=13581](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13581). Acesso em: 21 nov. 2013.

GOMES, R. M. T.; CÉSAR, J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n.27, p. 80-9, Abr./Jun. 2013.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2507-2516, nov. 2009.

MATO GROSSO. Secretária de Estado da Saúde. Portal de Serviços e Informações do Estado de Mato Grosso. **Indicadores de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/aplicativo/indicadores/>> Acesso em: 9 mar. 2013.

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

MORAIS, M. M. **Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no Município de Santa Helena de Goiás**. 2013. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

OLIVEIRA, R. L. A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, 08 telas, mar./abr. 2013.

PEIXOTO, C. R. et al. O pré - natal na atenção primária : o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 2, p.286-291, abr./jun. 2011.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, 2013. (No prelo ). Disponível em<[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=13926](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13926). Acesso em: 21 nov. 2013.

PEREIRA, P. H. G. et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. **Comunicação em ciências da saúde**, v.17, n.2, p 101-110, 2006.

REIS, L. G. da C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis [online]**, v.21, n.3, p. 1139-1160, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/20.pdf>> Acesso em: 26 mar. 2012

RIBEIRO, E. R. O et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BioMed Central Pregnancy and Childbirth**, v. 9, n. 31, p. 1-8, 2009. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/31>. Acesso em: 21 nov. 2013.

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**, v.25, n.3, p. 344-355, jul./set. 2012.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência Pré-Natal: Satisfação e Expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 61-71, 2010. Número especial.

SILVA, M. B.;MONTEIRO, P. S. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. **Comunicação em ciências da saúde**, v.21, n.1, p.21-30, 2010.

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

VILARINHO, E. S. **Mortalidade materna no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2009.

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

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou a qualidade da assistência pré-natal prestada na ESF, no município de Cuiabá-MT, com o enfoque nos componentes estrutura e processo da tríade apresentada pelo teórico Avedis Donabedian e constatou que a estrutura e o processo assistencial não estão em sua completude de acordo com as proposições ministeriais.

Com relação à avaliação da estrutura disponível nas unidades da ESF para prestação da assistência pré-natal em Cuiabá, apesar da escolha de inúmeros indicadores, conclui-se que, em um panorama geral, a estrutura das unidades está parcialmente adequada, porém diversos aspectos apresentam-se inadequados para uma qualificada assistência pré-natal. Ressalta-se a não disponibilidade de área para realização de grupos socioeducativos, a indisponibilidade do ACS e a não permanência do profissional médico nas unidades, a falta de realização de capacitação técnica na área de saúde reprodutiva pelos técnicos de enfermagem e médicos.

Além desses, quanto à avaliação dos aspectos administrativos, os dados demonstraram a inexistência de facilidade para referenciar as gestantes para serviços de maior complexidade, em contraponto os dados evidenciaram a adequação da contrarreferência.

A escolha dos indicadores - captação precoce e número de consultas- para avaliação do processo, foi importante para a discussão a respeito da adequação da assistência no município, demonstrando que a adequação da assistência apresenta-se aquém do desejado, pois os indicadores escolhidos são considerados mínimos para uma assistência de qualidade.

A associação de variáveis socioeconômicas e do processo assistencial com a adequação da assistência revelou variáveis intervenientes para a adequação da assistência, além de se apresentar como um avanço para a comunidade científica. Pois, para além da discussão com dados descritivos, fez-se possível, por meio de uma análise estatística inferencial, identificar que a escolaridade, renda familiar, regional de atendimento, acesso à primeira consulta, profissional que realizou as consultas e realização do exame das mamas são variáveis associadas à adequação da assistência pré-natal.

Sendo assim, a discussão realizada neste estudo reforça a necessidade de que a assistência pré-natal não se conforme como mero cumprimento de tarefas e critérios mínimos propostos pelo MS, mas sim como uma estratégia que visa o envolvimento dos profissionais de saúde na ação, uma vez que precisam estar preparados para reconhecer as reais necessidades de saúde das mulheres que vivenciam o período gravídico-puerperal.

Considerando que os enfermeiros fazem parte do processo de trabalho relacionado à assistência pré-natal na ESF, este trabalho tem muito a contribuir com a prática da enfermagem, visto que os resultados apontaram aspectos importantes em relação à estrutura e processo assistencial.

Apesar de este estudo não objetivar a aplicação de medidas corretivas das deficiências, para efeito de contribuir com a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá(SMS-Cuiabá), será encaminhado o relatório final para a equipe de gestão; para além, serão socializados os resultados em congressos da área e em publicações em periódicos especializados. Tais medidas serão realizadas, pois para Tanaka e Melo (2004), o processo de avaliação realizado não terá efeito para subsidiar a tomada de decisões e intervenção concreta sobre o objeto da mesma, se os resultados encontrados não forem comunicados adequadamente. Para os autores, geralmente os resultados são apresentados por escrito, sob a forma de relatórios. Desta forma a presente dissertação será apresentada aos gestores municipais no formato de um relatório técnico/político.

Diante dos resultados encontrados, a problemática da mortalidade materna e as proposições da Rede Cegonha com ênfase no parto, considera-se importante a realização de novas pesquisas que avancem na avaliação da assistência pré-natal no sentido de avaliar também a assistência ao parto, pois a mortalidade materna também pode estar associada a esta assistência, visto que complicações no trabalho de parto é uma causa obstétrica direta para a morte materna.

## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A., CHERCHIGLIA, M. L., SANTOS, M. A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 50 – 53, 1991.
- ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 47-55, maio./dez. 1995.
- ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 1, p. 15-25, 2005.
- ALMEIDA, C. A. L. de.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104, fev. 2009.
- ALVES, C. K.A et al. Interpretação e análise das informações: O uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p.89-108.
- AMORIN, M. M. R.; MELO, A. S. de. O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte1). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 3, p. 148-155, 2009.
- ANDRADE, R. B de. **A implementação do Programa de Humanização do Pré-natal no município de Duque de Caxias – RJ, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde**. 2005. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.
- ANDREUCCI, C. B. et al. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista Saúde Pública** [online], v. 45, n. 5, p. 854-864, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000500006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000500006&script=sci_arttext)> Acesso em: 14 maio 2012.
- 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 **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p. 789-800, abr. 2012.
- AYOOLA, A. B. et al. Time of pregnancy recognition and prenatal care use: a population-based study in the United States. **Birth: issues perinatal care**, v.37, n.1, p. 37-43, mar. 2010
- BARBOSA, M. A.; FERNANDES, R. A.Q. Avaliação da Assistência Pré-Natal de Baixo Risco no Município de Francisco Morato-SP. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 17, n. 3, p. 1-9, 2008.

BASSANI, D. B.; SURKAN, P. J.; OLINTO, M. T. A. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v.35, n. 1, p. 15-20, mar. 2009.

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

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

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

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 11, p. 50-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da saúde . Portaria 569, de 1º de junho de 2000, instituiu o **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Gabinete do Ministro, Brasília, 2000. Disponível em: <[http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria\\_569\\_GM.PDF](http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF)> Acesso em: 14 maio 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, institui a **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>> Acesso em: 20 maio 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). PNASS – **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Anvisa; 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Informes Técnicos Institucionais. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 383-7, 2008a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde**. Brasília, 2008b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº1.459 de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha**. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a **Rede Cegonha**. Brasília, 2011c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. DATASUS. Informações de saúde. Indicadores de saúde. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2011, 2012a** Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/C03b.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CARVALHO, V. C. P. de; ARAUJO, T. V. B. de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 309-317, jul./set. 2007.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde sociedade [online]**, v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/11.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

CASTRO, M. E. de.; MOURA, M. A. V.; SILVA, L. M. S da. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 72-81, dez. 2010. Número especial

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

COIMBRA, L.C. et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research [on line]**, v. 40, n.9, p. 1195-1202, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjmbr/v40n9/6617.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. (Org). **Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à pratica na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORRÊA, A. C. P. et al. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. **Ciência, Cuidado e Saúde (Online)**, v. 9, n.4, p. 728-735, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13825/7191>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

CORRÊA, A. C. P. ; LIMA, A. P . A produção de dados e informações para o SISPRENATAL no nível central de gestão. **Ciência, Cuidado e Saúde (Online)**, v. 11, n. 2, p. 352-359, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16330/pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

CORREA, A. C. P. et al. Analysis of the prenatal care in Cuiabá-MatoGrosso according to Sisprenatal data. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 5, n. 2, p. 3740-3748, abr./jun. 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1993/pdf\\_803](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1993/pdf_803) >. Acesso em: 10 maio 2013.

COSTA, C. S. C. **Características do atendimento pré-natal na rede de atenção básica de saúde de Goiânia, Goiás**. 2011. 72 f. Dissertação (Mestrado) - – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516-522, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf> >. Acesso em: 20 abr. 2013.

COSTA, G. D. da et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva [online]**, v. 14, p. 1347-1357, 2009. Supplement1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a07v14s1.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

COSTA, M. C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 767-785, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036505962010000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962010000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jul. 2013.

COUTINHO, T. **Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG**. 2002. 249 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

CRUZ, M.G.B. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação da saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 39, n. 1, p. 28-35, 2005.



CUIABÁ. Prefeitura. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano – IPDU. Diretoria de Pesquisa e Informação – DPI. **Perfil socioeconômico de Cuiabá**, volume IV. Cuiabá-MT: Central de texto, 2010. 530 p.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão - período de janeiro a dezembro de 2011. SUS/CUIABÁ. Cuiabá, mai. 2012a.

\_\_\_\_\_. Prefeitura. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano – SMDU. Diretoria de Urbanismo e Pesquisa – DUO. **Perfil socioeconômico de Cuiabá**. v. V. Cuiabá-MT: Central de Texto, 2012b.

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

DIÓZ, M. Atenção à mulher grávida. In: MANDÚ, E. N. T. (Org.). **Proposições práticas para o Trabalho de Enfermeiros em Atenção Básica**. Cuiabá: EDUFMT, 2006, v. 2, p. 9 - 36.

DOI, H.Y. **Contrarreferência ao pré-natal na estratégia saúde da família: concepções de mulheres que vivenciam a gestação de risco**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 425-437, mar. 2012.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. **La Calidad de la Atención Médica: Definición y métodos de evaluación**. 1ª reimpressão. México City: La Prensa Médica Mexicana, March. 1991. 194 p.

DUARTE, S. J. H. **Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem no município de Cuiabá-MT**. 2010. 118 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2010.

ESCRIVÃO JUNIOR, Á. A Epidemiologia e o Processo de Assistência à Saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, AM. (Org.). **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, v. 1, p. 15-31.

FERRAZ, L; BORDIGNON, M; Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.527-538, abr./jun. 2012.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 1-13.

FONSÊCA, L. A. C.; PÁDUA, L. B.; NETO, J. D. V. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v. 4, n. 2, p. 40-45, Abr./Maio/Jun. 2011.

FONSECA, S. C. et al. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, 2013. (No prelo). Disponível em <[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=13581](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13581)>. Acesso em: 21 nov. 2013.

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

GARDIN, V. M. F. **Avaliação da atenção ao pré-natal às gestantes no PSF: o caso de Guairaçá – PR**. 2010. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

GOMES, R. M. T.; CÉSAR, J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n.27, p. 80-9, Abr./Jun. 2013.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Brasília, **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 349-53, 2008.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2507-2516, nov. 2009.

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

HANDELL, I. B. S. **Avaliação da implementação da Assistência Pré-Natal no município de Cuiabá: um estudo de caso**. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2010.

KESSNER, D. M. **Infantdeath: an analysis of maternal risk and health care**. Washington, D.C.:Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1993

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, p. S23-S32, dez. 2005. Supplement1.

KOTELCHUCK, M. Evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and proposed adequacy of prenatal care utilization index. **American Journal of Public Health**, v. 84, n. 9, p. 1411-1414, 1994.

LEAL et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, p. S63-S72, 2004. Supplement.]

LÍBERA, B. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4855-64. 2011.

LIMA, A. P. **A produção de dados e informações para o SISPRENATAL no município de Cuiabá–MT**. 2012. 104f. Dissertação(Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2012.

LIMA, A. P; CORRÊA, A. C. P. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP (online)**, v. 47, n.4, p. 876-883, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0876.pdf>>. Acesso em: 20 maio de 2013

MANDÚ, E. N. T. Proposições técnico-políticas em saúde e suas implicações para a atenção à saúde reprodutiva. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Saúde Reprodutiva: Abordagens para o Trabalho de Enfermeiros(as) em Atenção básica**. 1 ed. Cuiabá: EDUFMT, 2006, v. 1, p. 9-22.

MATO GROSSO. Secretária de Estado da Saúde. Portal de Serviços e Informações do Estado de Mato Grosso. **Indicadores de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/aplicativo/indicadores/>> Acesso em: 9 mar. 2013.

MENDOZA-SASSI, R.A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, abr. 2011.

MICHAELIS – UOL. Dicionário Online, 2009. Disponível em <http://michaelis.uol.com.br/>. Acesso em: 12 mar. 2013.

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

MOIMAZ, S. A. S. et al. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 63, n. 3, p. 385-390, 2010.

MORAIS, M. M. **Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no Município de Santa Helena de Goiás**. 2013. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

NASCIMENTO, E. R. do.; PAIVA, M. S; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no município de Salvador,

Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 2, p. 191-197, abr./jun. 2007.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

OLIVEIRA, D. C. O. et. al. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 446-454, jul./set. 2013.

OLIVEIRA, R. L. A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, 08 telas, mar./abr. 2013.

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

PARADA, C. M. G. de L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface (Botucatu)** [online], v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832008000100004&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832008000100004&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 20 mar. 2012

PEDROSA, I.C.F. **A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro**. 2011. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, 2011.

PEDROSA, I.C.F.; CORRÊA, A.C de P.; MANDÚ, E.N.T. Influência da infraestrutura de Centros de Saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 10, n. 1. Maringá, 2011.

PEGORARO, V.A.; FUZA, R. L.; FERREIRA, M. A. C. Avaliação do pré-natal das parturientes do hospital regional da cidade de Tefé-AM. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 438-454, 2011.

PEIXOTO, C. R. et al. O pré - natal na atenção primária : o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 2, p.286-291, abr./jun. 2011.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, 2013. (No prelo ). Disponível em<[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=13926](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13926)>. Acesso em: 21 nov. 2013.

PEREIRA, P. H. G. et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. **Comunicação em ciências da saúde**, v.17, n.2, p 101-110, 2006.

REIS, L. G. da C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis [online]**, v.21, n.3, p. 1139-1160, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/20.pdf>> Acesso em: 26 mar. 2012

RIBEIRO, E. R. O et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BioMed Central Pregnancy and Childbirth**, v. 9, n. 31, p. 1-8, 2009. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/31>. Acesso em: 21 nov. 2013.

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**, v.25, n.3, p. 344-355, jul./set. 2012.

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

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência Pré-Natal: Satisfação e Expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 61-71, 2010. Número especial.

SANTOS NETO, E. T. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. 2012. 155 f. Tese (Doutor em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2012.

SERRUYA, S. J. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPRÉ-NATAL) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 132 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SERRUYA, J. S.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

SIQUEIRA, D. A. **Assistência pré-natal em Sobral-Ceará: processo, resultado e impacto em 2005-09**. 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

SILVA, M. B.; MONTEIRO, P. S. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. **Comunicação em ciências da saúde**, v.21, n.1, p.21-30, 2010.

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

SOUZA, V. B; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on line], v. 13, n. 2, p. 199-210, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>> Acesso em: 16 nov. 2013.

SZNELWAR, L.I; ABRAHÃO, J.I. Introdução: abordagens e desafios no estudo do trabalho no PSF. In: **Inquéritos com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007, p. 107-128.

TAKEDA, S. M. P. **Avaliação de Unidade de Atenção Primária**: Modificação dos Indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção. 1993. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 1993.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação e Programas de Saúde do Adolescente**: Um modo de fazer. 1ª reimp. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

\_\_\_\_\_. Avaliação de Serviços e Programas de Saúde para a Tomada de Decisão. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p.119-131.

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

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

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. A Qualidade e a Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guabunara Koogan, 2011, v. 2, p. 71-83.

VALE, D. B. A. P. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 383-390, fev. 2010.

VILARINHO, E. S. **Mortalidade materna no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2009.

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

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001. 192 p.

VIEIRA, V. C. L. **Avaliação da Atenção Pré-Natal em Municípios da 15ª Regional de Saúde - PR**. 2011.90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.3, n. 17. P. 17-24, 1991.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal mortality. Report.Fact sheet , n. 348, 2012b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>> Acesso em: 18 jun. 2012b.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

XIMENES NETO, F. R. G.et al . Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília,v. 61, n. 5, p. 595 – 602, out. 2008 .Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000500011&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 15 jul. 2012

**APÊNDICES**



**APÊNDICE A** – Quadro da relação dos estudos que avaliaram a assistência pré-natal, 2013.

Referência	Local	Metodologia de análise
Almeida; Barros (2005)	Campinas – SP	Para adequação do pré-natal, foi utilizado índice de Kessner (1993), índice APNCU (KOTELCHUCK, 1994) e índice construído pelos autores deste estudo com base nas recomendações do MS para avaliação do PHPN. Sendo este: considera o início do pré-natal antes de 14 semanas, realização de seis ou mais visitas para uma gestação de 37 semanas ou mais, cinco visitas para a gestação com 32 a 36 semanas e quatro visitas para gestação com 22 a 32 semanas, realização de todos os exames de rotina propostos, realização de pelo menos cinco procedimentos clínico-obstétricos em todas as consultas de orientação sobre amamentação e realização de pelo menos uma ecografia. Para este último índice, a atenção pré-natal foi considerada como adequada superior quando todas as seis recomendações foram satisfeitas; adequada com o cumprimento de cinco recomendações; intermediária na presença de quatro; e inadequada quando três ou menos recomendações foram satisfeitas.
Carvalho; Araújo (2007)	Recife – PE	Para a categorização do pré-natal, foi considerado como adequado: quando realizadas seis ou mais consultas ou número de consultas compatível com a idade gestacional ao término de gestação; início antes da 20ª semana; com no mínimo um registro de: dosagem de hemoglobina (Hb), exame comum de urina (ECU), exame para sífilis (VDRL), glicemia de jejum, tipagem sanguínea e fator Rh, vacinação antitetânica - (doses ou reforço); três ou mais registros dos BCFs, de altura uterina, pressão arterial e peso da gestante. O pré-natal não-adequado foi definido como: realização de duas a cinco consultas, início após 20ª semana de gestação; ausência de registro dos seguintes exames: hemoglobina (Hb), exame comum de urina (ECU), exame para sífilis (VDRL), glicemia de jejum, fator Rh, tipagem sanguínea e de vacinação antitetânica; dois ou menos registros da altura uterina, pressão arterial, BCF e peso da gestante. Foram consideradas como não tendo feito o pré-natal, as mulheres que não realizaram nenhuma consulta ou realizaram apenas uma.
Grangeiro; Diógenes; Moura (2008)	Quixadá – CE	Indicadores de processo da atenção pré-natal (PHPN) (BRASIL, 2000).

Miranda; Fernandes (2010)	Araguari – MG	Foram utilizados três indicadores: primeira consulta e exames básicos efetuados até 120 dias de gestação e número de consultas.
Silva; Monteiro (2010)	Palmas - TO	Para avaliar a adequação da assistência pré-natal, foram utilizados o índice de Kotelchuck modificado (LEAL et al., 2004) e o índice proposto por Silveira; Santos; Costa (2001).
Andreucciet al. (2011)	São Carlos – SP	Indicadores de processo da atenção pré-natal (PHPN) (BRASIL, 2000).
Peixoto et al. (2011)	Fortaleza – CE	Variáveis analisadas: perfil socioeconômico da gestante, caracterização da gestação atual e aspectos inerentes ao acompanhamento pré-natal.
Pegoraro; Fuza; Ferreira (2011)	Tefé -AM	Indicadores de processo da atenção pré-natal (PHPN) (BRASIL, 2000).
Costa (2011)	Goiânia – GO	Análise do perfil sociodemográfico e econômico, perfil obstétrico; características do atendimento pré-natal, avaliação do pré-natal pelo índice de Kessner modificado por Takeda (1993).
Domingues et al. (2012)	Rio de Janeiro - RJ	Adequação da assistência foi verificada utilizando por referência os critérios mínimos definidos pelo PHPN, considerou também os procedimentos clínicos-obstétricos nas consultas, o qual foi chamado de Parâmetros PHPN ampliado.
Gomes; Cesar (2013)	Porto Alegre – RS	A avaliação quanto à adequação do pré-natal foi realizada utilizando-se o índice de Kessner modificado por Takeda (1993) e, também, por Silveira; Santos; Costa (2001).

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora com base na busca da literatura científica em base dados da área da saúde

**APÊNDICE B** – Quadro da relação dos estudos que avaliaram a assistência pré-natal na perspectiva donabediana, 2013.

Referência	Local	Componente(s) da tríade	Metodologia de avaliação
Silveira; Santos; Costa (2001)	Pelotas – RS	- Estrutura  - Processo	<p>- As dimensões avaliadas foram: planta física, recursos humanos (lotação, capacitação e política de pessoal), recursos materiais (consultórios, materiais necessários), normas, atividades e procedimentos (normas gerais de assistência à mulher) e sistema de referência.</p> <p>Cada dimensão avaliada teve um máximo de pontuação, de acordo com a soma total de pontos obtidos, as unidades foram classificadas em “ótimas” (90% a 100% do total de pontos); "satisfatórias" (75% a 89,9% do total de pontos); "precárias" (50% a 74,9% do total de pontos) e insuficientes (49,9% ou menos do total de pontos).</p> <p>- Para adequação do acompanhamento pré-natal, os autores propuseram três formas de avaliação. 1ª (Índice de Kessner modificado por Takeda (1993)); 2ª (Acrescentou-se ao Índice de Kessner modificado o número de vezes em que os exames complementares foram realizados); 3ª (Acrescentou-se ao anterior o número de vezes em que os procedimentos da consulta pré-natal foram realizados).</p>
Koffman; Bonadio (2005)	São Paulo - SP	- Processo	<p>- Para avaliação do processo assistencial, foi utilizado o Índice de Kessner modificado por Takeda (1993). Para avaliação mais detalhada do processo assistencial, foram considerados os exames laboratoriais, procedimentos realizados nas consultas e o intervalo transcorrido entre uma consulta e outra. Ou</p>

			seja, ao índice de Kesner modificado foram acrescentados os exames de rotina e os procedimentos realizados nas consultas e separadamente foi considerada a adequação dos intervalos entre as consultas.
Barbosa; Fernandes (2008)	Francisco Morato – SP	- Estrutura  - Processo   - Resultado	- Os indicadores de estrutura foram relacionados às características operacionais e recursos materiais. - Para cada padrão explicitado no instrumento de coleta de dados, foi elaborado um critério específico. Após a análise de cada registro efetuado nos impressos da gestante, foi atribuído um escore que variou de 1 a 3 de acordo com o nível de atendimento do critério. Assim, quando o padrão estava atendido por completo, era atribuído o escore 3, quando incompleto o escore 2 e insuficiente escore 1. Estabeleceu-se como padrão aceitável o percentual de pelo menos 80% para o escore final de cada item analisado. Os dados referentes à análise do processo e que resultam da consolidação de todos os dados registrados nos cartões e prontuários das gestantes e que englobam as áreas: dados gerais, procedimentos executados nas consultas, exames laboratoriais solicitados, antecedentes obstétricos, antecedentes pessoais, gestação atual, antecedentes familiares, referência e contrarreferência. - Avaliação em relação à consulta e o conceito que atribuíram à assistência recebida e sua satisfação com a mesma.
Ximenes Neto et al. (2008)	Sobral – CE	- Estrutura       - Processo	- As dimensões avaliadas foram: estrutura física e agendamento, equipamentos e insumos, material para coleta de exame colpocitológico; apoio laboratorial impressos, medicamentos, educação em saúde. As variáveis de cada dimensão foram apontadas com os conceitos de adequado, inadequado ou inexistente. Não houve uma classificação geral das unidades e sim descrição absoluta e relativa nos conceitos acima. - Foram utilizados os indicadores: percentual de gestantes com seis ou mais

		- Resultado	consultas de pré-natal; percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos. - Foram utilizados os indicadores: coeficientes de mortalidade materna e infantil; percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita; percentual de recém-nascidos com tétano neonatal.
Parada (2008)	Botucatu - SP	- Estrutura  - Processo	- As dimensões avaliadas foram: recursos humanos, recursos físicos, recursos materiais, medicamentos essenciais, exames disponíveis no início do pré-natal e no final. Este estudo trabalhou com indicadores de estrutura, descrição absoluta e relativa da existência ou não dos elementos de cada dimensão. - Foi utilizada a descrição dos seguintes indicadores: captação precoce; registro da história clínica em instrumento próprio; idade gestacional na primeira consulta; número de consultas por trimestre de gestação; exames laboratoriais realizados no pré-natal, imunização antitetânica; encaminhamentos; registro de pressão arterial e altura uterina em todas as consultas; registro da idade gestacional em todas as consultas após 12 semanas de gestação e registro de revisão de parto. - Indicadores de processo do PHPN.
Costa et al. (2009)	Teixeiras - MG	- Estrutura - Processo  - Resultado	- As dimensões avaliadas foram: instalação física, recursos materiais e normas. - As dimensões avaliadas foram: avaliação clínica, análise do cartão da gestante, e atividades educativas, a intersetorialidade, a referência e contrarreferência e participação da comunidade. - As dimensões avaliadas foram: acolhimento (sala de espera e recepção), acessibilidade (marcação de consultas, tempo de espera e barreiras geográficas) e resolubilidade. Para obter a classificação geral da unidade, atribuiu-se uma pontuação para cada critério. Posteriormente, utilizou-se um escore específico para análise das

			dimensões e seus respectivos atributos, classificando nos cenários incipiente (0,0 e 33,3%), intermediário (33,4 e 66,6%) e avançado (66,7 e 100%).
Bauli (2010)	Maringá – PR	- Estrutura  - Processo  - Resultado	-As dimensões avaliadas foram: recursos físicos, recursos humanos e aspectos administrativos. Os dados foram contabilizados por meio de frequências e porcentagens simples. - Para avaliação do processo, elegeu-se como parâmetro de julgamento, o índice de Kessner adaptado por Takeda(1993). Para análise dos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, foi acrescentado ao índice de Kessner o número de vezes que os procedimentos foram realizados, além disso também, ao índice de Kessner, foi adicionada a realização de exames laboratoriais. - Atentou-se para os efeitos da estrutura e do processo da assistência, verificando as intercorrências ocorridas no parto, a ocorrência de óbitos maternos e/ou neonatais, diagnósticos de Tétano, VDRL positivo ou HIV positivo neonatal, peso e Apgar dos recém-natos, satisfação das puérperas quanto ao pré-natal da rede básica SUS e o critério de adequação dessa assistência.
Coutinho et al. (2010)	Juiz de Fora - MG	- Processo	- Os autores construíram níveis específicos para avaliação. Considerou-se como adequado o atendimento pré-natal que preencheu todos os seguintes critérios: início anterior a 14 semanas gestacionais; seis ou mais consultas; um número mínimo dos procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios (AU, IG, PA e peso maternos: cinco ou mais registros; BCFs: quatro ou mais registros; apresentação fetal: dois ou mais registros) e dos exames laboratoriais básicos (ABO-Rh e Hb/Htc: um registro; glicemia, VDRL e urina tipo 1: dois registros). A inadequação foi definida pela ocorrência de, pelo menos, uma das seguintes condições: início após 27 semanas de gestação; duas ou menos consultas; duas ou menos anotações de AU, IG, PA, peso e BCFs ou nenhum registro da apresentação fetal; nenhuma anotação de exame laboratorial. As demais

			associações definiram a adequação do processo de atendimento como intermediária.
Gardin (2010)	Guairaçá - PR	- Processo	- Utilizou-se avaliação proposta por Coutinho (2002) em três níveis de complexidade crescente, de 1 a 3.
Siqueira (2010)	Sobral – CE	- Processo - Resultado	- Indicadores de processo e resultados PHPN (BRASIL, 2000).
Rocha (2011)	Fortaleza – CE	- Estrutura - Processo - Resultado	- As dimensões avaliadas foram: planta Física, recursos Humanos, recursos materiais. Metodologia utilizada por Silveira; Santos; Costa (2001). - Indicadores de processo e resultados PHPN (BRASIL, 2000).
Vieira (2011)	Municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná	- Processo - Resultado	- Metodologia utilizada por Bauli (2010).
Vilarin; Nogueira; Nagahama (2012)	Teresina – PI	- Processo	- Para adequação do pré-natal, foram utilizados índice APNCU e índice construído por Almeida e Barros (2005).
Anversaet al. (2012)	Santa Maria – RS	- Processo	- Para o desfecho principal do estudo, a qualidade do PRÉ-NATAL, foram estabelecidos 4 níveis de qualidade. Sendo: nível 1 (Kesner modificado por Takeda <sup>(1)</sup> ), nível 2 (nível 1+ procedimentos clínicos-obstétricos), nível 3( nível 1 + exames laboratoriais), nível 4 (nível 1+ procedimentos clínicos-obstétricos + exames laboratoriais).
Morais (2013)	Santa Helana – GO	- Estrutura  -Processo	- Dimensões utilizadas por Rocha (2011). Metodologia utilizada por Silveira; Santos; Costa (2001) e Rocha (2011). - Utilizou-se avaliação proposta por Coutinho (2002) em três níveis de

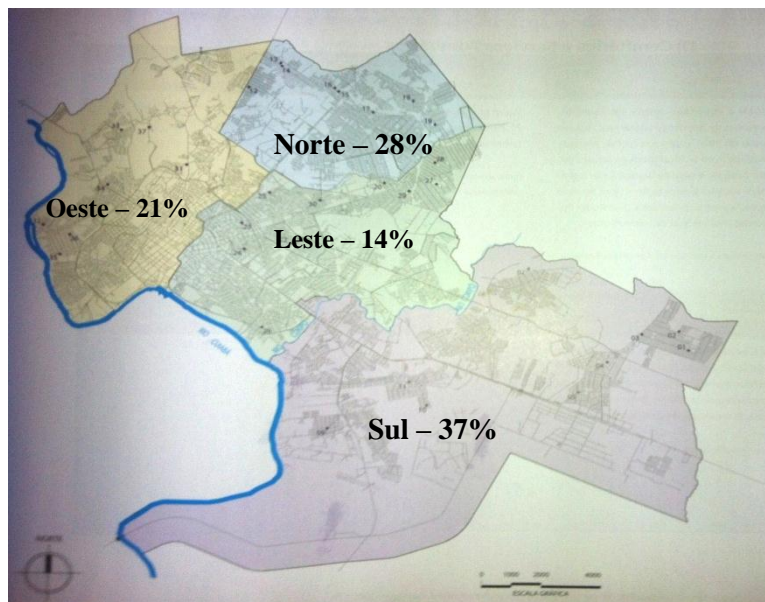
		- Resultado	complexidade crescente, de 1 a 3, acrescentou o nível 4, visto ter estudado a variável consulta puerperal. Foram utilizados os indicadores: proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso e proporção de recém-nascidos vivos prematuros.
Oliveira et al. (2013a)	Botucatu (SP)	- Estrutura  -Processo	- Dimensões utilizadas: recursos humanos, recursos físicos e recursos materiais e equipamentos, utilizou a estatística descritiva. -Para análise do processo da atenção pré-natal, foram utilizados os indicadores do PHPN (BRASIL, 2000) e Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério de São Paulo.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora com base na busca da literatura científica em base de dados da área da saúde



## APÊNDICE C – Representação espacial das unidades

**Figura 1** - Distribuição das unidades da ESF segundo as regionais de saúde, Cuiabá-MT, 2011.



Fonte: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano – SMDU, Cuiabá, 2012b.

**APÊNDICE D** – Instrumento para avaliação da estrutura

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ESF DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT  
ENFOQUE: ESTRUTURA**

I - Identificação

<b>Número da ficha no banco original</b>	
<b>Nome do PSF</b>	
<b>Unidade germinada</b>	1 – SIM      2 – NÃO

A- RECURSOS FÍSICOS/ INSTALAÇÕES FÍSICAS/ÁREA FÍSICA

ATRIBUTO	PONTUAÇÃO		
Há sala de recepção	00	05	10
Há sala de pré-consulta (SPC)?	00	05	10
Há sala exclusiva de vacinação com ar condicionado?	00		10
Há pelo menos um consultório com sanitário?	00		10
Há consultório médico?	00		10
Há consultório de enfermagem?	00		10
Há área para reuniões da equipe?	00	05	10
Há área para grupos educativos?	00	05	10
Há sala para armazenar e dispensar medicamentos?	00	05	10
Há privacidade visual no consultório de enfermagem?	00		10
Há privacidade visual no consultório médico?	00		10
<b>TOTAL DE RECURSOS FÍSICOS/ INSTALAÇÕES FÍSICAS/ÁREA FÍSICA</b>	<b>MÁXIMO= 110 PONTOS</b>		

B - EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Disponibilidade:

ATRIBUTO	PONTUAÇÃO		
Há estetoscópio disponível para aferição da PA da gestante?	00	05	10
Há esfigmomanômetro disponível para aferição da PA da gestante?	00	05	10
Há balança de adulto?	00	05	10
Há régua antropométrica para adulto?	00	05	10
Há Sonar Doppler (detector fetal)?	00	05	10

Há estetoscópio de Pinard?	00	05	10
Há fita métrica para avaliação de altura uterina?	00	05	10
Há foco auxiliar ao exame ginecológico?	00	05	10
Há mesa de exame no(s) consultório(s)?	00	05	10
Há mesa ginecológica na unidade em consultório(s)?	00	05	10
Há escada de dois degraus junto à mesa de exame ou mesa ginecológica?	00	05	10
No último ano, teve disponível na unidade algum material para a coleta de CCO (luvas, espéculo de todos dos tamanhos, espátula, escova, lâmina, fixador)?	00	05	10
No último ano, teve disponível na unidade nistatina (creme) na Unidade?	00	05	10
No último ano, teve disponível na unidade metronizadazol (creme) na Unidade?	00	05	10
No último ano, teve disponível na unidade a vacinadT adulto para gestantes?	00	05	10
No último ano, teve disponível na unidade a vacina para hepatite B para gestantes?	00	05	10
No último ano, teve disponível na unidade ácido fólico para gestantes?	00	05	10
No último ano, teve disponível na unidade sulfato ferroso para gestantes?	00	05	10
EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	MÁXIMO= 180 pontos		

### C- RECURSOS HUMANOS

Disponibilidade, permanência, formação e capacitação dos profissionais:

ATRIBUTO	PONTUAÇÃO		
No último ano, teve médico no quadro de pessoal da Unidade?	00	05	10
No último ano, teve enfermeiro no quadro de pessoal da Unidade?	00	05	10
No último ano, teve técnico ou auxiliar de enfermagem no quadro de pessoal da Unidade?	00	05	10
No último ano, teve ACS no quadro de pessoal da Unidade?	00	05	10
No último ano, permaneceu o enfermeiro da Unidade?	00		10
No último ano, permaneceu o Médico da Unidade?	00		10
No último ano, permaneceu os técnico de enfermagem da Unidade?	00		10
No último ano, permaneceu os ACS da Unidade?	00		10
O enfermeiro da Unidade possui residência/especialização?	00	05	10
O médico da Unidade possui residência/especialização?	00	05	10

Enfermeiro realizou alguma capacitação técnica na área de saúde reprodutiva nos 2 últimos anos de no mínimo 16h?	00		10
Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem (1) realizou alguma capacitação técnica na área de saúde reprodutiva nos 2 últimos anos de no mínimo 16h?	00		10
Médico realizou alguma capacitação técnica na área de saúde reprodutiva nos 2 últimos anos de no mínimo 16h?	00		10
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>MÁXIMO= 130 pontos</b>		

#### D – SISTEMA DE INFORMAÇÃO/ INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Disponibilidade:

ATRIBUTO	PONTUAÇÃO		
No último ano, teve disponível na unidade a ficha de cadastramento de gestantes?	00	05	10
No último ano, teve disponível na unidade a ficha de registro de atendimentos do SISPRENATAL?	00	05	10
No último ano, teve disponível na unidade o Cartão da Gestante?	00	05	10
<b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO/ INSTRUMENTOS DE REGISTRO</b>	<b>MÁXIMO= 30 pontos</b>		

#### E – ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

ATRIBUTO	PONTUAÇÃO		
Há agendamento da consulta subsequente de pré-natal ao término da consulta realizada?	00	05	10
No último ano as gestantes foram referenciadas para outros serviços com facilidade?	00		10
As gestantes de maior risco acompanhadas em serviços de referência também são acompanhadas pela Unidade?	00	05	10
A Unidade adota protocolo clínico de atenção pré-natal?	00		10
No último ano, a equipe da Unidade avaliou e planejou localmente a atenção pré-natal na Unidade?	00		10
No último ano, o Enfermeiro realizou capacitação de sua equipe para atendimento à gestante?	00		10
A equipe tem metas a serem alcançadas em relação à atenção pré-natal?	00		10
<b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO/ INSTRUMENTOS DE REGISTRO</b>	<b>MÁXIMO= 70 pontos</b>		

DIMENSÃO	TOTAL DE PONTOS	PONTOS OBTIDOS	MEDIA
A- RECURSOS FÍSICOS/ INSTALAÇÕES FÍSICAS/ÁREA FÍSICA	110		
B - EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	180		
C- RECURSOS HUMANOS	130		
D - SISTEMA DE INFORMAÇÃO/ INSTRUMENTOS DE REGISTRO	30		
E - ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	70		
TOTAL GERAL/ TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/ MÉDIA GERAL	520		

**APÊNDICE E – Questionário para avaliação do processo****1.1. IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE**

**1. Identificação:** \_\_\_\_\_

**2. Qual unidade que você realizou o Pré-Natal?** \_\_\_\_\_

**3. Regional do PSF**

1. Norte
2. Sul
3. Leste
4. Oeste

**4. Qual o seu endereço completo?** \_\_\_\_\_

**5. Qual a sua idade?** ( ) (anos)

**6. Qual a sua escolaridade?**

- 1 - Nenhuma/analfabeta
- 2 - 1º grau incompleto
- 3 - 1º grau completo
- 4 - 2º Grau incompleto
- 5 - 2º Grau completo
- 6 - Superior completo

**7. Qual o seu estado Civil?**

- 1 - Relação Estável/casada
- 2 - Solteira
- 3 - Divorciada/Separada
- 4 - Viúva

**8. Qual a sua raça/ cor (informada), segundo IBGE?**

- 1 - Branca
- 2 - Preta
- 3 - Amarela
- 4 - Parda
- 5 - Indígena

**9. Qual o seu tipo de inserção no mercado de trabalho?**

- 1 – Formal (carteira assinada, contrato, concurso)
- 2 – Informal (ex.; autônoma)
- 3 - Fora do mercado de trabalho

**10. Qual a sua renda familiar (em reais)? \_\_\_\_\_**

**1.2.DADOS OBSTETRICOS E  
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS DURANTE O PRÉ-NATAL**

**11. N° de gestações:** \_\_\_\_\_ **12.N° de Partos Normais:** \_\_\_\_\_**13. N° de partos Cesáreos:** \_\_\_\_\_ **14.Abortamentos:** \_\_\_\_\_**15. Número de filhos vivos:** \_\_\_\_\_**16. Idade Gestacional de início das consultas de pré-natal:** \_\_\_\_\_**17. Captação precoce (considerar sim se IG de início foi até 17 semanas):**

- 1 - Sim
- 2 – Não

**18. Como você conseguiu marcar a 1ª consulta de pré-natal?**

- 1 - Foi no PSF por livre espontânea vontade
- 2 - Encaminhada pelo ACS
- 3 - Encaminhada por outros profissionais ou parente/amigos
- 4. Se outros, quem? \_\_\_\_\_

**19. Qual dificuldade enfrentou para realizar o pré-natal?**

- 1 – localização da unidade (1)
- 2 - demora ou espera para marcar consulta (2)
- 3 –liberação do trabalho (4)
- 4 – filhos (8)
- 5 – transporte (16)
- 6 - falta de profissional (64)
- 7 – nenhuma dificuldade (128)

**20. Você teve intercorrências (problemas de saúde) durante a gestação?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**21. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_**

Hipêremese, Síndromes hemorrágicas, Anemia, Hipovitaminose A, Hipertensão Arterial na Gestação e eclampsia, Diabetes *mellitus* na gestação, Hepatite B, Toxoplasmose, Infecção do trato urinário (ITU), Sífilis, Infecção pelo HIV, Outras DST, Trabalho de parto prematuro, Varizes e tromboembolismo, Parasitoses intestinais, Epilepsia, Amniorrexe prematura, Outras

**22. Qual/ quais profissionais de saúde acompanhou(aram) seu pré-natal?**

1º Trimestre: até 13 semanas  
2º Trimestre: de 14s até 26s  
3º Trimestre: de 27 semanas até

- 1 - Enfermeiro e Médico
- 2 - Somente Enfermeiro
- 3 - Somente Médico

**23.**

Nº de consultas realizadas	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestres

**24. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional de saúde durante a gravidez?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**25. Se sim, por quem?**

- 1 - Médico
- 2 - Enfermeiro
- 3 - Téc de Enfermagem/aux. de enfermagem
- 4 - ACS

**26. Você foi encaminhada para consulta com dentista?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**27. Durante as consultas em algum momento foi realizado o exame das mamas?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**28. Qual foi a última vez que realizou o exame preventivo (CCO)?**

- 1. Durante a gestação
- 2. Antes a gestação
- 3. Nunca fez

**29. Você participou de ações educativas/grupos de gestantes?**

- 1 - Sim
- 2 - Não



APÊNDICE F – Manual para instrução de coleta de dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**  
**PESQUISA: Avaliação da qualidade da assistência pré-natal no município de Cuiabá-**  
**MT**

**Manual de instrução para preenchimento do questionário**

**Procedimentos iniciais:** Chegar à unidade de internação e transcrever do censo de pacientes as possíveis puérperas para entrevistar, após isto apanhar o prontuário e o cartão de gestante das mesmas. Após este procedimento, ir até as possíveis puérperas, apresentar como entrevistador e indagar quanto os critérios de inclusão da pesquisa. Feito isto, solicitar para assinar o TCLE e então iniciar o preenchimento do questionário.

**Critérios de inclusão:** puérperas que realizaram as consultas do pré-natal em unidades da ESF do município de Cuiabá; puérperas que tenham em mãos o cartão da gestante.

**Critérios de exclusão:** puérperas que foram referenciadas para serviços de maior complexidade e que não foram contrarreferenciadas para a unidade de origem; puérperas que não foram atendidas no hospital local do estudo; puérperas que não estiverem em condições cognitivas para compreensão e responder aos questionamentos; puérperas que tiveram consultas de pré-natal em Cuiabá e não concluíram no município de Cuiabá.

**Parte 1**

**1.1 IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE**

- 1. Identificação:** Colocar número em sequência, lembrar-se de colocar o mesmo número na folha do TCLE que vai ficar com o entrevistador.
- 2. Qual unidade que você realizou o Pré-Natal?** Perguntar para puérpera e escrever nome da ESF. Caso tenha no cartão, confirmar com a puérpera. Quando a puérpera tiver feito em duas unidades, considerar a unidade que tiver maior número de consultas.
- 3. Regional da unidade do PSF:** seguir tabela de classificação das unidades por regional.
- 4. Qual o seu endereço completo?** Perguntar para puérpera e escrever endereço.
- 5. Qual a sua idade?** Perguntar para puérpera e colocar idade em anos completos no momento da coleta.
- 6. Qual a sua escolaridade?** Perguntar para puérpera e marcar escolaridade.
- 7. Qual o seu estado Civil?** Perguntar para puérpera e marcar estado civil.
- 8. Qual a sua raça/ cor (informada)?** Perguntar para puérpera e marcar raça/ cor .
- 9. Qual o seu tipo de inserção no mercado de trabalho?** Perguntar para puérpera e marcar opção.
- 10. Qual a sua renda familiar (em reais)?** Perguntar renda familiar considerar a renda total da família em reais.

**1.2 DADOS OBSTÉTRICOS E PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS DURANTE O PRÉ-NATAL**

11. **Nº de gestações:** perguntar para puérpera e colocar o número de gestações, incluindo a atual; se houve aborto, conta também como gestação.
12. **Nº de Partos Normais:** perguntar para puérpera e colocar o número.
13. **Nº de partos Cesáreos:** idem.
14. **Abortamentos:** idem.
15. **Número de filhos vivos:** idem.
16. **Idade Gestacional de início das consultas de pré-natal:** registrar informação do cartão da gestante. Quando ausente, calcular a partir da DUM no cartão de gestante, quando não tiver dados no cartão de gestante calcular a partir da idade gestacional no parto com a data de início do PRÉ-NATAL.
17. **Captação precoce (considerar sim se IG de início foi até 17 semanas):** de acordo com a IG, marcar opção.
18. **Como você conseguiu marcar a 1ª consulta de pré-natal?** Perguntar para puérpera e marcar opção.
19. **Qual dificuldade enfrentou para realizar o pré-natal?** Perguntar para puérpera e marcar opção. Está pergunta é em relação a todo o pré-natal. Pode marcar mais de uma opção, depois de marcar colocar a pontuação correspondente desta pergunta, seguir os números que estão entre parênteses para somatória.
20. **Você teve intercorrências (problemas de saúde) durante a gestação?** Perguntar para puérpera e marcar opção. Considerar intercorrência o que está no *Box*. Caso tenha outras que não estejam no *Box*, considerar.
21. **Se sim, quais?** Anotar quais intercorrências?
22. **Qual/ quais profissionais de saúde acompanhou(aram) seu pré-natal?** Perguntar para a puérpera e marcar opção.
23. **Nº de consultas realizadas:** registrar informação do cartão da gestante – considerar quando há a data ou procedimentos anotados, seguir tabela de trimestre.
24. **Você recebeu visita domiciliar de algum profissional de saúde durante a gravidez?** Perguntar pra puérpera e marcar opção.
25. **Se sim, por quem?** Perguntar para a puérpera e marcar opção. Pode marcar mais de uma opção.
26. **Você foi encaminhada para consulta com dentista?** Perguntar para puérpera e marcar opção.
27. **Realizou o exame das mamas:** considerar informação do cartão.
28. **Qual foi a última vez que realizou o exame preventivo (CCO)?** Perguntar para puérpera e marcar opção.
29. **Você participou de ações educativas/grupos de gestantes?** Perguntar para puérpera e marcar opção.

**APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**IDENTIFICAÇÃO:**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO  
GRUPO ARGOS DE PESQUISA - SUBGRUPO GERAR**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Áurea Christina de Paula Corrêa, enfermeira, pesquisadora líder do Grupo de Pesquisa Projeto ARGOS, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso – FAEN/UFMT; e Rayssa Basilio Arantes, enfermeira, mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem da FAEN/UFMT, vimos convidá-la para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Avaliação da qualidade da assistência pré-natal no município de Cuiabá-MT”. O objetivo do estudo é avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada na ESF, no município de Cuiabá-MT, fundamentado no modelo Donabediano. Sua participação nesta pesquisa será de responder um instrumento para coleta de dados. A pesquisa não lhe trará nenhum risco relacionado à sua participação. **Com sua participação você terá o benefício direto de uma melhor qualidade no atendimento pré-natal/puerpério, além do que com os resultados da pesquisa sua contribuição fará parte de uma discussão para o aprimoramento na realização de uma assistência pré-natal qualificada para as mulheres que vierem a passar pela mesma experiência que a sua.** Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda a pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Caso aceite fazer parte do estudo, assine, ao final, este documento, em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição à qual a pesquisa esta vinculada. Além disso, em qualquer momento, você poderá solicitar sua exclusão da pesquisa e, se desejar obter maiores informações, poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (65)8111.0807, email: aureaufmt@gmail.com ou através do Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Muller pelo telefone (65) 3615-8254 - Shirley Ferreira Pereira (coordenadora).

Eu \_\_\_\_\_, portador do RG N° \_\_\_\_\_, tel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ declaro que, após ter recebido as informações e esclarecido as dúvidas, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, ACEITO participar do estudo.

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Cuiabá \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.


**ANEXOS**

## ANEXO A – Declaração de anuência grupo de pesquisa Gerar

A U T O R I Z A Ç Ã O

*Eu, Aurea Christina de Paula Corrêa, coordenadora e responsável pelo banco de dados da pesquisa intitulada - Atensão à saúde da mulher no período gravídico-puerperal; repensando o serviço a partir de elementos da gestão - autorizo a utilização de seu banco de dados na pesquisa - Avaliação da qualidade da assistência pré-natal, também coordenada por mim, com participação da pesquisador Rayssa Basílio Arantes.*

*Cuiabá, 28 de janeiro de 2013.*



*Profa. Dra. Aurea Christina de Paula Corrêa*

**ANEXO B – Liberação dos hospitais para coleta de dados**

À  
Enfermeira Rayssa Basílio Arantes  
Em mãos

**Ref:- Parecer consubstanciado do CEP**

Tendo recebido o Parecer Consubstanciado do Cep para a pesquisa: Avaliação da qualidade da assistência pré-natal no Município de Cuiabá - Mato Grosso – nível mestrado em Enfermagem, vimos pelo presente liberar a coleta de dados para o citado trabalho.  
Sem mais para o momento.

Cuiabá (MT), 23 de janeiro de 2013.

Atenciosamente,

  
*Hilda Kazuo Chata*  
Hospital Beneficente Santa Helena  
Gerente Administrativa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

FACULDADE DE ENFERMAGEM

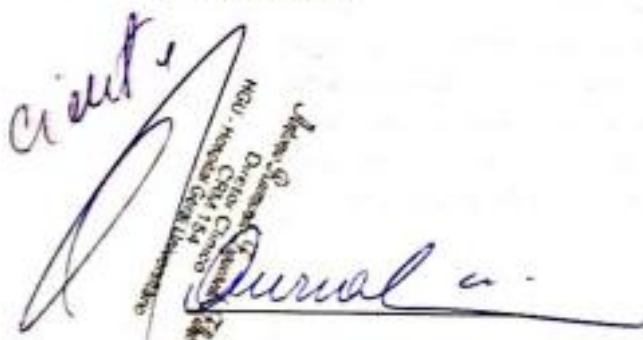
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO

Cuiabá, 04 de março de 2013-03-04

Para Direto Clínico Hospital Geral Universitário

Vimos por meio deste, solicitar liberação para coleta de dados do trabalho de pós-graduação em Enfermagem Nível Mestrado – Avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Para esta coleta necessitamos liberação para fazer entrevista com puérperas e coletar informação do prontuário das mesmas.

Atenciosamente,

*ciant*  
  
Profª Drª Áurea Christina de P. Corrêa

Profª Drª Áurea Christina de P. Corrêa

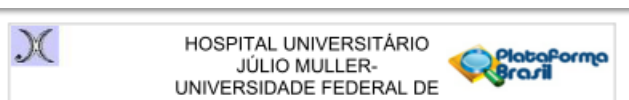
Orientadora



Enfª Rayssa Basilio Arante

Orientanda

## ANEXO C – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
JÚLIO MULLER-  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade da assistência pré-natal no município de Cuiabá-Mato Grosso.

**Pesquisador:** Áurea Christina de Paula Corrêa

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 11743112.2.0000.5541

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem - Cuiabá - UFMT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 206.839

**Data da Relatoria:** 27/02/2013

**Apresentação do Projeto:**

A disponibilidade de recursos humanos e materiais, área física e equipamentos das unidades Estratégia Saúde da Família, no município de Cuiabá-MT, tem interferido na prestação de atendimento qualificado da assistência Pré Natal, gerando por vezes, insatisfação da usuária do serviço em relação ao processo assistencial. O estudo será desenvolvido com a utilização de dados secundários do Banco de dados do grupo de pesquisa Argos 2 Subgrupo GERAR. Neste banco estão consolidados dados relativos a 55 equipes da ESF de Cuiabá das 65 então existentes no momento da coleta de dados, realizada em março de 2011. Em segundo momento serão entrevistadas mulheres puérperas, a partir do primeiro dia pós-parto, que foram internadas em um hospital referência para este tipo de atendimento. Optou-se por esta população por acreditar ser o puerpério o momento oportuno para realizar indagações sobre o processo assistencial recebido durante a atenção pré-natal e também pela facilidade de captar estas puérperas em um mesmo recinto. Para a escolha do hospital onde será realizada a coleta de dados levou-se em consideração as seguintes condições: pertencer ou ser conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e realizar o maior número de partos. A coleta de dados será realizada por meio do preenchimento do questionário através de entrevista com as puérperas e transcrição de informações dos cartões da gestante e dos prontuários das puérperas.

**Objetivo da Pesquisa:**

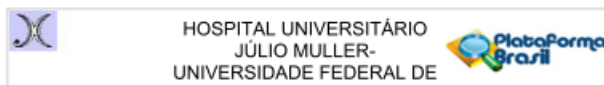
**Endereço:** Rua Fernando Correa da Costa nº 2367

**Bairro:** Boa Esperança **CEP:** 78.060-900

**UF:** MT **Município:** CUIABA

**Telefone:** (63)3615-8254

**E-mail:** shirleyfp@bol.com.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
JÚLIO MULLER-  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



**Objetivo Primário:**

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada na ESF no município de Cuiabá-MT, fundamentado no modelo Donabedian.

**Objetivo Secundário:**

- Avaliar a estrutura disponível nas unidades básicas de saúde para prestação da assistência pré-natal em Cuiabá, na perspectiva de avaliação de serviços de saúde proposta por Donabedian.

- Avaliar o processo assistencial da atenção pré-natal prestado às usuárias atendidas pela ESF no município de Cuiabá-MT, segundo as normativas do MS.

- Avaliar a satisfação das usuárias com o atendimento pré-natal oferecido pela ESF no município de Cuiabá-MT.

- Avaliar os resultados alcançados pela atenção pré-natal no município de Cuiabá-MT tomando por referência os indicadores de resultado e impacto propostos pelo MS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa apresenta risco mínimo por envolver aplicação de questionário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente projeto de pesquisa "Avaliação da qualidade da assistência pré-natal no município de Cuiabá-Mato Grosso" apresenta relevância científica e metodológica.

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

O projeto apresenta os documentos devidamente preenchidos.

**Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação do projeto.

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

O presente projeto não apresenta pendências e inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado em relação a análise ética.

**Endereço:** Rua Fernando Correa da Costa nº 2367

**Bairro:** Boa Esperança **CEP:** 78.060-900

**UF:** MT **Município:** CUIABA

**Telefone:** (63)3615-8254

**E-mail:** shirleyfp@bol.com.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
JÚLIO MULLER-  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



CUIABA, 27 de Fevereiro de 2013

Assinado por:  
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA  
(Coordenador)