

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINA BOLFE POLIQUESI

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR: PESQUISA
AVALIATIVA DE ESTRUTURA E PROCESSO**

CURITIBA
2013

CAROLINA BOLFE POLIQUESI

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR: PESQUISA
AVALIATIVA DE ESTRUTURA E PROCESSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

CURITIBA
2013

Poliquesi, Carolina Bolfe

Atenção pré-natal no município de Colombo-PR: pesquisa avaliativa de estrutura e processo / Carolina Bolfe Poliquesi – Curitiba, 2013.
105 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Lilian Daisy Gonçalves Wolff
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

Assistência pré-natal. 2. Atenção básica. 3. Avaliação em saúde.
4. Humanização da assistência. I. Wolff, Lilian Daisy Gonçalves.
II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.24

TERMO DE APROVAÇÃO

CAROLINA BOLFE POLIQUESI

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR: PESQUISA
AVALIATIVA DE ESTRUTURA E PROCESSO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: *Lillian Daisy G. Wolff*
Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Ivete Palmira Sazon Zaganel
Profa. Dra. Ivete Palmira Sazon Zaganel
Membro Titular: Faculdades Pequeno Príncipe

Márcia Helena Freire Orlandi
Profa. Dra. Márcia Helena Freire Orlandi
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 20 de fevereiro de 2013.

À minha orientadora de intelecto e alma, Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff.

Por ser incansável no labor de me tornar uma pessoa melhor. Por vibrar com minhas conquistas e evolução. Por respeitar meus limites e assumir comigo as consequências de meus atos e escolhas.

Por tornar nossos ambientes de produção, leves e acolhedores.

Agradeço a todas as conspirações do Universo, por terem permitido nosso encontro. Desejo que saiba que me ensinou a construir sonhos e que onde quer que eles me levem a levarei também, pois sempre referenciarei suas atitudes como exemplo de maestria na prática docente.

Apesar das dificuldades, sempre estive confiante e nunca desisti, pois sempre soube e tive a segurança de que estaria ao meu lado. Obrigada Mestre!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois por melhor que fossem meus desejos, o senhor sempre foi maior no cuidado com meu caminho, obrigado por acolher-me com tanto carinho.

Agradeço a minha família, meu pai Maurício, minha mãe Clarisse, minha irmã Cassiana, meu cunhado Bruno e meu sobrinho Bernardo, que me amam de forma incondicional, que entenderam como ninguém todos os meus momentos e todos os meus sentimentos durante o mestrado, sei que me conhecem de forma nua, e que com vocês estou em paz. Eu amo muito cada um de vocês.

À pequena borboleta branca, minha sobrinha Laura (*in memoriam*), titia te ama! Pequenina guerreira.

Agradeço ao meu amor Fábio, juntos já somos uma nova família. Sua presença me faz forte, seu amor me faz segura. É incansável em tornar minha caminhada mais confortável e tranquila. Juntos somos melhores!

Agradeço à família do Fábio, que me acolheu como filha e renovam todos os dias os desejos de me verem feliz. Obrigada Seu Rui, D. Angélica, Yasmin e Vera.

Aos meus tios e tias, as minhas primas, por toda a torcida!

Aos amigos e companheiros de turma, aos que conheci e aos que reconheci, obrigada por dividirem esta caminhada. Em especial as meninas, Riciano, Adeli, Karin, Ingrid e Louise, lindas!

Agradeço à Sonia, por me estimular a nunca desistir, por me ensinar coisas novas com tanto carinho e respeito.

Aos mestres, e demais funcionários da Universidade Federal do Paraná, obrigada por toda dedicação e esforço, pelas lutas e conquistas, nosso Programa de Pós-Graduação se torna referência a cada dia.

Aos pesquisadores que me antecederam nesta jornada de Avaliação em Saúde, suas pesquisas abrilhantaram meu trabalho.

Às gestantes de Colombo-PR, motivo maior de minha pesquisa, que tenham sempre seus direitos respeitados, que sejam cidadãs e mães felizes.

Aos profissionais de Colombo-PR, por serem únicos na luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde, por abrirem portas e receberem de braços abertos os

alunos da Universidade, por reconhecerem a parceria academia-serviço como o melhor caminho na qualificação de seus serviços de saúde.

À Universidade Federal do Paraná, da qual me orgulho por fazer parte, será sempre uma grande marca na minha formação, um mundo de oportunidades, as melhores oportunidades.

À Fundação Araucária e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por suas ações no processo de consolidação da pesquisa no Brasil e apoio financeiro na realização desta pesquisa, bem como no período em que estive como bolsista do Programa de Pós Graduação.

A todos os meus amigos verdadeiros, nenhum nome em especial, cada um num momento especial e único!

Aos amigos do movimento estudantil, trago sempre comigo os aprendizados e exemplos.

Aos companheiros do Hospital e Maternidade de São José dos Pinhais, muito obrigada a todos que me auxiliaram nesta conquista, que flexibilizaram horários, que trocaram plantões, que me apoiaram nos momentos difíceis e cansativos.

À equipe do CAPS-AD de Colombo-PR, como fui feliz nos dias de trabalho com vocês, como cresci no período em que trabalhamos juntos, foram maravilhosos e me apoiaram muito quando decidi fazer o mestrado e então não foi possível continuar lá, sinto saudades.

“[...] Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis de cidadania [...]” (Ministério da Saúde; 2000 p.5).

RESUMO

A instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) representa um marco na Atenção Integral à Saúde da Mulher e envolve ações intersetoriais na sua consolidação. A avaliação é uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas, e redirecionar ações e atividades. Realizou-se pesquisa de avaliação normativa, descritivo-exploratória, de recorte transversal e abordagem quali-quantitativa, cujo objetivo geral foi avaliar a qualidade da Atenção Pré-Natal no Sistema Único de Saúde, segundo aspectos de estrutura e processo, em Colombo-PR. Os dados foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e nas 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) componentes da Atenção Pré-Natal (APN). Dados sobre o planejamento e organização no nível estratégico foram obtidos mediante aplicação de entrevista semi-estruturada aos coordenadores da SMS; entrevistas estruturadas foram aplicadas a 20 gestores locais, acerca do planejamento e organização da APN, estrutura física e materiais, bem como medicamentos essenciais. Ainda nas UBS realizou-se auditoria referente a processos de APN. Os dados qualitativos foram submetidos à análise temática e os quantitativos tabulados e submetidos a análises de distribuição de frequências absolutas e relativas. A gestão no nível estratégico realiza ações locais e intersetoriais para consolidação do PHPN municipal, principalmente voltadas aos Recursos Humanos. Permanece como desafios o alcance de metas do Plano Municipal de Saúde, a consolidação de protocolos e informatização dos serviços de Atenção Básica. O Planejamento local da APN demonstra resultados satisfatórios referentes à acessibilidade (100%), realização de visita domiciliar (90%) e vínculo com a maternidade (95%), porém, insatisfatórios quanto à contra-referência (0%) e realização da Educação em Saúde (50%). A estrutura física e existência de materiais evidencia aporte médio no município, com necessidade de consolidação dos protocolos municipais para aprimoramento no processo de utilização do aporte evidenciado. Os resultados referentes aos processos da APN evidenciam a importância da avaliação *in loco*, bem como do uso dos protocolos do MS nesta atividade. Ainda que as gestantes do município iniciem o Pré-Natal precocemente (92,9%), tenham garantidos pelo menos seis consultas durante o mesmo (80,87%), bem como sua distribuição no primeiro (71,59%), segundo (78,69%) e terceiro trimestre (78,69%) de gestação, observa-se comprometimento da qualidade nos processos relacionados ao levantamento de dados complementares da gestante, realização adequada e uniforme dos exames preconizados pelo PHPN, de procedimentos técnicos durante a consulta, bem como de realização do exame citopatológico (12,02%) e de mama (3,28%). A avaliação realizada é útil à gestão, pois gerou informações voltadas para a contínua qualificação do programa em curso, bem como na modificação do quadro sanitário municipal que reflitam em indicadores de morbimortalidade ou outras instâncias, garantindo acessibilidade, cobertura e equidade na Atenção Pré-Natal.

Palavras-chave: Assistência Pré-Natal. Atenção Básica. Avaliação em Saúde. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

The institution of the Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care (PHPN) represents a milestone in the Women's Integral Health Care and involves intersectoral actions on consolidation. The evaluation is a strategy to decide how to confront and solve problems, and redirect actions and activities. We carried out research standard evaluation, descriptive and exploratory, cross trimming and qualitative-quantitative approach, whose general objective was to evaluate the quality of Prenatal Care in Unified Health System, according to aspects of structure and process in Colombo-PR . Data were collected from the Municipal Health Service (SMS) and the 20 Health Centers (UBS) components of Prenatal Care (APN). Data on the planning and organization at the strategic level were obtained by applying semistructured interview the coordinators of SMS; structured interviews were applied to 20 local managers, about the planning and organization of APN, physical structure and materials as well as essential medicines. Still in UBS held systematic observation regarding processes APN. Qualitative data were subjected to thematic analysis and quantitative tabulated and submitted to analysis of distribution of absolute and relative frequencies. The management at the strategic level performs local and intersectoral actions to consolidate the municipal PHPN mainly directed to Human Resources. Challenges remains the achievement of goals of the health plan, the consolidation of protocols and computerization of Primary Health Care. The local Planning APN demonstrates satisfactory results regarding accessibility (100%), conducting home visits (90%) and bond with maternity (95%), however, unsatisfactory as to counter reference (0%) and achievement of Education Health (50%). The physical structure and existence of material evidences average intake in the county, requiring consolidation of municipal protocols to improve the process of using the input evidenced. The results for the NPC processes highlight the importance of in loco evaluation, as well as the use of the protocols of MS in this activity. Although the women of the city to begin the prenatal early (92.9%) have secured at least six visits during the same (80.87%), as well as its distribution in first (71.59%), second (78.69%) and third quarter (78.69%) of gestation, there was compromised of quality in the processes related to the collection of additional data from pregnant women, proper conduct and uniform examinations recommended by PHPN, technical procedures during the consultation as well as Pap smear testing (12.02%) and breast (3.28%). The evaluation is useful to management because information generated aimed at continuous qualification of the current program as well as the modification of the framework municipal sanitary indicators that reflect on mortality or elsewhere, ensuring accessibility, coverage and equity in Prenatal Care.

Key Words: Prenatal Care. Primary Health Care. Health Evaluation. Humanization of Assistance.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 - PARÂMETROS A SEREM SEGUIDOS POR ESTADOS E MUNICÍPIOS, POR MEIO DAS ÁREAS INTEGRANTES DA SAÚDE, NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL	29
QUADRO 2 – SÍNTESE DA COLETA, FONTE, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS RELACIONADOS AOS OBJETIVOS DA PESQUISA	42
QUADRO 3 – ATIVIDADES ATRIBUÍDAS AOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL, COLOMBO-PR, 2012.....	54
TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS DE GESTANTES INSCRITAS NO SISPRENATAL QUE REALIZARAM 06 (SEIS) CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, A CONSULTA DE PUERPÉRIO, TODOS OS EXAMES BÁSICOS, O TESTE ANTI-HIV, A 2ª DOSE OU A DOSE DE REFORÇO OU A DOSE IMUNIZANTE DA VACINA ANTI-TETÂNICA DO ANO DE 2006 A 2011, COLOMBO-PR, 2012	51
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS E ABSOLUTAS DE RECURSOS FÍSICOS CONFORME CONDIÇÕES DE USO, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, 2012 (n=20)	57
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS E ABSOLUTAS DE MATERIAIS PERMANENTES/ EQUIPAMENTOS CONFORME SUAS CONDIÇÕES DE USO, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, 2012, (n=20).....	58
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS E ABSOLUTAS DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DISPONÍVEIS PARA A ATENÇÃO PRÉ-NATAL, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, 2012, (n=20).....	59
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE REGISTROS DOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E COMPLEMENTARES, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, 2012, (n=183)	61

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, IMUNIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)	63
TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE REALIZAÇÃO DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO E DE MAMA, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)	64
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE RISCO GESTACIONAL, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)	64
TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS NOS TRÊS TRIMESTRES DE GESTAÇÃO E DURANTE TODA A ATENÇÃO PRÉ-NATAL DE CADA GESTANTE (n=183).....	65
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE CARACTERÍSTICAS DA REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA CONSULTA E CONSULTA PUERPERAL DE PRÉ-NATAL, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)	66
TABELA 11- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DAS GESTANTES SEGUNDO FAIXA DE IDADE, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)	67
TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO COMPARATIVA DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS ENTRE DIFERENTES AUTORES QUANTO A REALIZAÇÃO ADEQUADA DOS EXAMES PREVISTOS PELO PHPN.....	82
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO COMPARATIVA ENTRE DIFERENTES AUTORES QUANTO AOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS REALIZADOS ADEQUADAMENTE DURANTE A CONSULTA PRÉ-NATAL.....	85

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMM – Coeficiente de Mortalidade Materna
CTA- Centro de Triagem e Acolhimento
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
Decit – Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IPARDES- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IMC – Índice de Massa Corporal
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs – Normas Operacionais Básicas
ODM – Objetivos do Milênio
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Pet-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PPGENF – Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR
PPSUS - Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde
SESA – Secretaria de Estado da Saúde
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SisPreNatal – Sistema de acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVO GERAL	18
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.3 JUSTIFICATIVA	18
1.4 DELINEAMENTO DO RELATÓRIO DE PESQUISA	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 O SUS E A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	21
2.2 ATENÇÃO QUALIFICADA NO PRÉ-NATAL	26
2.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE	31
3 MATERIAIS E MÉTODOS	36
3.1 TIPO DE PESQUISA	36
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	38
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA E OUTRAS FONTES DE DADOS	40
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	40
3.5 COLETA DE DADOS	41
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	45
4 RESULTADOS	48
4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ- NATAL MUNICIPAL – UMA VISÃO DO NÍVEL ESTRATÉGICO DA GESTÃO ..	48
4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ- NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	53
4.3 RECURSOS FÍSICOS, RECURSOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À ATENÇÃO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	56
4.4 PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL MUNICIPAL	60
4.5 NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, DISTRIBUIÇÃO NOS TRIMESTRES DE GESTAÇÃO, PRIMEIRA CONSULTA, CONSULTA PUERPERAL E INTERVALO DE IDADE DAS GESTANTES	65
5 DISCUSSÃO	68
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ- NATAL MUNICIPAL NO NÍVEL ESTRATÉGICO	68

5.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	72
5.3 RECURSOS FÍSICOS, RECURSOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À ATENÇÃO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	75
5.4 PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL MUNICIPAL.....	78
5.5 NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, DISTRIBUIÇÃO NOS TRIMESTRES DE GESTAÇÃO, PRIMEIRA CONSULTA, CONSULTA PUERPERAL E INTERVALO DE IDADE DAS GESTANTES.....	89
6 CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES	106
ANEXO A.....	121

1 INTRODUÇÃO

A dissertação que aqui se apresenta, foi desenvolvida no curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Trata do tema Avaliação do Programa de Atenção Pré-Natal e contempla a linha de pesquisa Políticas e Práticas: de Educação, Saúde e Enfermagem do PPGENF.

Esta pesquisa integra o subprojeto Avaliação para a Qualificação da Gestão e da Assistência na Atenção Pré-Natal no município de Colombo-PR, de Wolff *et al.* (2009). Aprovado conforme o edital 08/2009 – Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS), da Fundação Araucária. Tal projeto integra também o projeto “Organização e práticas na Atenção Básica à Saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família - ESF”, desenvolvido pelo Setor de Ciências da Saúde da UFPR, vinculado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) do Ministério da Saúde.

O PPSUS foi constituído em 2004, pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), órgão do Ministério da Saúde, com o objetivo de financiar pesquisas envolvendo temas prioritários à saúde da população, de forma a fortalecer e aprimorar o Sistema Único de Saúde, promovendo desenvolvimento científico e tecnológico no país e superando desigualdades regionais em ciência e tecnologia em saúde (BRASIL, 2010).

Envolvidos neste cenário, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná iniciaram o referido projeto no ano de 2009, em parceria gestores do município de Colombo-PR, com aprovação e financiamento da Fundação Araucária, inserida no PPSUS enquanto agente executora no Estado do Paraná.

Dentre os subprojetos elaborados em resposta aos objetivos propostos, em 2009 foi desenvolvida a monografia para conclusão de graduação de Enfermagem, intitulada “Avaliação da estrutura, processo e resultados da Atenção Pré-Natal, em quatro Unidades de Saúde do município de Colombo”, produzida igualmente, pela autora e orientadora desta dissertação.

Na presente dissertação, novamente gestores e pesquisadores uniram esforços para maior articulação destas áreas, no fortalecimento da pesquisa em

saúde, de modo a utilizar as evidências científicas no processo de tomada de decisão da gestão municipal, com ênfase na Atenção Pré-Natal.

A importância dos indicadores ligados à Atenção Pré-Natal é reconhecida mundialmente como representativa da realidade socioeconômica populacional. Indicadores de morbimortalidade materna e infantil são utilizados para a determinação de prioridades e o planejamento de ações ligadas à gestão no Setor Saúde. Destarte, o levantamento e registro, bem como análise dos mesmos está intimamente ligada à qualidade da atenção.

Uma vez que a qualidade da assistência mantém relação direta com os níveis de saúde de mães e conceptos, a atenção pré-natal e puerperal implica ser organizada de forma a contemplar a integralidade e humanização no cuidado. Conseqüentemente, deve atender às reais necessidades das mulheres durante os períodos gestacional e puerperal, estar embasada em conhecimentos técnico-científicos atualizados e servir-se de meios e recursos adequados ao cuidado específico de cada mulher (BRASIL, 2005).

Com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, melhorar o acesso e qualidade da assistência Pré-Natal, ao parto e puerpério, o Ministério da Saúde (MS) lançou, no ano de 2000, o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

Nesta pesquisa, a Atenção Pré-Natal refere-se a todas as atividades previstas no PHPN, a qual se distingue da Assistência Pré-Natal, que, por sua vez, se refere às atividades de cuidado direto às gestantes e puérperas.

O PHPN estabelece critérios mínimos a serem alcançados para uma Atenção Pré-Natal efetivamente qualificada. Dentre eles, destaca-se o acolhimento da gestante e início do atendimento até o quarto mês de gestação; a realização de no mínimo seis consultas, com preferência para realização de uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três consultas no terceiro. Priorizam-se, dentre outros, a realização de exames para diagnóstico, imunização da gestante contra o tétano (vacina dupla DT tipo adulto) e, posteriormente, a realização da consulta puerperal em até 42 dias após o parto, independente se for normal ou cesárea (BRASIL, 2000).

No entendimento de Serruya (2004), o PHPN foi uma intervenção planejada em um país em desenvolvimento, estruturada com medidas para as diferentes instâncias da Atenção Pré-Natal. Seu desenho busca mudar o paradigma

tecnocrático¹ na atenção à gestação, parto e puerpério, por meio do estabelecimento de critérios mínimos de incentivo financeiro, rigorosamente atrelado ao cumprimento desses critérios. Concomitantemente a sua criação, foi instituído um sistema de informações, o SisPreNatal, que permite o monitoramento e a avaliação da atenção em curso. Todas estas características, segundo a autora, atribuíram ao programa um ineditismo.

Para Koffman e Bonadio (2005), garantir uma assistência adequada significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem-estar da gestante e de seu conceito, além de orientá-la para evitar problemas específicos do parto, ou mesmo, determinados cuidados imediatos ao recém-nascido.

Ressalta-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), além de enfatizar seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, prioriza e determina o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde na esfera loco-regional, de maneira descentralizada e regionalizada, bem como prevê a participação social. Baseados nesses preceitos a responsabilização pública de cada esfera governamental tem a humanização como uma das dimensões fundamentais, operando transversalmente em toda a Rede SUS.

O SUS constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde, que tem, como uma de suas características primordiais, valorizar o nível de gestão municipal (CALEMAN *et al.*,1998). Por conseguinte, observa-se neste nível de gestão a busca pelo alcance de metas ligadas à Atenção Pré-Natal, estabelecidas como prioridades federais e estaduais, a partir de indicadores como: qualidade da atenção; investigação de óbitos na faixa etária de menores de um ano; número de casos de sífilis congênita; abrangência de imunização dupla tipo adulto (Dt) e oferta do exame preventivo de câncer de colo de útero e mama.

Dentre as pactuações realizadas no âmbito do SUS está o Pacto pela Saúde, estabelecido em 2006 entre os governos municipais, Estados e a União. O mesmo é constituído por três segmentos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Dentre as prioridades do Pacto pela Vida estão a redução das

¹ Segundo Serruya (2004) o paradigma conceitual de atenção que se buscou ultrapassar se embasa em princípios tecnocráticos, em que a organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e pacientes desenhasse com princípios mercadológicos e de produtos.

mortalidades infantil e materna, e o controle de câncer de colo de útero e de mama, prioridades estreitamente relacionadas à qualidade da Atenção Pré- Natal. Para que sejam alcançadas, é necessário o acordo de ações nas diferentes esferas de governo (LOBO; LIMA; ACIOLI, 2011).

A partir dessas considerações, o problema que esta pesquisa buscou investigar foi: **Em que medida as UBS de Colombo-PR atendem aos aspectos que traduzem a qualidade da atenção ao Pré-Natal, preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)?**

Para responder a essa questão norteadora foram elaborados os seguintes objetivos de pesquisa.

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da Atenção Pré-Natal no Sistema Único de Saúde, segundo aspectos de estrutura e processo, em Colombo-PR.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o planejamento e organização da gestão municipal de saúde para a Atenção Pré-Natal no município em estudo;
- b) Auditar aspectos da estrutura e processos relativos à Atenção Pré-Natal nas UBS do município em estudo.

1.3 JUSTIFICATIVA

Aderir ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), possuir estrutura física, materiais e recursos humanos necessários, por si só, não garante à Gestão Municipal que a Atenção Pré-Natal esteja respondendo a todos os aspectos que envolvem a qualidade da assistência.

Confirma esta perspectiva as evidências apontadas pela área técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), de que ainda que haja ampliação na cobertura,

alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e o de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no PHPN conseguem realizar o elenco mínimo das ações preconizadas nesse programa.

Sendo assim, as mortes maternas e neonatais continuam sendo problemas epidemiológicos e sociais relevantes no país. Visando ao enfrentamento desta realidade, o governo brasileiro e outros 190 países firmaram, em 2000, um pacto internacional que prevê um conjunto de oito macro objetivos, mais conhecidos como 'Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)', a serem alcançados até 2015 por meio de ações de combate à pobreza e à fome, promoção da educação, da igualdade de gênero, de políticas de saúde, saneamento, habitação e meio ambiente (BRASIL, 2007).

Dentre os oito ODM, destaca-se que o quinto contempla a melhoria da saúde materna, a qual deverá ser alcançada mediante a redução da taxa de mortalidade em 75% entre 1990 e 2015. Considerando-se que as principais causas de mortalidade materna no Brasil estão estreitamente relacionadas ao atendimento Pré-Natal, faz-se relevante o desenvolvimento de ações que lhe imprimam qualidade, como parte dos esforços para o alcance das metas e objetivos pactuados mundialmente (BRASIL, 2007).

É pertinente considerar o caráter desafiador da proposta do PHPN para os municípios, na medida em que o Ministério da Saúde propõe aos gestores uma mudança no modelo de atenção, anunciando o paradigma da humanização como fio condutor deste processo (BRASIL, 2000). Destarte, é louvável a realização de parcerias serviço-academia no sentido da consolidação do programa no nível municipal, consoante às políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Desse modo, destaca-se a característica inovadora no desenvolvimento desta pesquisa no SUS de Colombo-PR, visto que se trata da primeira avaliação realizada de modo global em nível primário de atenção, com vistas à inclusão da avaliação na rotina da atenção básica, que por sua vez é considerada ação norteadora da política de saúde (FELISBERTO, 2006).

Para estimar a qualidade dos serviços, Donabedian (1990) tem recomendado a análise da sua estrutura, do processo e do resultado, considerando o estudo do processo como a melhor forma para investigar-se o conteúdo da atenção oferecida

no primeiro nível de assistência. Portanto, justifica-se porquê no desenho desta pesquisa priorizou-se a avaliação de estrutura e processo na Atenção Pré-Natal municipal.

1.4 DELINEAMENTO DO RELATÓRIO DE PESQUISA

Este relatório de pesquisa está estruturado em seis seções. Além desta introdução, apresentam-se as da revisão de literatura, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusão, seguidas pelas referências, apêndices e anexos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi elaborada tendo como foco três temas relacionados aos objetivos da pesquisa: O SUS e a Atenção à Saúde da mulher, Atenção qualificada no Pré-Natal e Avaliação da qualidade em saúde, que são abordados considerando aspectos bibliográficos, históricos e metodológicos.

2.1 O SUS E A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado desde 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde – Lei 80.080 (BRASIL, 1990), como sistema nacional de saúde, tem sua raiz estrutural firmada na promulgação da Constituição Federal de 1988, à luz dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária.

Projeto articulado ao longo dos anos 70 e 80, a Reforma Sanitária foi encampada por sanitaristas, trabalhadores, entidades, estudantes, dentre outros, que lutavam no desejo da criação de um sistema único de saúde que extrapolasse a visão biologicista, contemplasse a saúde como direito da cidadania e obrigação do estado, pautado por princípios de universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação social.

Posteriormente incorporados ao SUS, os princípios foram divididos em doutrinários, os quais refletem a filosofia na criação e implementação do sistema; e organizativos, que versam sobre o funcionamento do mesmo. Como doutrinários, têm-se a universalidade, equidade e integralidade; e, como organizativos, a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 1990).

Tais princípios são base para ações e planejamento do SUS, e dizem respeito dentre outros, ao acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, de maneira que todas as suas necessidades sejam atendidas, respeitando-se suas particularidades e visando ao tratamento equânime da sociedade.

A participação social, enquanto diretriz organizativa, prevê o envolvimento da população no processo de formulação das políticas públicas de saúde, promove a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença e dos serviços. Acontece por meio das conferências e conselhos de saúde, fóruns consultivos e deliberativos que permitem o controle social, nome mais popularmente conhecido.

O SUS tem como principais objetivos a identificação e divulgação dos determinantes e condicionantes da saúde; a formulação de políticas destinadas a promover redução de risco das doenças e agravos, e a execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Neste contexto, tornou-se necessária a redistribuição da responsabilidade político-administrativa e de recursos aos municípios, com conseqüente aumento da autonomia e responsabilidade destes. A municipalização se deu com o desejo de adequar a distribuição dos serviços com base no território e características populacionais e, ainda, na sua organização por níveis de atenção, cuja porta de entrada é a Unidade Básica de Saúde (UBS) (AGUIAR, 2011).

Para preservar a Saúde como direito de todos e dever do estado, coube aos gestores do sistema a criação de formas regulatórias, de planejamento, financiamento e ações estratégicas voltadas à garantia deste direito e viabilização do SUS, enquanto ação preventiva e promocional da saúde.

Neste sentido, as Leis Orgânicas da Saúde 80.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b) iniciaram um processo de regulação das ações e condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir daí, criou-se uma base de regulação federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, com edição de normas operacionais, com vistas a melhor organização do sistema.

De forma processual, na década de 90 as Normas Operacionais Básicas (NOBs) aprimoraram a forma do repasse de verbas e o processo político de negociação entre gestores, por meio das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), espaços de pactuação permanente, para discussão, negociação e execução de políticas, entre as esferas federal, estadual e municipal.

Em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde–NOAS (BRASIL, 2002), criou os planos diretores de assistência à saúde, com a finalidade de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às

ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, concebendo as redes assistenciais (AGUIAR, 2011).

Após avanços alcançados no caminho da municipalização e descentralização do SUS, em 2006 criou-se o Pacto pela Saúde, a partir da Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006), como ferramenta de responsabilização pública de cada esfera governamental na consolidação do SUS, com vista à gestão pública por resultados.

O Pacto pela Saúde divide-se em três partes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. No Pacto pela Vida é realizada a priorização em relação ao que causa impacto sobre a vida da população, por meio de metas nas três esferas de governo. Sendo assim, as prioridades pactuadas visam ao fortalecimento da Atenção Básica e são: Saúde do Idoso; controle do câncer de colo de útero e mama; redução das mortalidades infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias e Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

No ano de 2006, o objetivo foi de reduzir em 5% tanto a mortalidade infantil como a razão da mortalidade materna. O Pacto pela Vida previu ainda, a qualificação da atenção a doenças prevalentes, criação de comitês para vigilância de óbitos, garantia de insumos e medicamentos para tratamento de síndromes hipertensivas no parto e qualificação na distribuição de hemoderivados para o parto (LOBO; LIMA; ACIOLI, 2010).

Por sua vez, o Pacto em Defesa do SUS visa ao fortalecimento dos princípios basilares do SUS, por meio de ações estratégicas de curto e longo prazo. Finalmente, o pacto de gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado e fortalece o processo de gestão compartilhada e solidária (BRASIL, 2006).

Ao nível federal cabem ações de formulação, avaliação e apoio de políticas; além de normatizar ações, prestar cooperação técnica aos estados, ao Distrito Federal e municípios e controlar e avaliar as ações e os serviços, respeitadas as competências dos demais níveis. A direção estadual do SUS tem como principais atribuições promover a descentralização de serviços, executar ações e procedimentos de forma complementar aos municípios e, ainda, prestar-lhes apoio técnico e financeiro. E à direção municipal do SUS compete, principalmente, a execução, controle, avaliação das ações e serviços de saúde locais (BRASIL, 2006).

De acordo com a NOB 01/96 (BRASIL, 1996), o município pode assumir a modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Na primeira, o gestor municipal fica credenciado para responder pelas ações básicas de saúde, ficando as ações de níveis de média e alta complexidade a cargo do estado. Já na Gestão Plena do Sistema Municipal, o gestor responde por todas as ações e serviços de saúde do município, incluindo ações básicas e hospitalares, de todos os níveis de complexidade.

Com o processo de municipalização, o financiamento de tais ações é encaminhado ao município, por meio do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 1990). Este fundo caracteriza-se como uma conta especial, que engloba todos os recursos destinados para a saúde, provenientes das diferentes esferas, cabendo ao gestor municipal a gerência e prestação de contas de tais valores.

Cabe ressaltar que a implantação de novas legislações de normatização do SUS não exclui as já estabelecidas, sendo assim, diretrizes estruturadas por meio das NOBs e NOAS foram incorporadas pelo Pacto Pela Saúde. Diante da maior responsabilização pelo nível municipal, este Pacto exige da gestão adequado provimento e administração dos recursos para realização de ações básicas e estratégicas do SUS.

Neste contexto, as ações de Atenção Integral à Saúde da Mulher têm sido declaradamente assumidas como prioritárias, nos diferentes níveis administrativos de governo. Desde 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) já apontava mudanças nas ações e eleições de prioridades nesta linha de cuidado. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes, publicada pelo Ministério da Saúde em 2009, refletiu o compromisso com a redução da morbimortalidade por causas evitáveis e com o respeito aos direitos da mulher (BRASIL, 2009).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo realizado em 2010, as mulheres são maioria em relação aos homens. A relação entre os dados de 2000 e 2010 evidenciou um crescimento de 1,17 no total da população, sendo 51,04% de mulheres e 48,96% de homens (IBGE, 2011).

Neste cenário 62,8% das mulheres estavam em idade fértil (entre 10 e 49 anos) e 11,8% estavam com idade maior ou igual a 60 anos, consideradas idosas. A taxa de fecundidade apresentada foi de 1,9 filhos nascidos vivos, por mulher, ao final do período reprodutivo. O último censo evidenciou que a população feminina

apresentou-se predominantemente jovem nas regiões norte e nordeste, em relação as regiões sul e sudeste; já a região centro- oeste apresenta característica intermediária em relação a este dois grupos de regiões.

Quase a metade (48,4%) das mulheres com 10 anos ou mais de idade residentes no Brasil nunca tiveram instrução formal ou não completaram o ensino fundamental. Essa proporção chega a quase três quartos (72,7%) entre mulheres residentes na área rural. Por outro lado, no Brasil, 9,5% das mulheres completaram o ensino superior. Essa proporção foi bastante inferior entre mulheres residentes em área rural (1,8%) em comparação com a área urbana (10,7%).

Informações sobre as características populacionais e regionais são relevantes no processo de implantação de ações voltadas à saúde da mulher. Inicialmente eram limitadas ao período gravídico, atualmente incluem informações sociodemográficos e psicossociais, como determinantes no processo saúde-doença das mulheres (BRASIL, 2009).

Destaca-se a realização de ações intersetoriais e horizontalizadas às necessidades da população feminina, em detrimento de políticas verticalizadas. O atual programa para a saúde da mulher inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil das mulheres (BRASIL, 2009).

As políticas vigentes fomentam ações de atenção integral à saúde da mulher, com ênfase em inovações em programas, com vistas a uma assistência de qualidade a esta população. Neste sentido, cabe uma adequação contínua da gestão a essas políticas, nos três níveis administrativos de governo, de forma a garantir às mulheres melhores condições de saúde, em todas as fases de seu período vital.

Deve-se considerar a institucionalização da avaliação, prática em debate, com igual importância no desafio de consolidação do SUS, por meio da qualificação das práticas, orientada pelo princípio da integralidade, possibilitando a reorganização de um modelo de atenção básica de saúde com maior resolutividade (FELISBERTO, 2006).

2.2 ATENÇÃO QUALIFICADA NO PRÉ-NATAL

A Atenção Pré-Natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas na Rede Assistencial do SUS. Seu principal objetivo é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Esta atenção deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequados dos problemas que ocorrerem neste período (BRASIL, 2005).

Atendendo os princípios de universalidade e integralidade de ações a Atenção Pré-Natal deve dar cobertura a toda população de gestantes, assegurando o acompanhamento e a continuidade no atendimento e avaliação. Destaca-se, ainda, a importância de oferecer apoio emocional e psicológico ao companheiro e a família, para que estes também estejam envolvidos com todo o processo da gestação (BRASIL, 2005).

Estudo de Serruya *et al.* (2004) registra que, no final dos anos 90, o Ministério da Saúde definiu a saúde da mulher como prioritária e sistematizou projetos específicos a partir de três linhas principais de ações: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade materna por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher.

A terceira etapa de implementação desses projetos tratava, especificamente, da atenção no período pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção. Essas ações tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor.

Segundo Malta *et al.* (2007), as causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. Destaca-se que a morte evitável pode derivar, em algum grau, indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, que, por

sua vez, podem acarretar a tomada de medidas de resultado ou de impacto dessa atenção.

No ensejo de se consolidar uma lista de causas de morte evitáveis em crianças menores de cinco anos (MALTA, 2007), pode-se destacar as reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto e ao recém-nascido, como por exemplo a sífilis congênita, as doenças pelo vírus da imunodeficiência humana, afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido, hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer e hemorragia neonatal.

Buscando melhorar o cenário da Atenção Pré-Natal e, conseqüentemente, os indicadores de morbidade e mortalidade relacionados à gestação, parto e puerpério, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano de 2000.

Os princípios do PHPN têm como base a acessibilidade da gestante a atendimento digno e de qualidade, em todo o período gravídico; acesso à maternidade, assistência ao parto e puerpério de forma humanizada e segura, para ela e seu bebê (BRASIL, 2000)

Segundo Serruya (2004), o ineditismo na implementação do PHPN é dado por vários aspectos, dentre eles: o fato de ser uma intervenção planejada em um país em desenvolvimento, estruturada com medidas para as instâncias de assistência de baixa, média e alta complexidade, com um desenho que busca mudar o paradigma curativista para o de prevenção e atenção à saúde. Com um sistema de informações que permite o monitoramento e a avaliação da assistência em curso.

Neste sentido, por intermédio da Área Técnica de Saúde da Mulher, o Ministério da Saúde, em 2005, instituiu o Manual Técnico para Atenção Qualificada e Humanizada no Pré-Natal e Puerpério (BRASIL, 2005), em sua 3ª edição, revisada em 2006; o qual indica princípios gerais e diretrizes para a Atenção Obstétrica e Pré-Natal.

Segundo esse manual, estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada do Sistema Único de Saúde (SUS), com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, considerando os seguintes critérios: vinculação das unidades que prestam atenção Pré-Natal às maternidades; garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos; captação precoce das gestantes na comunidade; acessibilidade; garantia na realização de exames complementares; garantia de acompanhante no trabalho de parto; incentivo ao parto-normal e redução

da cesárea desnecessária; garantia de atendimento à demanda excedente; garantia de atendimento nas intercorrências obstétricas e neonatais; e, finalmente, atenção ao binômio no período puerperal (BRASIL, 2005).

O Quadro 1 apresenta os parâmetros a serem seguidos por estados e municípios, por meio das áreas integrantes do SUS, de modo a garantir Atenção Pré-Natal e Puerperal, em consonância com o PHPN.

A Atenção Pré-Natal e Puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional da saúde, sendo que as consultas correspondentes podem ser realizadas por médico ou enfermeiro. Destaca-se que, de acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986), o atendimento Pré-Natal para gestantes de baixo risco pode ser realizado pelo enfermeiro.

Entre outras atribuições do Enfermeiro, destaca-se a realização de: ações educativas a gestantes e familiares, Consulta de Pré-Natal a gestantes de baixo risco, incluindo solicitação de exames de rotina e orientação quanto ao tratamento de acordo com o protocolo do serviço, encaminhamento de gestantes de risco para os serviços de referência, trabalhos com grupos de gestantes, visitas domiciliares e fornecimento do cartão da gestante e coleta de exame (BRASIL, 2005).

AÇÃO	PRAZO	FINALIDADE
Captação precoce das gestantes/primeira consulta	120 dias do início da gestação	Fortalecer a adesão da mulher ao Pré-Natal e diagnosticar eventuais fatores de risco
Realização de no mínimo seis consultas de Pré-Natal	Uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação	
Desenvolvimento de atividades e procedimentos durante a Atenção Pré-Natal	Contínuo	Escuta ativa da mulher e seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando o que vai ser feito durante a consulta além de condutas a serem tomadas/Atividades educativas.
Anamnese e exame clínico obstétrico		
ABO - Rh e Hemoglobina/Hematócrito	Na primeira consulta	
Glicemia de Jejum	1º exame na primeira consulta e 2º próximo a 30ª semana de gestação.	
VDRL	1º exame na primeira consulta e 2º próximo a 30ª semana de gestação.	
Urina tipo 1	1º exame na primeira consulta e 2º próximo a 30ª semana de gestação.	
Testagem anti-HIV	Um exame na 1ª consulta	
Sorologia para Hepatite B(HBsAg)	Um exame próximo à 30ª semana de gestação.	
Sorologia para Toxoplasmose (IgM)	Na primeira consulta se disponível.	
Imunização antitetânica	Aplicação da vacina Dupla tipo adulto até a dose imunizante(segunda) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas	
Avaliação do estado Nutricional da Gestante e monitoramento por meio do SISVAN	Contínuo	Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais
Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e mama		
Tratamento de intercorrências da gestação		
Classificação de Risco	Deve ser realizada na primeira consulta e reavaliada nas subsequentes	Atendimento às gestantes classificadas como risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar necessário
Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive de intercorrências/urgências	Contínuo	
Atenção à mulher e ao recém-nascido ("Primeira Semana de Saúde Integral) e consulta puerperal	Entre a 30ª e 42ª semana pós-parto	

QUADRO 1 - PARÂMETROS A SEREM SEGUIDOS POR ESTADOS E MUNICÍPIOS, POR MEIO DAS ÁREAS INTEGRANTES DA SAÚDE, NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

FONTE: Poliquesi (2009)

O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal), desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) , estabeleceu mecanismos para que seja possível o monitoramento informatizado dessa atenção, de forma organizada e estruturada. Este sistema de informação inclui um elenco mínimo de procedimentos preconizados de acordo com o PHPN, o que possibilita a sua avaliação a partir do acompanhamento de cada gestante, disponibilizando os indicadores por período e localidade, os quais se subdividem em três grupos: indicadores de processo, resultado e impacto, cada qual com seus determinantes (BRASIL, 2000).

De modo a perpetuar uma política de aprimoramento da qualidade da Atenção Pré-Natal, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria 1.459 junho de 2011 (BRASIL, 2011), a qual institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha, a qual reafirma a responsabilidade do sistema e formas de adequação para a garantia de direitos e assistência adequada ao binômio mãe-filho, desde o momento do planejamento reprodutivo ao período puerperal. Com mecanismos que garantam acesso, acolhimento e resolubilidade, a mesma se baseia na priorização de quatro componentes, sejam estes o Pré-Natal, Parto e Nascimento; Puerpério; Atenção Integral à Saúde da Criança e, Sistema Logístico. Este último com caráter inédito em relação às políticas vigentes na Atenção integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011).

O componente logística refere-se à garantia de atendimento à gestante em situações e gestações de risco, de forma que este deva ser realizado por meio de transporte adequado, vinculado à rede de atenção, composta por profissionais devidamente preparados para o atendimento.

Deste modo, evidencia-se o caráter contínuo e evolutivo de políticas públicas voltadas para a Atenção Integral à Saúde da Mulher, em especial ao período gravídico, que envolve as diferentes instâncias de governo, de modo a responder, de modo integral, às necessidades desta população.

2.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

A busca pela qualidade dos serviços prestados, pela satisfação do cliente e melhor uso dos recursos disponíveis, são algumas das características que fomentam o crescente desenvolvimento da área de avaliação em saúde. De acordo com Tanaka e Melo (2001), a avaliação é uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas; serve para direcionar ou redirecionar a execução de ações e atividades. Além disso, deve ser exercida por todos os envolvidos no planejamento e execução dessas ações.

A avaliação desenvolveu-se principalmente nos Estados Unidos, a partir dos anos 60, como parte dos grandes programas de intervenção social propostos na época, resultando no surgimento de uma categoria profissional, os avaliadores de programas, que estão vinculados a instituições públicas ou privadas, ou organizados em empresas prestadoras desse tipo de serviço. Seus reflexos podem ser observados nos tipos de avaliação de programas (em geral e da saúde), atualmente propostos na literatura (NOVAES, 2000).

Pesquisador na área, Avedis Donabedian tem seus primeiros trabalhos datados na década de 60. O autor é referenciado em estudos de avaliação em saúde, principalmente por buscar clarear conceitos e sistematizar, na prática, as pesquisas avaliativas.

Donabedian recomenda a análise da estrutura, do processo e do resultado para estimar a qualidade nos serviços de saúde, e refere o estudo do processo como a melhor forma para se investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência (DONABEDIAN, 1990).

A análise estrutural diz respeito às condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá, tais como equipamentos, recursos humanos, instalações e insumos. Quanto ao processo, este se caracteriza pela dinâmica do cuidado em si, na relação direta entre prestador e receptor do serviço, por indicadores como solicitação de exames, execução de procedimentos, internações e cirurgias. Finalmente, os dados de resultado dizem respeito ao produto final da assistência prestada, e tem relação direta com os indicadores de morbimortalidade, estado de saúde, qualidade de vida, adaptação ao meio, entre outros (NOVAES, 2000).

Para fins de avaliação, inicialmente Donabedian atribuiu três dimensões à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades, sendo estas relacionadas às condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local em que a prestação ocorre (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Posteriormente propôs o que denominou de sete pilares da qualidade, sendo estes a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Esta dissertação propõe a realização de pesquisa de avaliação normativa, de modo que focalizará a estrutura e processo relativos aos pilares de eficácia, eficiência e equidade no desenvolvimento das ações de Atenção Pré-Natal, segundo as diretrizes do PHPN.

Eficácia diz respeito ao resultado do cuidado obtido na melhor situação possível, relaciona-se ao alcance das metas. Já a eficiência inclui o conceito de custo, ou seja, se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo de produção. E, finalmente, a equidade é o justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios (DONABEDIAN, 1990).

Na avaliação de programas em saúde, os mesmos são tomados como processos complexos de organização de práticas voltados para objetivos específicos. Conforme Novaes (2000), são considerados programas tanto aquelas propostas voltadas à realização de um macro objetivo como para a implantação de formas de atenção para populações específicas, como por exemplo a atenção domiciliar para idosos, vacinação e procedimentos de *screening* para grupos de risco a problemas de saúde determinados, propostas terapêuticas para doenças e doentes prioritizados.

As avaliações para gestão podem ser encontradas em trabalhos que avaliam implantação e impacto. Na análise de implantação ou implementação de intervenções complexas, como políticas, programas, serviços e ações, há de se considerar sua relação com o contexto de inserção, tendo em vista seus múltiplos componentes e determinantes contingenciais (SILVA, 2005).

Enquanto prática inserida em diferentes instâncias e campos da área da saúde, a avaliação permite diversas possibilidades de expressão, gerando uma polissemia conceitual e inúmeras metodologias avaliativas. Tal situação torna necessária, para os diferentes sujeitos da pesquisa (gestor, pesquisador e outros), a clareza e explicitação quanto à escolha teórica e técnica (SILVA, 2005).

A busca de um conceito de avaliação passa pela análise dos diferentes autores da área. Aqueles relacionados a avaliação de programas sociais têm conseguido maior consenso, visto o maior desenvolvimento de tal prática nesta área do conhecimento (SILVA, 2005). Aqui, tomemos o conceito proposto por Rossi e Freeman, que em 2004 consideram a avaliação como sinônimo de pesquisa avaliativa e a definem como a aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção.

A pesquisa avaliativa corresponde a um julgamento feito sobre uma prática social, sobre suas características em geral ou específicas, por meio de recursos e metodologias científicas (SILVA, 2005).

Patton, em 1997, expôs a complexidade imersa no campo da avaliação de programas e discute três objetivos, para fins práticos neste processo, são estes: para fazer julgamentos, para facilitar o desenvolvimento do programa ou para contribuir com o conhecimento (SILVA, 2005).

Com relação aos diferentes objetos de avaliação, o sistema seria o nível mais complexo de organização das práticas, correspondente a um sistema municipal, estadual ou nacional. Este tipo de avaliação se torna útil à gestão, gerando informações voltadas para a retificação necessária nos programas em curso. O autor toma cada avaliação como um caso particular, que solicita do investigador criatividade na formulação de estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos e na seleção de critérios, indicadores e padrões (PATTON, 1997, *apud* SILVA, 2005).

O conflito entre abordagem qualitativa ou quantitativa neste tipo de pesquisa é considerado superado, sendo que maior atenção recai na construção do objeto e mobilização do maior número de técnicas possíveis para a devida análise. Neste sentido, os estudos de caso são prioritariamente escolhidos, dependentes do nível e profundidade da análise, no qual pode ser utilizada a observação etnográfica, entrevistas, análise documental, história de vida, entre outros (SILVA, 2005). Sendo assim, infere-se que a escolha da estratégia estará diretamente relacionada com a delimitação do foco e criação do objeto de estudo.

Silva e Formigli (1994), ao abordarem práticas e necessidades de saúde, afirmam que é possível realizar análises em duas vertentes, primeiramente na busca de significados econômicos, políticos e ideológicos em situações reais de vida, bem como na capacidade de tais práticas modificarem a condição de saúde, atendendo

ou não às necessidades de uma população, evidenciando suas características e efeitos.

As autoras inferem que a área de abrangência da avaliação em saúde recai, principalmente, sobre a segunda vertente exposta, na medida em que possibilitam modificação de quadros sanitários e verificação de dificuldades em determinadas práticas, que reflitam em indicadores de morbimortalidade ou outras instâncias.

A prática de avaliação em saúde pode ser realizada nas diferentes áreas de atenção à saúde, em relações individuais ou coletivas, tratando-se de serviços simples, complexos e até mesmo de programas de atenção à saúde. Donabedian (1990) diferencia quatro níveis de provedores de cuidado, ao evidenciar a influência do contexto na qualidade do cuidado, sendo estes o próprio profissional, diversos profissionais, uma equipe organizada e, finalmente um plano, instituição e sistema.

Nas pesquisas avaliativas referentes à Atenção Pré-Natal, a relevância recai sobre a acessibilidade, a cobertura e a equidade no atendimento, evidentes em estudos de Costa (2000) e Silveira (2001), que objetivaram verificar as características da assistência, estrutura e processo de atendimento.

Estudos de Serruya (2003, 2004) estão relacionados ao panorama da assistência no período gravídico, à luz das políticas nacionais, evidenciando a experiência do PHPN no Brasil (2003), o panorama da Atenção Pré-Natal no Brasil (2004) e resultados iniciais do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2004).

Já estudos de Domingues (2012), Rocha (2011) e Trevisan *et al.* (2002) contemplaram a avaliação da atenção Pré-Natal em sistemas municipais de saúde, no nível primário dos serviços. Existem ainda, trabalhos que visam o comparativo entre Unidades Básicas de Saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família, com vistas ao levantamento de possíveis diferenças entre elas no que diz respeito à Atenção Pré-Natal (ANVERSA *et al.*, 2012).

Destaca-se, todavia, que as considerações referentes à polissemia conceitual da avaliação em saúde e as diferentes metodologias avaliativas ficam evidentes, porém não diminuem o mérito de tais pesquisas, quando da explicitação dos meios e técnica utilizados. Tal panorama configura aprimoramento na evolução da pesquisa avaliativa como prática científica.

Entretanto, pesquisas que tratem sobre a organização do serviço da Atenção Pré-Natal são imprescindíveis. Esta premissa pauta-se na afirmativa de que a

organização do serviço tem sido um elemento fundamental para execução dessa atenção, pois uma atenção humanizada necessita, além de trabalhadores de saúde qualificados e sensíveis às necessidades de saúde das famílias, sujeitos e comunidades, também de ferramentas tecnológicas comuns ao desenvolvimento da consulta, à atenção especializada e à dinâmica do cuidado nos diferentes níveis de atenção e o seguimento desse cuidado de maneira integral e holística (XIMENES NETO *et. al*, 2008).

No próximo capítulo serão apresentados os materiais e métodos utilizados no desenvolvimento da pesquisa.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta seção serão apresentados os itens relacionados ao material e métodos da pesquisa, como tipo de pesquisa, local de realização, participantes e outras fontes de dados, aspectos éticos, bem como coleta, tratamento e análise dos dados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de avaliação normativa, exploratório-descritiva, de recorte transversal, com abordagem quali-quantitativa.

Pesquisa avaliativa é a aplicação sistemática de procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção (ROSSI ; FREEMAN, 2004). Por meio de “[...] procedimentos científicos examinam-se as relações que existem entre os diferentes componentes da intervenção” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 31). Segundo o autor, uma intervenção constitui-se pelo conjunto de meios físicos, humanos, financeiros simbólicos, organizados em um conjunto específico, em um determinado momento, de modo a padronizar bens ou serviços com vistas a transformar uma determinada situação-problema.

As intervenções focalizadas nesta pesquisa avaliativa foram as da Atenção Pré-Natal realizadas em vinte UBS do município de Colombo-PR, as quais foram analisadas à luz dos princípios gerais e diretrizes do Ministério da Saúde, com base no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Ao adotar a aplicação de tais princípios e diretrizes, esta pesquisa caracteriza-se como de avaliação normativa (HARTZ, 2011). Para Figueiró, Frias e Navarro (2010) uma avaliação é normativa quando o julgamento que envolve o processo de avaliação é resultante da aplicação de critérios e de normas.

Optou-se pela utilização do PHPN como referência do SUS para avaliação normativa nesta pesquisa, por reconhecê-lo como programa já implementado e consolidado nacionalmente, e que serve de base para todos os demais programas específicos construídos para a realidade socioeconômica, político-administrativa e o

perfil epidemiológico de diferentes áreas de abrangência. Destaca-se, entre eles, programas voltados à Atenção Pré-Natal nos âmbitos federais, estaduais e municipais, como a Rede Cegonha, Mãe Paranaense e Nascer em Colombo, respectivamente.

As especificidades de um estudo descritivo nesta pesquisa são definidas pela exposição das características dos dados relativos ao planejamento e organização da Atenção Pré-Natal no nível da gestão municipal de saúde, de forma a estabelecer relações entre variáveis. Para tanto, foram utilizadas técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2002), como entrevistas semi-estruturadas com profissionais ocupantes de cargos ligados à gestão, no nível estratégico central, do SUS municipal, bem como entrevistas estruturadas com preenchimento de formulário pela pesquisadora, aplicadas aos profissionais responsáveis pela gestão no nível local, nas vinte UBS sob análise.

O aspecto exploratório desta pesquisa configura-se, principalmente, pela exploração do número máximo de informações referentes à Atenção Pré-Natal nas unidades, em relação ao que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Assim, buscou-se familiarizar-se com esses fenômenos, ou obter nova percepção dos mesmos e descobrir novas ideias (TOMASI; YAMAMOTO, 1999).

A abordagem quantitativa nesta pesquisa está relacionada aos dados referentes à estrutura e processo, bem como de planejamento e organização da Atenção Pré-Natal nas UBS do município, obtidos mediante aplicação de entrevista estruturada, submetidos à análise por meio de procedimentos matemáticos e estatísticos (TOMASI; YAMAMOTO, 1999).

Além das devidas avaliações quantitativas de programas da atenção básica, os instrumentos qualitativos possibilitam aprofundar a compreensão de determinadas situações que se expressam na forma de opiniões, crenças e valores de grupos, segmentos e microrrealidades (MINAYO, 2004). Portanto, considerando a indissociabilidade entre o mundo objetivo e a subjetividade dos sujeitos, nesta pesquisa utilizou-se a abordagem qualitativa, na análise das entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos profissionais ocupantes de cargos ligados à gestão, no nível estratégico ou central do SUS municipal, a fim de subsidiar a discussão de questões relacionadas ao planejamento e organização da mesma.

Como estratégia de pesquisa (YIN, 2005) ou método de procedimento (GIL, 2002) utilizou-se o estudo de caso, tendo como unidade de análise o conjunto de

unidades da atenção básica que realizam Atenção Pré- Natal, no SUS do município, e diferentes fontes de coleta de dados.

Segundo Yin (2005), a estratégia de estudo de caso tem sido utilizada quando se têm pouco controle sobre os acontecimentos em análise, quando estes estão inseridos em contexto contemporâneo. Além disso, o autor afirma a utilização de tal método como ferramenta da administração pública, outra característica que revela a coerência na sua utilização, considerando-se o desejo de que os resultados desta pesquisa fossem utilizados pela gestão do município, como forma de aprimoramento da qualidade da Atenção Pré-Natal.

O estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento da coleta e análise de dados. Permite uma investigação que se aproxime da complexidade da organização em estudo, contemplando aspectos assistenciais e gerenciais da Atenção Pré-Natal no município, inferindo ao estudo apresentação justa e rigorosa dos dados, características essenciais apontadas por Yin (2005).

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Colombo-PR está situado na Região Metropolitana de Curitiba, ocupa uma área territorial de 197,805km², com 213.027 habitantes (IBGE, 2010), com população feminina constituída de 107.988 habitantes, que representam 50,7% da mesma. A população do município aumentou 65,2% desde o ano 2000, passando de 128.940 habitantes para 213.027 habitantes em 2010 (IBGE, 2010), dos quais 203.203 (95,41%) residem em área urbana e 9.764 (4,58%) em área rural, o que representa uma taxa de urbanização de 95,42%.

Para o grupo feminino de habitantes esta estimativa se repete, sendo que as mulheres colombenses concentram-se em maior número na área urbana num total de 103.187 (95,58%) mulheres e 4.770 (4,41%) na área rural.

A estrutura de serviços de saúde do município de Colombo-PR constitui-se de Unidades Especializadas e Hospitalares e 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo nove destas unidades inseridas na Estratégia Saúde da Família, com 27 equipes qualificadas. Em sua totalidade, o setor municipal público de saúde está constituído de: um hospital de pequeno porte, filantrópico, credenciado ao SUS; um

hospital-maternidade municipal; dois Pronto-Atendimentos 24 horas; 22 UBS, duas delas em área rural; uma Unidade de Saúde da Mulher; um Ambulatório de Saúde Mental; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II); um Centro de Atenção Psicossocial para transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS-ad); um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), serviço de atendimento especializado para portadores de DST/AIDS; um Setor de Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental); um Centro de Distribuição de Medicamentos e Materiais, interligado a cinco farmácias municipais; uma Central de Ambulâncias; um Centro de Especialidades Odontológicas e a Sede da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

De acordo com o tipo de serviço que oferta, as doze Unidades Básicas que não adotam a Estratégia de Saúde da Família são: Unidade Alto Maracanã; Atuba; Bacaetava; CAIC; Capivari; Jardim Paraná; Jardim Osasco; Liberdade; Mauá; Nossa Senhora de Fátima; Quitandinha; São Dimas e Sede. As oito UBS que adotam a ESF são as denominadas: Alexandre Nadolny; Guaraituba; Jardim Cristina; Jardim das Graças; Monte Castelo; Santa Tereza; São Domingos e São José.

Desta descrição, os cenários em que ocorreu a coleta de dados são a SMS e as vinte UBS que realizam atividades do Programa de Atenção Pré-Natal no município de Colombo-PR. Em consonância com o exposto, os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2010), o SUS do município dispõe de serviços de internação, ambulatoriais, de urgência, diagnóstico e terapia, bem como de vigilância epidemiológica.

Dados de 2009 (SIH/SUS) demonstram que houve 2840 (37,4%) internações hospitalares para a especialidade obstétrica em 2009, com média de permanência de 2,7 dias, sem registros de mortalidade. Neste mesmo período, a distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária evidencia que, para o grupo de causas gravidez, parto e puerpério (CID 10, 2008), houve 17,4% de internamentos, dos quais 5,1% foram de mulheres de 10 a 14 anos, 55,5% de 15 a 19 anos e 26,1% de 20 a 24 anos.

A taxa bruta de natalidade de Colombo em 2010 foi de 17,28 para mil habitantes (DATASUS, 2010). Para este mesmo ano, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) foi de 12,77 para mil nascidos vivos, já o Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) foi de 54,33 para cem mil nascidos vivos, caracterizando taxa geral de mortalidade de 6,16 para mil habitantes.

Em Colombo, a esperança de vida ao nascer é de 69,25 anos e a taxa de alfabetização em adultos é de 92,78% com taxa bruta de frequência escolar de 75,52%. Quanto ao analfabetismo, as maiores proporções estão na faixa de idade de 50 anos e mais que representam 14,52%, sucedidos pelos de 40 a 49 anos com 4,17% e de 30 a 39 anos com 1,77% (IPARDES, 2012).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA E OUTRAS FONTES DE DADOS

Distinguem-se dois grupos de participantes nesta pesquisa. O primeiro foi constituído de dois profissionais ocupantes dos cargos ligados à gestão, no nível estratégico ou central, do SUS municipal. O segundo grupo foi constituído de vinte profissionais, responsáveis pela gestão no nível local, coordenadores nas vinte UBS sob análise nesta pesquisa.

Os critérios de inclusão para ambos os grupos foram: ocupar cargo na gestão do SUS no município no nível central ou local, e aceitar participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Destaca-se que todos os participantes da pesquisa são enfermeiras.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa integra o subprojeto Avaliação para a Qualificação da Gestão e da Assistência na Atenção Pré-Natal no município de Colombo-PR, de Wolff *et al.* (2009), aprovado conforme o Edital 08/2009 – Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS), da Fundação Araucária. Tal projeto integra também o projeto “Organização e práticas na Atenção Básica à Saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família - ESF”, desenvolvido pelo Setor de Ciências da Saúde da UFPR, vinculado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) do Ministério da Saúde (ANEXO A).

O projeto foi apresentado e analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e obtendo aprovação, por estar de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução

nº 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Ministério de Saúde (CNS, 1996), está sob o registro no CEP/SD de número 772.107.09.08 e CAAE:0049.0.091.091-09.

Aos vinte e dois participantes da pesquisa foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Cada participante recebeu todas as informações sobre o objetivo e a metodologia da pesquisa, sobre a modalidade da sua participação, bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas. Foi garantido a todos o direito de participação espontânea na pesquisa e a liberdade de desistirem desta a qualquer momento do seu desenvolvimento. Foram também assegurados o sigilo e o anonimato referentes às informações fornecidas, tanto dos participantes como da sua ligação as UBS.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados compreendeu o período de julho e agosto de 2012. Os dados da pesquisa foram obtidos mediante diferentes fontes e técnicas, períodos de tempo, procedimentos de tratamento e análise de dados, os quais estão apresentados no Quadro 2. A coleta de dados foi composta por duas etapas complementares, relacionadas a cada um dos objetivos específicos, respectivamente.

As etapas de coleta de dados podem também ser explicitadas conforme os locais em que ocorreram, sendo que a pesquisadora procedeu, primeiramente, à coleta de dados por meio de entrevistas realizadas na sede da SMS e, finalmente, à coleta de dados realizada nas 20 UBS, foram coletados dados de organização e planejamento local, recursos físicos e materiais, medicamentos e processos da Atenção Pré- Natal.

Dados/ Objetivos	Técnica de Coleta de Dados	Fonte	Período da coleta	Tratamento dos dados	Análise dos Dados
Descrever o planejamento e organização da gestão municipal de saúde para a Atenção Pré-Natal no município em estudo, tendo como normativa o PHPN;	1. Entrevista Semi-Estruturada	Sujeitos: 1. Dois profissionais ligados à gestão, no nível estratégico ou central do SUS municipal	Julho e agosto de 2012	1. Descrição e validação pelos sujeitos	1. Análise temática
	2. Entrevista Estruturada e preenchimento de formulário pela pesquisadora	2. Vinte profissionais, responsáveis pela gestão no nível local das UBS em análise		2. Tabulação e descrição	2. Análise de frequência absoluta e relativa dos dados
Auditar aspectos da estrutura e processos relativos à Atenção Pré-Natal nas UBS do município em estudo.	1. Entrevista estruturada e preenchimento de formulário pela pesquisadora abrangendo aspectos de estrutura física, materiais e medicamentos	1. Sujeitos: Vinte profissionais, responsáveis pela gestão no nível local das UBS em análise	Agosto de 2012	1. Tabulação e descrição	1. Análise de frequência absoluta e relativa dos dados
	2. Auditoria de prontuários e ficha geral de atendimento com aplicação de formulário	2. Prontuários e ficha geral de atendimento da gestante selecionados		2. Tabulação	2. Análise de frequência absoluta e relativa dos dados

QUADRO 2 – SÍNTESE DA COLETA, FONTE, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS RELACIONADOS AOS OBJETIVOS DA PESQUISA

FONTE: O autor (2013)

O desenvolvimento dos diferentes instrumentos de coleta de dados tiveram como base o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e o Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério- Atenção Qualificada e Humanizada (2005), de modo que foram considerados em sua avaliação os princípios gerais e diretrizes para a Atenção Pré- Natal, obstétrica e neonatal.

A primeira etapa constituiu-se de duas entrevistas com informantes-chave da gestão para obtenção de dados sobre planejamento e organização da Atenção Pré-Natal. Foi realizada uma primeira entrevista semi-estruturada, com dois profissionais ocupantes dos cargos ligados à gestão, no nível estratégico ou central, do SUS municipal. A segunda entrevista foi do tipo estruturada, com preenchimento do formulário pela pesquisadora, realizada com vinte profissionais, responsáveis pela gestão no nível local nas vinte UBS. Antes de proceder às entrevistas, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela pesquisadora para os 22 entrevistados, o qual foi assinado pelos mesmos.

Para a entrevista semi-estruturada com dois profissionais ocupantes de cargos ligados à gestão, no nível estratégico ou central, foram pré-definidos os seguintes temas: SisPreNatal, Atenção Básica, atendimento ao parto, leitos obstétricos pactuados, serviços de apoio diagnóstico, fluxo de envio de dados e assessoria pelo nível estadual (APÊNDICE B).

A pesquisadora manteve contato pessoal com cada uma das entrevistadas a fim de realizar o agendamento da entrevista. Esta ocorreu segundo a disponibilidade das entrevistadas, que escolheram o local e horário. A entrevista foi realizada nas instalações da SMS, no período vespertino, com duração de, aproximadamente, uma hora. As respostas das entrevistadas às questões formuladas pela pesquisadora foram registradas em diário de campo. Após o registro, a pesquisadora lia o seu conteúdo para que ele fosse aprimorado ou validado pela entrevistada. A validação das respostas à entrevista foi confirmada pelas entrevistadas, mediante a aposição de sua assinatura no documento.

Para a entrevista com os responsáveis pela gestão no nível local, nas vinte UBS, foram pré-definidos os temas: fluxo da clientela; vínculo com a maternidade; recursos humanos; atendimento a intercorrências; educação em saúde; acompanhamento nutricional; e, registros (APÊNDICE C).

O primeiro contato pessoal da pesquisadora com as participantes ocorreu em uma reunião em que estiveram presentes todos os profissionais responsáveis pela gestão municipal da Atenção Básica, tanto os do nível central como os do nível local. Nesta oportunidade, foi informado a todos sobre a realização do projeto e a relação deste com Secretaria Municipal de Saúde, bem como sobre os seus objetivos e as etapas de coleta de dados que ocorreriam nas UBS. A pesquisadora informou que nos próximos dias entraria em contato com cada responsável local para proceder à coleta de dados.

Conforme disponibilidade do responsável pelo serviço, a pesquisadora foi a cada unidade e procedeu à realização da entrevista estruturada, em local escolhido pela entrevistada, com duração aproximada de trinta minutos. As respostas das entrevistadas subsidiaram o seu registro no formulário (APÊNDICE C), o qual foi preenchido pela pesquisadora.

Na segunda etapa de coleta de dados, foram obtidos dados durante as mesmas entrevistas estruturadas realizadas com os vinte profissionais responsáveis pela gestão no nível local, ocorridas na primeira etapa, porém, com preenchimento de outro formulário específico (APÊNDICE D). Para este, o objetivo foi obter dados sobre os recursos físicos e materiais, bem como sobre medicamentos. Cada entrevistado foi esclarecido quanto aos critérios de avaliação para cada um dos itens avaliados.

Ainda nesta etapa, realizada nas 20 UBS, a pesquisadora procedeu à auditoria de documentos (prontuários e ficha geral de atendimento das gestantes) em cada unidade de saúde, para avaliação de processo. Para esta etapa foi utilizado um quarto instrumento (APÊNDICE E), preenchido pela pesquisadora de acordo com os registros observados.

Para este instrumento foram pré-definidos os temas: dados de identificação da gestante, dados complementares relativos à gestante, exames laboratoriais, imunização, procedimentos técnicos, exame citopatológico e de mama e registro de risco gestacional.

Para aplicação do instrumento aos prontuários das UBS selecionou-se, por meio do SisPreNatal, a amostra de gestantes de cada unidade com data provável de parto referente a 42 dias antes da coleta de dados, de forma que na data da coleta

fosse possível apreciar se todos os procedimentos técnicos referentes à Atenção Pré-Natal foram realizados, inclusive a Consulta Puerperal, que segundo o PHPN deve ocorrer em, no máximo, 42 dias após o parto.

Nesta auditoria realizada nas 20 UBS, foram coletados também dados relacionados à idade das gestantes; número total de consultas bem como sua distribuição nos três trimestres de gestação; data da primeira consulta e da consulta puerperal.

Portanto, na coleta de dados houve aplicação de quatro instrumentos elaborados pela autora, cada um direcionado a um enfoque específico para a avaliação das atividades de Atenção Pré-Natal do município. Dentre eles, dois são roteiros de entrevista estruturada (APÊNDICE C e D) e um de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B); outro é o roteiro de auditoria dos registros da Assistência Pré-Natal (APÊNDICE E), para o qual foram utilizados os documentos de registro disponíveis na unidade, como prontuário e ficha geral de atendimento da gestante.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados referentes à organização da Atenção Pré-Natal no município, obtidos mediante entrevista semi-estruturada, com dois profissionais ocupantes dos cargos ligados à gestão, no nível estratégico ou central do SUS municipal, foram submetidos à análise temática (MINAYO, 2004).

Cada entrevista foi lida na sua íntegra por diversas vezes até que a pesquisadora apreendesse o teor do seu conteúdo geral. As informações do texto relativas a cada pergunta foram agrupadas em temas e, posteriormente, apresentadas de acordo com a linguagem da pesquisadora. Foi elaborado um texto único com a síntese das informações coletadas em todas as entrevistas, sob o título: Características Gerais e de Organização da Atenção Pré-Natal-Uma visão do nível estratégico da Gestão.

Tanto os dados de organização local da Atenção Pré-Natal quanto os relativos a recursos físicos, recursos materiais e medicamentos foram tabulados e

descritos, e submetidos à análise de distribuição de frequências absolutas e reais.

Para os recursos físicos considerou-se a existência dos mesmos, bem como condições de uso. Da mesma forma, estes critérios foram utilizados para os recursos materiais. Considerou-se em boas condições de uso os materiais sem sinais de extravio e efetivos na sua finalidade de utilização. Aqueles com mínimos sinais de extravio, mas que ainda assim estavam efetivos em sua utilização, foram considerados em condições regulares de uso. E, por fim, aqueles extraviados, a ponto de não estarem sendo utilizados, foram considerados como de condição ruim de uso.

Para os medicamentos essenciais considerou-se a existência ou inexistência dos mesmos nas UBS.

Os dados da auditoria do processo de assistência Pré-Natal foram tabulados em planilhas eletrônicas, e após submetidos à análise de distribuição de frequências absolutas e relativas referentes à adequada realização dos mesmos em consonância com o PHPN.

Os dados relativos à auditoria do processo de assistência Pré-Natal foram tabulados em planilhas eletrônicas, e após submetidos à análise de distribuição de frequências absolutas e reais referentes à adequada realização dos mesmos em consonância com o PHPN.

Sendo assim, para os dados de identificação e dados complementares das gestantes considerou-se a frequência de registro dos mesmos. Para os dados de exames laboratoriais, considerou-se adequado pelo menos um registro da realização dos exames de ABO-Rh, hemograma, testagem Anti-HIV, HBsAg (hepatite B) e sorologia para toxoplasmose, bem como considerou-se adequado pelo menos dois registros da realização dos exames glicemia de jejum, VDRL e urina tipo 1.

Para o tema imunização foi considerado adequado o registro da realização da vacina dupla adulto e a falta de registro para este tema. Para os exames citopatológico e de mama considerou-se quando não estavam nenhuma vez registrados, pelo menos uma vez registrado e mais de uma vez registrados. Para o registro de risco gestacional, foi analisada a ausência de risco gestacional, bem como sua caracterização e correto registro.

Como critério de coleta de dados referentes ao tema procedimentos técnicos, para os procedimentos de verificação da altura uterina, apresentação, batimento cardio-fetal, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso foi utilizada a metodologia proposta por Silveira, Santos e Costa (2001), segundo a qual, para compor este critério dos procedimentos técnicos foram estabelecidos pontos de corte. Considerou-se adequado quando foram verificados cinco ou mais registros de altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso; quatro ou mais registros dos batimentos cardiorfetais e dois ou mais registros da apresentação fetal. Considerou-se inadequado quando foram verificados dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, batimentos cardiorfetais, edema e peso, sem qualquer registro da apresentação fetal.

Os pontos de corte foram definidos da seguinte maneira: uma vez que altura uterina, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso independem da duração da gestação para serem verificados, e que o número mínimo adequado de consultas era seis, aceitou-se como adequado se esses procedimentos foram registrados ao menos cinco vezes. Quanto aos batimentos cardiorfetais, tendo em vista que, a partir de vinte semanas é possível auscultá-los com estetoscópio de Pinard (SSMA, 1997 citado por SANTOS *et al.*, 1996) e que devem ser realizada pelo menos quatro consultas a partir deste período, considerou-se adequado quando se verificaram quatro ou mais registros.

Quanto à apresentação fetal, sabendo-se que a partir de 28 semanas já é possível avaliá-la clinicamente, e que de acordo com as normas do programa, deveriam ser realizadas pelo menos duas consultas a partir desse período, dois ou mais registros foram considerados adequados.

Os dados da Consulta Puerperal, número total de consultas e sua distribuição nos trimestres de gestação foram analisados à luz do PHPN (2000).

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa relacionados às características gerais e de organização da Atenção Pré-Natal municipal, em nível estratégico e local; Referentes aos recursos físicos e materiais, bem como de medicamentos essenciais; Ao processo de assistência Pré-Natal municipal e de características das consultas de Pré-Natal, como realização da primeira consulta, total de consultas, sua distribuição nos trimestres de gestação e realização da consulta puerperal.

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL MUNICIPAL – UMA VISÃO DO NÍVEL ESTRATÉGICO DA GESTÃO

Este capítulo constitui-se dos resultados das entrevistas realizadas com as participantes ligadas a gestão do município no nível estratégico, acerca das características gerais e de organização da Atenção Pré-Natal municipal.

Em abril de 2005 iniciaram-se os registros referentes à gestão e organização da Atenção Pré-Natal em Colombo-PR de forma isolada, pela enfermeira que hoje compõe a gestão no nível central, e que no período trabalhava em uma das Unidades Básicas de Saúde do município.

Posteriormente, a mesma começou a trabalhar em conjunto com a responsável pela Coordenação da Saúde da Mulher na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com vistas a organizar o **SisPreNatal**.

Um dos primeiros passos foi a elaboração da ficha de acompanhamento diário da gestante, que após adaptações tem sido utilizada até o momento pelas unidades, para fins de registro dos procedimentos realizados. Somado a isto, as responsáveis pelas unidades foram solicitadas a participarem de treinamentos a respeito do SisPreNatal, em relação a tudo que abrangia a alimentação e organização de dados. Elas passaram a ir até o local da SMS para registrar no sistema de dados referentes ao acompanhamento das gestantes atendidas em suas respectivas unidades.

Em 2006, dando continuidade ao trabalho iniciado, as responsáveis, com a colaboração da assessoria estadual, reorganizaram o sistema no que diz respeito à sequência de numeração enviada do nível federal para o municipal e, neste mesmo ano, o município contratou um funcionário exclusivo para a digitação dos dados procedentes de unidades de saúde.

Após algumas adaptações, em 2007 o sistema de Atenção Pré-Natal começou a ser alimentado de forma integrada ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), de modo que a ficha de acompanhamento diário passou a incluir espaço para as informações referentes à nutrição, como o Índice de Massa Corpórea (IMC).

Com toda a organização e readaptações realizadas, uma avaliação com maior veracidade foi possível a partir dos dados do ano de 2008, no qual houve aprimoramento da distribuição das numerações e previsão de nascimentos por unidade.

A gestante, domiciliada ou referenciada ao SUS de Colombo-PR, pode receber a Atenção Pré-Natal em 20 unidades, com exceção da UBS Nossa Senhora de Fátima, que não oferece atendimento ginecológico e obstétrico. Além disso, o município possui a Unidade de Saúde da Mulher, como referência para a especialidade.

Para o **atendimento ao parto**, a referência Municipal é o Hospital Maternidade Alto Maracanã, que dispõe de 40 leitos para internamento em alojamento conjunto. Existem critérios mínimos consolidados, contratualmente, para a vinculação desta maternidade à Atenção Pré-Natal de Colombo. Vale ressaltar que, em 28 de agosto de 2009, o referido hospital recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança” pelo seu compromisso em proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, contribuindo para a redução da mortalidade infantil.

As gestantes de baixo risco são encaminhadas à maternidade de referência municipal. A Coordenação de Saúde da Mulher refere problemas como a ocorrência de demanda excedente à oferta, que tem causado superlotação de leitos na maternidade, e alguns casos de altas ocorridas abaixo de 48 horas do parto. Frente a isso, as Coordenações de Atenção Básica e da Saúde da Mulher, em conjunto

com os órgãos municipais competentes, elaboraram um Projeto de ampliação da maternidade e suas subunidades, para encaminhamento ao setor estadual.

Existem ainda **leitos obstétricos pactuados** com outros municípios para atendimento de gestantes de Alto Risco do SUS de Colombo. Em 2012 houve nova pactuação entre os municípios da 2ª Regional de Saúde para formalização de referências de alto risco, com vistas a qualificar este encaminhamento e o atendimento prestado. Para o município de Colombo-PR, o atendimento de gestantes de alto risco ficou pactuado com o Hospital Angelina Caron, situado em Campina Grande do Sul- PR, município limítrofe.

A gestantes e neonatos que têm solicitação médica de referência para serviços especializados são encaminhadas via Central de Regulação de Leitos do município e do Estado.

A regulação de **serviço de apoio diagnóstico** é realizada por meio de cotas estabelecidas por Unidade Básica de Saúde. Os exames são liberados após solicitação médica e o município conta com quatro unidades de apoio diagnóstico laboratorial. Acrescido a isto, possui vínculo com dois apoios para diagnóstico por imagem, o qual pode ser feito ainda, através da central de regulação estadual para exames.

O **fluxo de envio de dados** referente à Atenção Pré-Natal ocorre após cadastramento da gestante na UBS, realizado a partir da confirmação de gravidez, o qual é enviado imediatamente para digitação à subsecretaria de Saúde da Mulher do Município. Assim, por meio deste cadastro realizado na unidade, em impresso específico, a gestante realiza seu cadastro no Sistema SisPreNatal.

O funcionário responsável pela alimentação do sistema organiza, anualmente, uma pasta por unidade, contendo fichas de acompanhamento diário das gestantes, contendo a numeração seqüencial do SisPreNatal que é atribuída a cada gestante, assim que é vinculada ao sistema. A planilha é alimentada conforme os procedimentos mínimos exigidos pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) realizados nas UBS ao conjunto de gestantes.

Mensalmente, as unidades devem enviar esta planilha ao responsável pela alimentação do sistema. O município tem o prazo de até três meses após a conclusão da Atenção Pré-Natal para envio dos dados, estando passível de perda

de adendo financeiro se a gestante não completar o seu atendimento no programa, ou se os dados não forem registrados corretamente, no SisPreNatal, ou em tempo hábil.

A assessoria de nível estadual tem se dado mediante acompanhamento das metas e indicadores do Pacto pela Saúde, realizado anualmente. Somado a isso, existe um trabalho intenso entre a Regional de Saúde e a SMS do município no treinamento e aperfeiçoamento dos funcionários acerca de temas de assistência à saúde da mulher, com a finalidade de qualificação do atendimento tanto no período gravídico, como no que diz respeito às mulheres portadoras de necessidades especiais, vítimas de violência, no planejamento familiar e outros.

A Coordenação de Saúde da Mulher é responsável pela alimentação do SisPreNatal, e possui contato direto com o Datasus. A Tabela 1 evidencia as porcentagens de gestantes de Colombo-PR, inscritas no SisPreNatal, que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a Consulta de puerpério, todos os exames básicos, o Teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina anti-tetânica (SISPRENATAL, 2012).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS DE GESTANTES INSCRITAS NO SISPRENATAL QUE REALIZARAM 06 (SEIS) CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, A CONSULTA DE PUERPÉRIO, TODOS OS EXAMES BÁSICOS, O TESTE ANTI-HIV, A 2ª DOSE OU A DOSE DE REFORÇO OU A DOSE IMUNIZANTE DA VACINA ANTI-TETÂNICA DO ANO DE 2006 A 2011, COLOMBO-PR, 2012

GESTANTES INSCRITAS NO SISPRENATAL QUE REALIZARAM 06 (SEIS) CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, A CONSULTA DE PUERPÉRIO, TODOS OS EXAMES BÁSICOS, O TESTE ANTI-HIV, A 2ª DOSE OU A DOSE DE REFORÇO OU A DOSE IMUNIZANTE DA VACINA ANTI-TETÂNICA						
Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011
FR (%)	79,31	77,73	78,27	65,46	49,94%	51,09

Fonte: SisPreNatal (2012)

As metas municipais visam ao aumento do índice de conclusão da Atenção Pré-Natal com um incremento anual mínimo, previsto pelo planejamento da gestão em conjunto com o estado. Sendo assim, no quadriênio 2010-2013 deseja-se que 90% do programa SisPreNatal esteja adequadamente alimentado, bem como que chegue a 70% a proporção de gestantes com 06 consultas de pré-natal, 1ª e 2ª bateria de exames laboratoriais, dose imunizante da antitetânica e consulta puerperal no município (COLOMBO, 2010).

Em fevereiro de 2010, os recursos financeiros provenientes do alcance das metas do PHPN passaram a vir para o município através do Fundo Nacional de Saúde, e deste para o Fundo Municipal, de forma diferente do que ocorria. Assim, os recursos financeiros não podem ser gastos com pessoas jurídicas (ligados ao pagamento de empresas privadas que prestam assistência ao município). Conseqüentemente, a gestão tem maior controle e pode utilizá-lo prioritariamente, com as ações e gastos diretamente relacionados com a Atenção Pré-Natal.

Os esforços das coordenações municipais de Atenção Básica e da Saúde da Mulher em diagnosticar os pontos críticos para a efetivação da Atenção Pré-Natal demonstram que existem falhas no retorno da paciente para a consulta puerperal e o acompanhamento do neonato. Além disto, encontram-se realidades totalmente distintas entre as unidades, apesar de estarem inseridas no mesmo município. Outras questões a serem trabalhadas é a continuidade do atendimento das gestantes no Pré-Natal após primeira consulta e a contra-referência nos casos de encaminhamento da gestante a outros serviços.

Frente a tais situações e tendo em vista mudanças o recebimento dos recursos financeiros atrelado ao atendimento completo da gestante, a gestão municipal e as coordenações competentes mantêm esforços na realização de projetos e ações que visem melhorar o panorama da Atenção Pré-Natal no Município, muitas delas previstas no Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2010-2013.

Como exemplo, pode-se citar a implantação, em 2012, do “Protocolo Municipal de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério: Nascer Colombo”, que além de prever a realização de todos os procedimentos mínimos ligados à Atenção Pré-Natal visa à corresponsabilização da gestante neste processo, de modo que a mesma deve comparecer em um número mínimo de atividades educativas, realizar a Consulta Puerperal e os demais procedimentos, estimulada por meio do ganho de uma bolsa exclusiva com produtos para ela e seu bebe se concluir as ações programadas.

Outras conquistas do planejamento na Atenção à Saúde da Mulher em 2012 foram a implantação do Protocolo Municipal de Assistência Integral à Saúde da Mulher Colombense, do Protocolo de Atendimento à Mulher em Situação de

Violência: Programa Mulher Cidadã, da Cartilha e Carteirinha da Gestante. Estes materiais foram construídos de forma compartilhada pela gestão no nível estratégico e local.

Finalmente, vale citar e ressaltar o processo de distritalização que está ocorrendo no município e que, entre outros objetivos, visa a uma maior abrangência e acessibilidade em relação à Atenção Pré-Natal, e ao processo de informatização das UBS.

4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Os resultados das entrevistas estruturadas aplicadas às Coordenadoras das Unidades Básicas de Saúde evidenciaram que a programação de atendimento às gestantes e puérperas inicia com o agendamento da primeira consulta ou acolhimento com as Enfermeiras, para vinculação ao SisPréNatal e demais consultas Pré-Natais com os médicos, de modo a garantir o número adequado de consultas em relação à área de cobertura da unidade. Em 100% (20) das unidades este acolhimento ocorre a partir da constatação de atraso menstrual.

Quanto ao **fluxo da Clientela**, o atendimento é feito por procura direta em 95% (19) das unidades e em 5%(1) delas ocorre também por referência. Em 60% (12) das unidades a primeira consulta é realizada pelo Enfermeiro, em 10% (2) pelo técnico de enfermagem; e em 30% (6) por ambos. A visita domiciliar é realizada em 90% (18) das unidades. A mesma é realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em 85% (17) das UBS; a demais a visita é realizada pelo médico ou Enfermeiro. A visita domiciliar pode ocorrer mensalmente, o que se evidenciou em 44,44% (8) das unidades, ou somente se necessário, o que ocorre em 55,55% (10) delas.

Em 95% (19) das unidades o **vínculo com a maternidade** ocorre na primeira consulta, no momento em que a gestante é informada sobre a maternidade onde realizará o parto, e que será esta também, sua referência para qualquer emergência obstétrica durante a gestação. A Maternidade Alto Maracanã, que é a referência no Município, possui cronograma de visitas das gestantes bem como cursos de

orientação para acompanhantes que se interessem em assistir o parto. Em 60% (12) das UBS existe programação para que ocorra a visita das gestantes à maternidade.

A respeito dos **recursos humanos** envolvidos na Atenção Pré-Natal, participam da mesma Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Nutricionistas, sendo que o número destes se distribui conforme o número de áreas de abrangência de cada unidade, respeitando a proporção estabelecida para a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Conforme a Portaria 2.027 de 25 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011), as equipes de ESF são compostas por, no mínimo, um Médico de família, um Enfermeiro, um Auxiliar de enfermagem e seis Agentes comunitários de saúde (ACS). Quando ampliada, a equipe pode contar também com um Dentista, um Auxiliar de consultório dentário e um Técnico em higiene bucal. Cada equipe é responsável pelo atendimento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo recomendada uma média de três mil habitantes, conforme portaria.

O Quadro 3 apresenta as atividades atribuídas aos profissionais na Atenção Pré-Natal:

Atividades	Enfermeiro	Téc. Enfermagem	Médico	Nutricionista	Dentista	ACS
Consulta Puerperal	X		X			
Consulta Pré-Natal	X		X			
Consulta priorizada	X	X	X	X	X	X
Imunização	X	X				
Inscrição SISPreNatal	X	X				X
Oficina	X	X	X	X	X	X
Orientações	X	X	X	X	X	X
Pré- Consulta	X	X				
Primeira Consulta	X	X	X			
Solicitação de Exames	X	X	X			

QUADRO 3 – ATIVIDADES ATRIBUÍDAS AOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL, COLOMBO-PR, 2012

FONTE: O autor (2013)

Em relação à Consulta Pré-Natal, evidenciou-se que em 60% (12) das unidades ela é realizada pelos médicos e enfermeiros e nas 40% (8) restantes, somente pelos médicos.

No item referente aos profissionais que realizam a consulta de Pré-Natal boa parte dos gestores locais afirmou que o Enfermeiro realiza apenas a primeira consulta, justificando a impossibilidade de realizar as demais em conjunto com o médico, devido a condições estruturais e de organização do fluxo de atendimento. Ainda que tais afirmações qualitativas não tenham sido fonte de análise desta pesquisa, recomenda-se melhor apreciação científica desta característica.

No que diz respeito ao Fluxo de **atendimento de intercorrências** gestacionais e neonatais, apenas em uma unidade houve relato de necessidade de encaminhamento a outro serviço (maternidade), devido à demanda excedente. Quando necessário, o transporte da gestante e/ou neonato ocorre por meio de solicitação à Central de Ambulância, em 100% (20) das unidades. A conduta em caso de urgência e emergência é de encaminhamento da gestante para a maternidade de referência em 95% (19) das UBS, mediante preenchimento da ficha de referência (denominada interposto) em 65% (13) das unidades; nas demais não há relato da necessidade de referência formal.

A **referência**, majoritariamente, é feita por médicos e enfermeiros, o que ocorre em 65% (13) das unidades. Em 20% (4) delas é feita somente pelo Médico e em 15% (3) somente pelo Enfermeiro. Observa-se ainda a necessidade de contato prévio com o serviço ao qual a gestante será referenciada em 40% (8) das UBS, em 50% (10) destas não há contato prévio e, em 10% (2), somente se necessário. Os coordenadores das UBS são unânimes em afirmar que não ocorre a contra-referência, por parte do serviço para o qual a gestante foi encaminhada.

Em 50% (10) das unidades são realizadas atividades de **Educação em Saúde**, que ocorrem sob diferentes formas em sua frequência (semanal, mensal, durante consulta). O número de gestantes que participam dessas atividades é variável e compatível com a área de abrangência da unidade. Em nenhuma das unidades ocorre divisão de grupos por faixa etária para realização das atividades educativas.

Na maioria das unidades, as atividades de Educação em Saúde são organizadas pelo Enfermeiro, mas também houve relato de serem organizadas por residentes do município e ACS. Quanto aos profissionais que participam dessas

atividades, além dos já citados como organizadores têm-se Farmacêuticos, Médicos, Odontólogos e Técnicos de enfermagem.

Em 90% (9) dos serviços em que são realizadas atividades de Educação em Saúde existe um calendário de realização das mesmas, o que não foi evidenciado apenas em uma unidade (10%). As atividades educativas são divulgadas às gestantes por meio de convites feitos pelos ACS, enquanto a gestante aguarda a consulta; por cartazes colocados nas unidades; convite nas carteirinhas de gestante; bem como pelo calendário afixado em local visível.

Diversos temas são abordados durante as atividades de Educação em Saúde. Destacam-se os temas relativos ao aleitamento materno, cuidados com mãe e bebê, higiene, vacinação, alimentação, sinais de trabalho de parto e alterações corporais.

O **acompanhamento nutricional** ocorre em 45% (9) das UBS, e acontece por meio de orientação individual, oficinas ou registros gráficos da carteirinha. É realizado pelos Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, e Nutricionistas, nas unidades que possuem este profissional. Em caso de distúrbios nutricionais, as condutas podem ser encaminhados à consulta com médica ou com Nutricionista e orientação pelo enfermeiro.

Os **instrumentos de registros** da Atenção Pré-Natal disponíveis são: a carteirinha da gestante; a ficha de cadastramento da gestante; o mapa de registro diário; o prontuário; e, a pasta de ACS. Há registros realizados por todos os profissionais envolvidos na Atenção Pré-Natal, sendo principalmente realizados pelos médicos.

4.3 RECURSOS FÍSICOS, RECURSOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À ATENÇÃO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Os dados obtidos a partir da entrevista estruturada aplicada aos vinte coordenadores das Unidades Básicas de Saúde evidenciaram a existência de recursos físicos, bem como as suas condições de uso, para a Atenção Pré-Natal.

Na Tabela 2 observa-se que Os informantes atribuíram boas condições de uso para a Sala de imunização, referenciada em 75% (15) das unidades; sucedido em menor frequência pela Sala de Pré-consulta em 60% (12), Sala para Consulta

Pré- Natal em 55% (11), Sala de espera em 35% (7) e local para reuniões de grupo em 25% (5).

Em contrapartida, foi atribuída condição de uso ruim (condições de extravio que impossibilitam a utilização) para a Sala de espera em 20% (4) das unidades; sucedida da Sala de imunização e local para reunião de grupo, que receberam esta atribuição em 10% (2) das unidades, e a Sala de Pré-consulta e de Consulta Pré-Natal em 5% (1 unidade).

Destaca-se ainda, a inexistência de local para reuniões de grupo em 50% (10) das unidades em análise.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS E ABSOLUTAS DE RECURSOS FÍSICOS CONFORME CONDIÇÕES DE USO, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, 2012 (n=20)

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE					
RECURSOS FÍSICOS/CONDIÇÕES DE USO					
INSTALAÇÕES	SIM			NÃO	Total
	CONDIÇÕES DE USO				
	BOM	REGULAR	RUIM		
Salas para Pré-consulta	60% (12)	35% (7)	5% (1)		100% (20)
Sala para Consulta Pré-Natal	55% (11)	40% (8)	5% (1)		100% (20)
Sala de imunização	75% (15)	15% (3)	10% (2)		100% (20)
Sala de espera	35% (7)	45% (9)	20% (4)		100% (20)
Local para reuniões de grupo	25% (5)	15% (3)	10% (2)	50% (10)	100% (20)

FONTE: O autor (2013)

A Tabela 3 apresenta a distribuição de frequências relativas e absolutas dos materiais permanentes e equipamentos existentes para a Atenção Pré-Natal, conforme suas condições de uso. Evidencia-se variabilidade referente às condições de uso atribuídas, com evidente destaque para a maior parte de materiais e equipamentos em boa condição de uso.

O material para coleta do Exame Colpocitopatológico e o espécuro, também utilizado neste exame, estão em bom estado de uso em 100% (20) das unidades, sucedidos do gestograma, disco para IMC e fita métrica em 95% (19) das unidades, o Sonar Doppler, pinças de Cheron e estetoscópio de Pinard em 80% (16), escada de dois degraus em 70% (14), foco de luz em 65% (13), mesa e cadeiras em 60%

(12), e mesa de exame ginecológico em 55% (11). Com menor frequência para bom estado de uso está a balança para adultos em 40% (8) das unidades, o estetoscópio clínico em 30% (6) e o esfigmomanômetro em 25% (5).

Quanto aos materiais inexistentes, estão as pinças de Cheron e estetoscópio de Pinard em 15% (3) das unidades, sucedidos da escada de dois degraus e balança para adulto em 5% (1). Somado a esses dados estão os materiais em estado ruim de uso, o que inviabiliza sua utilização, como mesa de exame ginecológico em 25% (5) das unidades, seguida de mesa e cadeiras em 20%(4), balança para adulto e esfigmomanômetro em 15% (3), estetoscópio clínico e Sonar Dopler em 10% (2) e escada de dois degraus, foco de luz e fita métrica, que foram considerados em estado ruim de uso em 5%(1) das unidades.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS E ABSOLUTAS DE MATERIAIS PERMANENTES/ EQUIPAMENTOS CONFORME SUAS CONDIÇÕES DE USO, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, 2012, (n=20)

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE					
MATERIAIS PERMANENTE/EQUIPAMENTOS E CONDIÇÕES DE USO					
MATERIAL E /OU EQUIPAMENTO	SIM			NÃO	Total
	CONDIÇÕES DE USO				
	BOM	REGULAR	RUIM		
Mesa e Cadeiras	60% (12)	20% (4)	20% (4)		100% (20)
Mesa de exame ginecológico	55% (11)	20% (4)	25% (5)		100% (20)
Escada de dois degraus	70% (14)	20% (4)	5% (1)	5% (1)	100% (20)
Foco de luz	65% (13)	30% (6)	5% (1)		100% (20)
Balanço para adultos (Peso/Altura)	40% (8)	40% (8)	15% (3)	5% (1)	100% (20)
Esfigmomanômetro	25% (5)	60% (12)	15% (3)		100% (20)
Estetoscópio Clínico	30% (6)	60% (12)	10% (2)		100% (20)
Estetoscópio de Pinard	80% (16)	5% (1)		15% (3)	100% (20)
Fita Métrica Flexível e Inelástica	95% (19)		5% (1)		100% (20)
Espéculos	100% (20)				100% (20)
Pinças de Cheron	80% (16)	5% (1)		15% (3)	100% (20)
Material para coleta de exame Colpocitopatológico	100% (20)				100% (20)

MATERIAL E/OU EQUIPAMENTO	SIM			NÃO	TOTAL
	CONDIÇÕES DE USO				
	BOM	REGULAR	RUIM		
Sonar Doppler	80% (16)	10% (2)	10% (2)		100% (20)
Gestograma ou disco obstétrico	95% (19)	5% (1)			100% (20)
Disco para IMC (Índice de massa corporal)	95% (19)	5% (1)			100% (20)

FONTE: O autor (2013)

A Tabela 4 evidencia os resultados referentes aos medicamentos essenciais para a Atenção Pré-Natal nas 20UBS, quanto a sua disponibilidade. Os medicamentos sulfato ferroso e anti-hipertensivos podem ser obtidos em 95% (19) das unidades, os analgésicos em 85% (17), o ácido fólico em 80% (16), os antieméticos e antibióticos estão disponíveis em 75% (15) dos serviços de saúde, os cremes vaginais em 70% (14) e, em menor proporção, os antiácidos podem ser obtidos em 45% (9) das unidades e a dimeticona em 20% (4) unidades.

Os coordenadores foram unânimes em afirmar a indisponibilidade dos medicamentos supositório de glicerina e hioscina nas unidades.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS E ABSOLUTAS DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DISPONÍVEIS PARA A ATENÇÃO PRÉ-NATAL, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, 2012, (n=20)

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE			
MEDICAMENTOS ESSENCIAIS			
MEDICAMENTO	Disponível	Não Disponível	Total
Antiácidos	45% (9)	55% (11)	100% (20)
Antieméticos	75% (15)	25% (5)	100% (20)
Sulfato Ferroso	95% (19)	5% (1)	100% (20)
Ác. Fólico	80% (16)	20% (4)	100% (20)
Dimeticona	20% (4)	80% (16)	100% (20)
Sup. De glicerina		100% (20)	100% (20)
Hioscina		100% (20)	100% (20)
Analgésicos	85% (17)	15% (3)	100% (20)
Antibióticos	75% (15)	25% (5)	100% (20)
Anti-hipertensivos	95% (19)	5% (1)	100% (20)
Cr. Vaginal	70% (14)	30% (6)	100% (20)

FONTE: O autor (2013)

4.4 PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL MUNICIPAL

A aplicação do roteiro para auditoria, ocorrida na segunda etapa da coleta de dados, gerou uma análise de 183 prontuários e o mesmo número de fichas gerais de atendimento das gestantes. A tabulação dos dados obtidos nesta etapa estão apresentados nas Tabelas de número 5 a 8.

Na Tabela 5 apresentada-se a distribuição de frequências absoluta e relativa de registros dos dados de identificação e complementares das gestantes. Os resultados expostos demonstram uma maior frequência de registro para os dados de identificação em relação aos complementares.

Quanto aos dados de identificação das gestantes, observou-se que os dados nome e número do SISPreNatal estavam registrados em 100% (183) dos prontuários; os dados de endereço e Unidade Básicas de Saúde de referência para a gestante em 99,45% (182); o de procedência da gestante em 98,9% (181); a idade da gestante em 97,26% (178); e, em menor frequência, a naturalidade das gestantes foi registrada em 60,65% (111) dos prontuários; e a cor em 15,84% (29) destes.

Em relação aos dados complementares, os de antecedentes obstétricos e ginecológicos encontravam-se registrados em 85,24% (156) e 84,15% (154) dos prontuários, respectivamente. Os dados de antecedentes pessoais estavam registrados em 47,54% (87) dos prontuários, o estado civil/ união em 18,03% (33), os de grau de instrução e profissão/ocupação em 6,55% (12) e de antecedentes familiares em 3,82% (7). Os registro de dados socioeconômicos das gestantes não estiveram em nenhum dos registros dos prontuários analisados.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE REGISTROS DOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E COMPLEMENTARES, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, 2012, (n=183)

Variáveis	FA	FR%
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Nome	183	100
Número SisPreNatal	183	100
Idade	178	97,26
Cor	29	15,84
Naturalidade	111	60,65
Procedência	181	98,9
Endereço	182	99,45
U.S Referência	182	99,45
Total	183	100%
COMPLEMENTARES		
Socioeconômicos	0	0
Grau de instrução	12	6,55
Profissão/ocupação	12	6,55
Estado civil/união	33	18,03
Antecedentes Familiares	7	3,82
Antecedentes Pessoais	87	47,54
Antecedentes ginecológicos	154	84,15
Antecedentes obstétricos	156	85,24
Total	183	100%

FONTE: O autor (2013)

Na Tabela 6 é apresentada a distribuição de frequências absoluta e relativa da realização adequada de exames laboratoriais, imunização Dt e procedimentos técnicos realizados durante a Consulta Pré- Natal.

Os exames laboratoriais realizados com maior frequência e de acordo com PHPN foram os de ABO- Rh com 66,12% (121), VDRL e Urina Tipo 1, para os quais 56,83% (104) havia registro nos seus prontuários e ficha geral de atendimento. Para o exame de Glicemia de jejum observou-se 56,28% (103) de adequação, sucedido em menor frequência do exame hemograma com 41,53% (76), HBsAg (hepatite B) e Sorologia para Toxoplasmose com 39,34% (72) e o exame de Testagem anti-HIV com 31,14% (57) das gestantes tendo realizado adequadamente.

A realização da vacina Dt adulto esteve registrada em 85,79% (157) dos prontuários, nos demais houve ausência de registro, os quais representaram 14,21% (26) da amostra.

Quanto à adequada realização dos procedimentos técnicos preconizados para a Consulta Pré-Natal, observou-se maior frequência de adequação para a verificação de pressão arterial e peso em 74,31% (136) dos prontuários, sucedida da verificação de idade gestacional em 62,84% (115), ausculta do batimento cardíaco fetal em 53,55% (98) e medição de altura uterina em 51,91% (95). Com menor frequência, observou-se a verificação de edema em 5,46% (10) das gestantes e a verificação da apresentação fetal em 2,18% (4) deles.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, IMUNIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)

Variáveis	FA	FR%
EXAMES LABORATORIAIS		
ABO-Rh (1 vez registrado)	121	66,12
Hemograma (1 vez registrado)	76	41,53
Glicemia de jejum (2 vezes registrado)	103	56,28
VDRL (2 vezes registrado)	104	56,83
Urina Tipo 1 (2 vezes registrado)	104	56,83
Testagem anti-HIV (1 vezes registrado)	57	31,14
HBsAg (hepatite B)- (1 vezes registrado)	72	39,34
Sorologia p/Toxoplasmose (1 vezes registrado)	72	39,34
Total	183	100%
IMUNIZAÇÃO Dt		
Imunizada	157	85,79
Sem Registro	26	14,21
Total	183	100%
PROCEDIMENTOS TÉCNICOS		
Altura Uterina (≥ 5 registrado)	95	51,91
Apresentação (≥ 2 vezes registrado)	4	2,18
Batimento Cardio Fetal (≥ 4 vezes registrado)	98	53,55
Edema (≥ 5 registrado)	10	5,46
Idade Gestacional (≥ 5 registrado)	115	62,84
Pressão Arterial (≥ 5 registrado)	136	74,31
Peso (≥ 5 registrado)	136	74,31
Total	183	100%

FONTE: O autor, (2013)

Na Tabela 7 é apresentada a distribuição de frequências absoluta e relativa de registros de realização dos exames citopatológico e de mama durante a Atenção Pré-Natal. Observa-se que a realização do exame citopatológico não foi registrada em 87,98% (161) dos prontuários, pelo menos uma vez registrado em 11,48% (21) destes, e mais de uma vez registrado em 0,54%.

Em relação ao exame das mamas, não foram encontrados registros em 96,71% (177) dos prontuários e pelo menos uma vez foi registrado em 3,28% (6). Não houve registro da realização do exame de mamas por mais de uma vez nos prontuários analisados.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE REALIZAÇÃO DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO E DE MAMA, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)

Variáveis	FA	FR%
EXAME CITOPATOLÓGICO		
Nenhuma vez registrado	161	87,98
Pelo menos uma vez registrado	21	11,48
Mais de uma vez registrado	1	0,54
Total	183	100%
EXAME DE MAMA		
Nenhuma vez registrado	177	96,72
Pelo menos uma vez registrado	6	3,28
Mais de uma vez registrado	0	0
Total	183	100%

FONTE: O autor, (2013)

Na Tabela 8 é apresentada a distribuição de frequências absoluta e relativa de existência de registros do risco gestacional. Os registros dos prontuários observados evidenciaram que 94,53% (173) das gestantes não apresentaram risco gestacional; 3,83% (7) apresentavam risco e estavam assim caracterizadas em seus registros; e, em 1,64% (3), ainda que as gestantes apresentassem risco gestacional, não havia registro desta característica. Ou seja, entre os 10 prontuários de gestantes cuja gestação foi classificada como de risco, 7 (70%) continham tal registro.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE RISCO GESTACIONAL, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)

Variáveis	FA	FR%
RISCO GESTACIONAL		
Sem risco	173	94,53
Com risco e registrado	7	3,83
Com risco e sem registro	3	1,64
Total	183	100%

FONTE: O autor, (2013)

4.5 NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, DISTRIBUIÇÃO NOS TRIMESTRES DE GESTAÇÃO, PRIMEIRA CONSULTA, CONSULTA PUERPERAL E INTERVALO DE IDADE DAS GESTANTES

Nas Tabelas 9 e 10 são apresentados os dados pertinentes às consultas realizadas durante o Pré-Natal, referente aos 183 prontuários e ficha geral de atendimento de gestante submetidas à auditoria.

Na Tabela 8 estão apresentadas as frequências absoluta e relativa do número total de consultas, bem como sua distribuição nos trimestres de gestação. Os resultados evidenciam que 80,87% (148) das gestantes realizaram pelo menos seis consultas de Pré-Natal. Observa-se ainda que 71,59% (131) gestantes realizaram pelo menos uma consulta no primeiro trimestre de gestação; 84,69% (155) realizaram pelo menos duas consultas no segundo trimestre; e, 78,69% (144) realizaram pelo menos três no terceiro trimestre. A média de consultas durante o Pré-Natal nas UBS foi de 7,42 por gestante.

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS NOS TRÊS TRIMESTRES DE GESTAÇÃO E DURANTE TODA A ATENÇÃO PRÉ-NATAL DE CADA GESTANTE (n=183)

Variáveis	FA	FR %
Distribuição de consultas		
<u>1° Trimestre</u>		
Nenhuma consulta	52	28,41
Ao menos uma	131	71,59
Total	183	100%
<u>2° Trimestre</u>		
Nenhuma ou uma	28	15,31
Ao menos duas	155	84,69
Total	183	100%
<u>3° Trimestre</u>		
Nenhuma, uma ou duas	39	21,31
Ao menos três	144	78,69
Total	183	100%
Total de consultas durante todo o período Pré-Natal		
Menos que seis	35	19,13
Ao menos seis	148	80,87
Total	183	100%

FONTE: O autor (2013)

A Tabela 10 evidencia as frequências absolutas e relativas concernentes à primeira consulta e à consulta puerperal. Observa-se que 92,9% (170) das gestantes iniciaram o Pré-Natal em até 120 dias de gestação; 6,55% (12) delas após completarem 120 dias de gestação; e 0,55% não a realizaram, o que representa uma gestante.

Quanto à Consulta Puerperal, 74,87% (137) das participantes realizaram a mesma em até 42 dias após o parto; 3,27% (6) a realizaram no período após 42 dias da data do parto; e, 16,39% (30) não a realizaram. Em 5,47% (10) dos prontuários das gestantes não havia registros referentes a esta consulta.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE CARACTERÍSTICAS DA REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA CONSULTA E CONSULTA PUERPERAL DE PRÉ-NATAL, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)

Variáveis	FA	FR %
1ª consulta		
Sem Registro	1	0,55
Após 120 dias de gestação	12	6,55
Antes de 120 dias de gestação	170	92,9
Total	183	100%
Consulta Puerperal		
Sem Registro	10	5,47
Não realizou a consulta	30	16,39
Após 42 dias depois do parto	6	3,27
Antes de 42 dias depois do parto	137	74,87
Total	183	100%

FONTE: O autor (2013)

A Tabela 11 apresenta a distribuição das frequências absolutas e relativas de gestantes segunda faixa etária, bem como de gestantes menores de 18 anos, entre as participantes da pesquisa.

A maior frequência foi de gestantes entre 20 e 24 anos, que representam 28,97% (55); sucedidas em menor frequência pelas que tem de 15 a 19 que representam 24,05% (44); com idade entre 25 a 29 anos, que representaram 22,4% (41); entre 30 a 34 anos, com 15,84% (29); entre 35 a 39 anos, com 6,56% (12); delas entre 10 a 14 anos, com 0,55% (1). Para 1,63%(3) não foi localizada esta informação.

TABELA 11- DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DAS GESTANTES SEGUNDO FAIXA DE IDADE, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COLOMBO-PR, (n=183)

Variáveis	FA	FR%
Intervalo de idade		
10 a 14 anos	1	0,55
15 a 19 anos	44	24,05
20 a 24 anos	53	28,97
25 a 29 anos	41	22,4
30 a 34 anos	29	15,84
35 a 39 anos	12	6,56
Não localizado	3	1,63
Total	183	100%

FONTE: O autor (2013)

5 DISCUSSÃO

Nesta seção é realizada a discussão dos resultados. A mesma será apresentada em subseções análogas as da apresentação dos resultados.

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL MUNICIPAL NO NÍVEL ESTRATÉGICO

A concepção estratégica e implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) concentrou esforços para a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal, na cobertura e qualidade do acompanhamento Pré-Natal, na assistência ao parto, puerpério e período neonatal, bem como na ampliação de ações já adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para área de atenção à gestante. Somado a isto, o programa previu incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações (BRASIL, 2000).

Nesta seção foram abordados dados epidemiológicos de interesse para a discussão da Atenção Pré-Natal no município.

Em diferentes países e regiões do Brasil evidencia-se que a avaliação mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade está relacionada à queda da mortalidade materna e infantil (SESA, 2012).

Uma baixa razão do Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) é considerada quando há menos de 20 mortes, para 100.000 nascidos vivos. No Estado do Paraná este coeficiente foi de 63,8/ 100.000 NV em 2010. No mesmo período, Colombo-PR apresentou CMM de 54,33 (SESA,2012), o que indica necessidade de ações conjuntas na busca de menores coeficientes.

Para a mortalidade materna no Paraná, em média 85% dos casos são considerados evitáveis e 71% desses óbitos são atribuídos à Atenção Pré-Natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros (SESA, 2012).

Já o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), no estado do Paraná em 2010 foi de 12, 12 /1000 NV, e em Colombo-PR foi de 12,77/1000 NV, entretando as

metas estaduais são de CMI menores que de 10/1000 NV (SESA, 2012). A maior concentração de óbitos em menores de um ano no Paraná, correspondente a 55,91%, ocorre no período perinatal (de 22 semanas de gestação até seis dias de nascimento), o que demonstra a relação destes indicadores com a qualidade da Atenção Pré-Natal, bem como ao parto e recém-nascido.

Houve redução dos índices de óbitos evitáveis, dados da Secretaria de Estado do Paraná (2012) demonstram que em 2007, 68,2% dos óbitos infantis foram considerados evitáveis, passando a 61,5% em 2010. No Brasil este índice foi de 17,6% em 2010 (DATASUS, 2012), demonstrando situação desfavorável para o Paraná quanto ao mesmo, não foram encontrados dados em Colombo.

As afecções no período Pré-Natal estão entre as principais causas de óbito infantil no Paraná, com índice de 57,58% em 2010, sucedida de mal formações congênitas(26,30%); as causas externas (4,56%); causas mal definidas (3,23%) e as doenças do aparelho respiratório (2,44%).

Para além de sua concepção, a real efetivação do PHPN previu ações por parte dos estados, regionais de saúde e municípios, no sentido de unir esforços e responder a critérios mínimos relacionados à qualidade da atenção Pré-Natal. Estudo realizado em 2003 (MANSANO *et al.*, 2003) demonstrou a experiência de implantação e funcionamento dos Comitês de Mortalidade Infantil no Estado do Paraná, como uma das ações na busca de melhores indicadores para o CMI.

O estudo evidenciou a necessidade de preparar profissionais para investigar o óbito infantil, com realização de treinamentos de Multiplicadores para Investigação dos Óbitos Infantis. Em dois anos foram analisados 50% dos óbitos do Estado. Observa-se a importância de continuidade no fortalecimento técnico e organizacional dos comitês, na busca de melhores índices de CMI e CMM.

Com o objetivo de avaliar a experiência de implementação do PHPN no território brasileiro, Serruya (2003) dedicou parte de seu estudo a avaliar a adesão dos municípios ao programa, do ponto de vista formal e de produção de dados. Segundo a pesquisadora, até dezembro 2002, todos os municípios do Paraná haviam aderido à estratégia do PHPN, num total de 399 municípios. Para o preenchimento dos dados solicitados no termo de adesão, foi indispensável um

diagnóstico situacional preliminar por parte dos gestores municipais, além de conhecimentos básicos de planejamento da assistência.

Considerando que compete, principalmente, à direção municipal do SUS a execução, controle e avaliação das ações e serviços de saúde locais (BRASIL, 2006), a equipe responsável pela gestão da Atenção Pré-Natal de Colombo demonstra empenho por parte dos envolvidos, na consolidação do PHPN e avaliação do processo que envolve o programa local.

Existem ainda, ações previstas com o nível estadual, ligadas à capacitação profissional em temas que envolvem a saúde da mulher, com vistas ao aprimoramento de qualidade da assistência e a completude do atendimento Pré-Natal, atrelado a metas para o aumento dos subsídios financeiros ligados ao PHPN, recebido por meio do Fundo Municipal de Saúde.

As características gerais e de organização da Atenção Pré-Natal de Colombo no nível estratégico demonstram consonância com as constatações de Serruya (2003), quando a mesma demonstrou a experiência do PHPN no Brasil, pois que a autora evidencia as ações realizadas municipalmente, em diferentes regiões brasileiras, para efetivação da implantação do programa nas diferentes realidades municipais. Neste sentido, a autora afirma que houve necessidade de reestruturação da atenção nos diferentes níveis, para que fossem garantidas integralidade e humanização como direitos das gestantes, durante o período gestacional.

Ainda que o município de Colombo tenha aderido ao PHPN até 2002, evidencia-se que em 2005 o mesmo passou a alimentar sistematicamente o SisPreNatal, com envolvimento de diferentes profissionais neste processo. Para tal, previamente houve organização destes registros, com elaboração de ficha de acompanhamento das gestantes, que posteriormente recebeu dados de outras áreas, como o campo de acompanhamento nutricional.

Estudos demonstram que permanece uma discrepância entre os dados gerados pelo SisPreNatal e por outras fontes para o processo de atenção, quando levantadas informações de indicadores de qualidade do programa. Observa-se na maioria das vezes percentuais mais baixos quando advindos do sistema de informação em detrimento das outras fontes de dados (TREVISAN, 2002;

GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008). Diante desta constatação, Andreucci e Cecatti (2011) sugerem a necessidade de aprimoramento de recursos humanos, bem como informatização das unidades de saúde para melhora desta desarmonia.

Neste sentido, em 2011 foi realizada pesquisa, também inserida no projeto ao qual esta dissertação compõe, com o objetivo de sistematizar os dados e informações necessários para o desenvolvimento de um sistema informatizado para a Atenção Pré-Natal, neste mesmo município (WOLFF *et al.*, 2011).

Os resultados da pesquisa demonstraram a possibilidade de acompanhamento da gestante durante todo o período Pré-Natal, com identificação de falhas no cumprimento das diretrizes do PHPN ou de outras situações específicas para cada gestante, bem como de ações realizadas em curto espaços de tempo, para melhora do atendimento.

A referida pesquisa demonstrou a complexidade requerida para a modelagem eficaz de informações na área da saúde, visto que o sistema de informação devem permitir uma flexibilização para atender às especificidades dos serviços municipais, demonstrou ainda possibilidade de replicação para outros municípios.

Desta maneira fica evidente a importância de constantes pesquisas e projetos desenvolvidos entre serviço e academia, na busca de aperfeiçoamento e adequações para o processo de qualificação do PHPN municipal.

A realização das metas previstas no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, bem como a distritalização municipal permanecem como desafios para a atual gestão municipal de Colombo-PR, empossada no início de 2013. Sabe-se que humanização da atenção obstétrica, fio condutor do PHPN, não ocorre de forma plena, na maioria dos municípios brasileiros (ANDREUCCI e CECATTI, 2011) e que este evento pressupõe uma rede de cuidado integrada, que disponibilize à gestante todos os serviços de Atenção e Assistência adequados as suas necessidades.

Neste sentido, Serruya (2003) destaca que, no período de adesão dos municípios, a regionalização e a descentralização eram incipientes e o processo de reunir as três instâncias envolveu conflitos e impasses, com maior dificuldade para os recursos de média e alta complexidade, fossem de serviços ambulatoriais ou hospitalares, tanto no aspecto da gestão, relacionados à referência e contra-referência, como no aspecto quantitativo destes recursos.

Entende-se que após a adesão ao PHPN pelos sistemas municipais de saúde, aconteceu melhora da atenção obstétrica pública (ALMEIDA e BARROS, 2005). Portanto, é seguro afirmar que O PHPN é uma estratégia eficaz de cuidado à saúde do binômio mãe-filho, na perspectiva de melhora dos indicadores nacionais de saúde (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

5.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As características gerais de organização da Atenção Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Colombo-PR demonstram, entre outros, que é garantido às gestantes acessibilidade aos serviços para início do Pré-Natal, visto que em 95% (10) das unidades elas são atendidas por procura direta, sem a necessidade de qualquer mecanismo que configure preconceito e/ou privilégio (AGUIAR, 2011). Dados de acolhimento e acessibilidade satisfatórios também foram evidenciados em estudo de Costa *et. al* (2009).

Observa-se, em 100% (20) das unidades, a participação da equipe de enfermagem no processo de acolhimento das gestantes, em consonância ao preconizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005). Incluem-se nas recomendações do MS as visitas domiciliares e o vínculo com a maternidade na primeira consulta, existentes em 90% (18) e 95% (19) das UBS colombenses, respectivamente.

A diversidade de profissionais que participam da assistência Pré-natal configura-se como característica positiva do programa municipal. Observa-se a realização de Consulta Pré-Natal tanto por Médico quanto pelo Enfermeiro. Em 60% (12) das unidades é realizada por ambos e em 40% (8) somente pelos médicos. Os resultados se aproximam aos expostos por Peixoto *et al.* (2011), que constataram que em 54,8% dos serviços da Rede Básica de Fortaleza-CE, médicos e enfermeiros intercalam a realização da Consulta Pré-Natal.

No item referente aos profissionais que realizam a Consulta Pré-Natal boa parte dos gestores locais afirmou que o Enfermeiro realiza apenas a primeira consulta, justificando a impossibilidade de realizar as demais em conjunto com o

médico, devido a condições estruturais e de organização do fluxo de atendimento. Ainda que tais afirmações qualitativas não tenham sido fonte de análise desta pesquisa, recomenda-se melhor apreciação científica desta característica.

A referência para outros serviços, seja em caso de emergências obstétricas e neonatais, ou em outras circunstâncias esta garantida na totalidade das UBS, já a contra-referência não ocorre, segundo os relatos dos gestores locais.

Rocha (2011) revelou que em 66,7% da Rede Básica de Fortaleza-CE não houve contra-referência para gestantes que realizavam o Pré-Natal. Costa *et al.* (2009) evidenciaram circunstâncias equivalentes, com relato de profissionais quanto a dificuldade no retorno das informações.

Estes pesquisadores destacaram que a ausência de contra-referência pode impedir que o processo reprodutivo seja visto em sua totalidade, o que favorece a descontinuidade na assistência à saúde do binômio mãe- filho, podendo influenciar nos índices de morbimortalidade materna e infantil.

Estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada do Sistema Único de Saúde (SUS), com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, considerando os seguintes critérios: vinculação das unidades que prestam atenção Pré-Natal às maternidades; garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos; captação precoce das gestantes na comunidade; acessibilidade; garantia na realização de exames complementares; garantia de acompanhante no trabalho de parto; incentivo ao parto-normal e redução da cesárea desnecessária; garantia de atendimento à demanda excedente; garantia de atendimento nas intercorrências obstétricas e neonatais; e, finalmente, atenção ao binômio no período puerperal (BRASIL, 2005).

Outro fato presente foi a realização de atividades de Educação em Saúde em apenas 50% (10) das unidades. Pesquisas realizadas em diferentes regiões do país expuseram similaridade em relação a este acontecimento. Anversa, Bastos, Nunes e Dal Pizzol (2012) observaram, em UBS do Sul do Brasil, que menos de 20% das gestantes participaram de grupos ou orientações.

Resultados de Costa *et. al* (2009) evidenciam a falta de lugar apropriado para atividades de Educação em Saúde em município mineiro, configurando esta

atividade como incipiente, visto que 72% das gestantes não conheciam ou consideraram que estas atividades inexistem no sistema de saúde municipal.

A baixa porcentagem de realização de atividades de Educação em Saúde evidencia comprometimento da participação social, enquanto diretriz organizativa do SUS, que prevê o envolvimento da população no processo de formulação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990a), além de que, na realidade da Atenção Pré-Natal, a mesma permite promover democratização do conhecimento sobre o período gravídico e funcionamento dos serviços, bem como permite aos profissionais atenderem as gestantes, respeitando suas necessidades particulares.

Destarte, ações de promoção da Educação em Saúde que envolvam a comunidade atendida pelo PHPN municipal em Colombo-PR, podem promover maior integralidade no cuidado, de modo que esta obtenha melhores condições no acompanhamento em seu período gravídico.

Ainda que tenha sido implantada no SUS de Colombo a complementação da ficha de acompanhamento da gestante com dados de índice de massa corpórea, observa-se que o acompanhamento nutricional ocorre em apenas 45% (9) das UBS.

Estudos evidenciam a importância do acompanhamento nutricional no atendimento Pré-Natal (FAZIO *et al.*, 2011; Assunção *et al.*, 2009). Assunção *et al.* (2009) afirmam que tanto o sobrepeso quanto o baixo peso são diagnósticos encontrados para as gestantes brasileiras, os quais influenciam diretamente o aumento da morbimortalidade materna e fetal. O autor ressalta que neste panorama estão envolvidos determinantes socioeconômicos e culturais.

Compreende-se então a importância do acompanhamento nutricional, de forma integrada a outros achados, como por exemplo, os dados socioeconômicos e achados clínicos, para uma melhor investigação e tratamento de possíveis distúrbios nutricionais, baseada no perfil epidemiológico nutricional das gestantes de Colombo-PR.

É pertinente salientar a necessidade de informatização das unidades, tanto dos prontuários gerais de atendimento, quanto dos instrumentos de registros diretamente relacionados à Atenção Pré-Natal. Essa poderá facilitar a alimentação de informações do SisPreNatal e evitar a fragmentação do atendimento nos

diferentes níveis de atenção. Necessidade já explicitada anteriormente, sobre a qual já existem ações por parte da gestão municipal em conjunto com a UFPR.

Andreucci e Cecatti (2011) propõem ações locais neste sentido, pois sugerem ser ilusório acreditar que uma única medida em nível nacional possa servir aos diferentes contextos de realidade no país.

Considerar as particularidades de diferentes comunidades, bem como a perspectiva das mulheres usuárias na avaliação do PHPN pode permitir que determinadas normatizações do programa sejam flexibilizadas, de forma a se adequarem as diferentes particularidades (ALMEIDA; TANAKA, 2009)

5.3 RECURSOS FÍSICOS, RECURSOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À ATENÇÃO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Os resultados referentes às instalações das 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em estudo demonstraram resultados de bom estado de uso quanto à sala de imunização em 75% (15), de Pré- Consulta em 60% (12), para consulta Pré-Natal em 55% (11), Sala de espera em 35% (7) e de local para reunião de grupo em 25% (5).

Entretanto foram consideradas em estado ruim de uso a sala de espera em 20% (4) unidades, de imunização e para reunião de grupo em 10% (2), bem como a sala de pré- consulta e consulta em 5% (1). Somado a isto, em 50% (10) das unidades não havia local para reunião de grupo.

Estudo de Rocha (2011) considerou a estrutura física ótima em 43,3% das unidades da Rede Básica de Fortaleza – CE, satisfatória em 26,7% e precária em 30%. Comparativamente ao referido estudo, o município de Colombo-PR demonstraria 50% das unidades em condições ótimas quanto à estrutura física, 30% em condição satisfatória e 10% em condição precária, evidenciando ser relativamente menor no achado de condições precárias.

Costa *et al.* (2009) relatou insuficiência de salas em UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF) em município mineiro, somada à falta de local apropriado para atividades de Educação em Saúde, além de dificuldades na higienização e segurança. Para Silveira, Santos e Costa (2001) os serviços de Atenção Pré-Natal

na Rede Básica demonstraram precariedade, relacionada principalmente à planta física dos serviços.

Segundo Silva, Santos e Soares (2001), espera-se que serviços com uma melhor estrutura apresentem um melhor processo de atendimento. O espaço físico deve possibilitar a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; visar à confortoabilidade, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos; garantir conforto aos trabalhadores, cliente e sua rede social; deve ainda, ser ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2004).

Uma boa ambiência compreende o ambiente físico, mas também social profissional e de relações interpessoais (BRASIL, 2004). Porém, o ambiente físico não é condição prioritária vista isoladamente, uma vez que a relação entre este e os demais elementos depende também das inter-relações pessoais entre profissionais e gestores do sistema, componente que não foi avaliado por esta pesquisa.

Avalia-se então que as condições estruturais e de materiais podem não definir, isoladamente a qualidade da Atenção Pré-Natal, já que nesta estão envolvidos múltiplos fatores, porém, ainda sim deve ser vista estrategicamente, de forma a permitir a sua utilização em consonância às práticas de atenção humanizada.

Quanto à análise dos resultados referentes aos materiais e equipamentos disponíveis para a assistência Pré-Natal nas UBS constatou-se inexistência de Pinças de Cheron e estetoscópio de Pinard em 15% (3) das unidades, bem como de escada de dois degraus e balança para adulto em 5% (1) delas. Somado a esses resultados estão os materiais em estado ruim de uso, que não podem ser usados, como mesa de exame ginecológico em 25% (5) das unidades, seguida de mesa e cadeiras em 20% (4), balança para adulto e esfigmomanômetro em 15% (3), estetoscópio clínico e Sonar Dopler em 10% (2) e escada de dois degraus, foco de luz e fita métrica, que foram considerados em estado ruim de uso em 5%(1) das unidades.

Rocha (2011) classificou os recursos materiais da Rede Básica de Fortaleza – CE como ótimos em 66,7%, satisfatórios em 23,3% e precários em 10%. Analogamente ao estudo de Rocha (2011), o município de Colombo-PR apresenta

condição ótima em 71,33% das UBS, satisfatória em 56% e precária em 7,33%. Esta comparação evidencia porcentagens mais elevadas para materiais em ótimas e satisfatórias condições e menos elevadas quanto a precariedade dos mesmos, no município paranaense.

Costa *et al.* (2009) demonstraram aporte médio em relação aos recursos materiais, ou seja, uma avaliação equivalente a um estado de uso regular quando comparado a pesquisa que hora se apresenta. O autor destacou que as principais deficiências relacionadas aos materiais recaíam sobre a ausência de protocolos e normas, como as de atividades em grupo e de Educação em Saúde.

Infere-se situação similar no contexto das UBS de Colombo-PR quando relacionada ao estudo de Costa *et al.* (2009), visto que não houve resultados superiores a 20% de conformidade relacionados aos materiais e equipamentos para assistência Pré-Natal e que os protocolos para Saúde da Mulher encontram-se em fase de implantação, tendo sido elaborados recentemente, em 2012.

Deve-se ainda considerar o número reduzido de pesquisas de avaliação em saúde na Atenção Pré-Natal que contemplam o quesito materiais, como fator limitante para maiores inferições (DOMINGUES, 2012; ANVERSA *et al.*, 2012; CESAR *et al.*, 2011; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; PEIXOTO, 2011; CORREA, 2011; CORRÊA, 2011; TREVISAN, 2002; COSTA; MADEIRA; BRITTO, 2000).

A análise dos medicamentos essenciais para a assistência Pré- Natal nas UBS revelou que boa parte dos fármacos está disponível para as gestantes do município. Todavia, evidenciou-se inadequação em relação os antiácidos, encontrados apenas em 45% (9) dos serviços, e a dimeticona, indicado para casos de excesso de gases no aparelho intestinal, esta disponível em 20% (4) das unidades. Os coordenadores locais das 20 unidades analisadas relataram também a ausência de supositório de glicerina e hioscina. Aquele indicado para constipação intestinal e este para casos de êmese (vômito).

Os resultados de Rocha (2011) demonstraram panorama similar em Fortaleza-CE, onde evidenciou ótima condição de disponibilidade dos medicamentos essenciais em 40% das UBS, satisfatório em 43,3%, precário em 10% e insuficiente em 6,7%. A autora verificou ainda, que em 90% das unidades não havia supositório de glicerina e em 46,7% faltavam antiácidos.

Vale afirmar que os medicamentos preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) são considerados essenciais para a assistência no período gravídico, sendo assim a falta deste fármacos compromete a qualidade da assistência Pré-Natal sob a ótica do programa.

5.4 PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL MUNICIPAL

Os dados do processo de assistência Pré-Natal de Colombo-PR são provenientes das fontes de registro disponíveis nas Unidades de Saúde (UBS) inclusas na pesquisa, especificamente os prontuários, fichas gerais de atendimento e fichas de acompanhamento das gestantes participantes da pesquisa.

Faz-se necessário reafirmar a importância dos registros relacionados à Atenção Pré-Natal para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município. Como já citado, observa-se que o cumprimento das metas e dos indicadores de processo demonstram subnotificação no sistema de informações (ANDREUCCI; CECATTI, 2011), sendo assim, a documentação dos dados se encontra provavelmente deficiente em nível nacional, não refletindo o real acompanhamento das gestantes.

Destarte, confirma-se a importância da avaliação *in loco*, bem como a qualificação dos registros ligados à Atenção Pré-Natal e da alimentação dos sistemas de informação concernentes a esta área, principalmente no SisPreNatal.

Ressalta-se a crença de que o protocolo do Ministério de Saúde deva continuar norteando as ações em atenção obstétrica, e que sejam estipulados, em paralelo, investimentos em recursos humanos para a usabilidade da informação em saúde, treinamento para sua inclusão nos sistemas de informação bem como aprimoramento de instrumentos mais acessíveis e menos burocráticos de registro de dados (ANDREUCCI E CECATTI, 2011).

Quanto aos resultados do processo de assistência Pré-Natal de Colombo-PR obtidos *in loco*, especificamente referente a dados de identificação e complementares, observou-se maior porcentagem de registro dos dados de identificação das gestantes em relação aos complementares.

Em relação aos dados complementares, os de antecedentes obstétricos e ginecológicos encontravam-se registrados em 85,24% (156) e 84,15% (154) dos prontuários, respectivamente. Os dados de antecedentes pessoais estavam registrados em 47,54% (87) dos prontuários. Todavia, o estado civil/ união em 18,03% (33), os de grau de instrução e profissão/ocupação em 6,55% (12), e de antecedentes familiares em 3,82% (7) deles. Os registros de dados socioeconômicos das gestantes não foram encontrados em nenhuma das fontes analisadas.

Estudos realizados recentemente demonstram o perfil das gestantes participantes da pesquisa, evidenciando dados de identificação e complementares, porém sem a conotação avaliativa quanto ao seu registro (DOMINGUES, 2012; ANVERSA *et al.*, 2012; ROCHA, 2011; CESAR *et al.*, 2011; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; PEIXOTO, 2011; CORREA, 2011). Já Costa *et al.* (2009) afirmaram não haver registros de antecedentes obstétricos nas carteirinhas de gestante em município do sul do País.

Informações sobre as características populacionais e regionais são relevantes no processo de implantação de ações voltadas à saúde da mulher. Inicialmente eram limitadas ao período gravídico, atualmente incluem informações sociodemográficas e psicossociais, como determinantes no processo saúde-doença das mulheres (BRASIL, 2009).

Tais achados configuram a impossibilidade de melhor comparação dos dados encontrados nesta pesquisa com outras realidades regionais e locais, todavia, ressalta-se a importância dos registros, bem como o uso e acompanhamento destes dados em conjunto com os demais procedimentos realizados durante a Atenção Pré-Natal, bem como sugerem a realização de novas pesquisas que se configurem como avaliativas quanto a estes indicadores.

A ocorrência do registro de dados de identificação da paciente se caracteriza como ferramenta importante para o início do acompanhamento das gestantes, bem como para a continuidade do mesmo, sendo utilizada como fonte de dados para caracterização da população atendida, assim como para a realização de procedimentos como busca ativa e contato com as gestantes para possíveis atividades educativas. Ademais, os registros podem ser utilizados ainda, para

levantar informações pertinentes à Gestão da Atenção Pré-Natal em dada área de abrangência.

Vale ressaltar que além das questões já retratadas, no que diz respeito ao registro do número do SisPreNatal (número individual atribuído a cada gestante atendida), o mesmo pode servir como fonte de dados para possíveis auditorias e monitorização, tanto por parte da Gestão Municipal, quanto da Estadual e Federal.

Os dados complementares apresentam relação estreita com a qualidade da assistência Pré-Natal. Pode-se afirmar que, a partir de informações relacionadas a antecedentes pessoais, obstétricos e familiares se tem uma visão abrangente do histórico do processo saúde-doença da gestante atendida, inferindo-se através disso possível necessidade especial no acompanhamento dessa gestação, ou ainda, realizando diagnóstico prévio de possível morbidade, com maior sucesso em seu tratamento, o que em última instância estará ligado a melhores índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Conhecer a ocupação da gestante permite ao profissional intervir, quando necessário, de forma que se a mesma realiza atividades que comprometam o processo gestacional, seja possível ao profissional auxiliar a gestante a encontrar a melhor resolução frente a tal situação.

No que diz respeito ao estado civil, o registro deste dado pode possibilitar o levantamento de questões pertinentes à intervenção profissional, pois esta condição pode refletir no estado emocional da gestante ou ter relação com a sua situação social e econômica.

É necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza, considere a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e sujeito e valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e de cada pessoa (BRASIL, 2005)

Estudos demonstram que a Atenção Pré-Natal efetiva não depende somente de recursos materiais, físicos, tecnológicos e financeiros, estando intimamente ligada à concepção que a gestante tem da importância da realização do Pré-Natal e com sua condição social (COSTA *et al.*, 2009; ALMEIDA; TANAKA, 2009). Com base nisso, é importante estar atento e realizar o registro de dados socioeconômicos.

Observa-se que mulheres com menor renda familiar, menor escolaridade e não brancas iniciam tardiamente o Pré-Natal e, quando o realizam, o mesmo é de mais baixa qualidade, o que revela inequidades sociais na assistência (TREVISAN *et al.*, 2002).

Ainda sobre este tema, Serruya (2004) considera que diferentes estudos apontam a acessibilidade como um lócus de vulnerabilidade da assistência, uma vez que convergência de outras variáveis como renda, região, localização e anos de estudo potencializam a exclusão da mulher do atendimento no Pré-Natal.

Sendo assim, destaca-se a necessidade de os profissionais, ao entrarem em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para ela e sua família (BRASIL, 2005).

Com base nas considerações realizadas a respeito do registro de dados complementares, fica explícita a necessidade de maior adesão dos profissionais no levantamento destes dados, tanto daqueles apresentados em menor percentual, quanto dos demais, que também devem ser melhor trabalhados.

Os resultados referentes aos exames laboratoriais realizados de forma adequada pelas gestantes evidenciaram que de maior frequência, e estão de acordo com o PHPN foram os de ABO- Rh, com 66,12% (121); e os exames de VDRL e Urina Tipo 1, para os quais 56,83% (104) das gestantes que tiveram seus prontuários e fichas de acompanhamento observados os realizaram adequadamente. Para o exame de Glicemia de jejum observou-se 56,28% (103) de adequação, sucedido em menor frequência pelo exame hemograma, com 41,53% (76); HBsAg (hepatite B) e Sorologia para Toxoplasmose, com 39,34% (72); e o exame de Testagem anti-HIV, com 31,14% (57) das gestantes tendo os realizado adequadamente.

Estudos de Peixoto *et al.* (2011) e Trevisan *et al.* (2002) evidenciam a realização adequada dos exames previstos pelo PHPN de forma agrupada, sendo que os primeiros demonstraram que 85,5% das gestantes de Fortaleza-CE realizaram todos os exames previstos pelo PHPN. Já Trevisan *et al.* constataram que 44,3% das gestantes em Caxias do Sul-RS realizaram todos os exames,

destacando que para o exame de HIV houve 91,2% de adequação e para o de VDRL 95,4%.

De forma comparativa, fazendo-se uma média dos exames adequadamente realizados pelas gestantes em Colombo-PR, obtêm-se uma porcentagem de 48,42% de adequação. Especificamente, de 31,14% para o exame de HIV e de 56,83% para o de VDRL. Constata-se neste comparativo que em Fortaleza-CE e Caxias-RS houve um percentual mais elevado de realização desses exames, em relação a Colombo-PR.

Transpondo-se então, para uma discussão comparativa com estudos que evidenciam resultados de forma específica para os exames previstos pelo PHPN, com base nos dados da Tabela 12.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO COMPARATIVA DE FREQUÊNCIAS RELATIVAS ENTRE DIFERENTES AUTORES QUANTO A REALIZAÇÃO ADEQUADA DOS EXAMES PREVISTOS PELO PHPN

Comparativo com porcentagens referentes a realização adequada dos exames previstos pelo PHPN					
Exames	Poliquesi, 2013	Domingues <i>et al.</i> , 2012	Anversa <i>et al.</i> , 2011	Cesar <i>et al.</i> , 2011	Silveira, Santos e Costa, 2001
ABO- Rh	66,12%	89,40%	39%		86,30%
Hemograma	41,53%	77,10%	38%	81,50%	
Glicemia de Jejum	56,28%	36,6% (2ª bateria)	50%		
VDRL	56,85%	35,3% (2ª bateria)	38%	26,90%	
Urina Tipo 1	56,83%		49%	36,70%	
Testagem anti-HIV	31,14%	74%	37%	70,10%	
HBsAg (hepatite B)	39,34%		44%		
Sorologia para Toxoplasmose	39,34%				

FONTE: O autor (2013)

Para os exames de tipagem sanguínea e fator RH (ABO-Rh) os resultados de Colombo-PR demonstram menor porcentagem de adequação em comparação aos de Domingues *et al.* (2012) e Silveira, Santos e Costa (2001), porém com melhores resultados em relação à Anversa *et al.* (2011).

O exame hemograma evidenciaram porcentagens consideravelmente menores de adequação em relação aos resultados de Domingues *et al.* (2012) e Cesar *et al.* (2011), porém ligeiramente maiores que os de Anversa *et al.* (2011).

Os exames de Glicemia de jejum, de sífilis (VDRL) e exame qualitativo de urina (urina tipo 1), demonstram porcentagens de adequação mais elevadas em relação aos resultados obtidos pelos demais autores.

Os exames de testagem anti-HIV e de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAG) evidenciaram menor porcentagem de realização em todos os comparativos. E finalmente, para o exame de sorologia para toxoplasmose, o comparativo não foi realizado, visto que não há evidências de sua porcentagem de adequação para os demais estudos.

Para Koffman e Bonadio (2005), garantir uma assistência adequada significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem-estar da gestante e de seu conceito, além de orientá-la para evitar problemas específicos do parto, ou mesmo, determinados cuidados imediatos ao recém-nascido.

No ensejo de se consolidar uma lista de causas de morte evitáveis em crianças menores de cinco anos (MALTA, 2007), pode-se destacar as reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto e ao recém-nascido, como por exemplo a sífilis congênita, as doenças pelo vírus da imunodeficiência humana, afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido, hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer e hemorragia neonatal.

Diante disto, maiores porcentagens de adequação na realização dos exames previstos pelo PHPN, bem como a consolidação deste processo representam melhores indicadores na qualidade da Atenção Pré-Natal no município da pesquisa.

O exame anti-HIV tem sido considerado de extrema importância no controle da transmissão vertical desta doença. Sendo assim, deve ser obrigatoriamente oferecido, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Considerando-se que o município possui Centro de Triagem e Acolhimento (CTA) para o atendimento a toda a população de Colombo-PR, fica evidente a garantia de atendimento e acompanhamento das gestantes colombenses, tanto para a realização de exame diagnóstico, quanto para o tratamento e melhora dos indicadores de infecção vertical.

Segundo Serruya (2004), a sífilis, diagnosticada pelo exame VDRL, é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo e nenhuma dificuldade operacional, uma vez que a imensa maioria dos laboratórios dispõe de tecnologia para a realização do exame.

O diagnóstico prévio de possíveis morbidades ligadas ao período gestacional induz melhores ações para a sua reversão e tratamento. Tendo-se como premissa a existência de apoio diagnóstico no Município, percentuais baixos de registro de exames demonstram ineficiência e ineficácia na Atenção Pré-Natal, no que diz respeito aos exames básicos necessários.

Considerando-se ainda, a avaliação de processo da assistência Pré-Natal a realização da vacina Dt adulto, esta imunização esteve registrada em 85,79% (157) dos prontuários. O resultado obtido encontra-se acima dos apresentados por Cesar *et al.* (2011), Costa *et al.* (2000), Anversa *et al.* (2012), Silveira, Santos e Costa (2001), Domingues *et al.* (2012) e Rocha (2011) que apresentaram 84%, 80%, 64%, 55% 54,2% e 22,8% de adequação para a realização da vacina, respectivamente.

Já Peixoto *et al.* (2011) demonstraram 100% de cobertura vacinal em sua pesquisa e Trevisan *et al.* (2002) 91,20% das gestantes vacinadas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a vacinação é a principal forma de prevenção do Tétano Neonatal, entre as mulheres em idade fértil (entre 12 e 49 anos) com o esquema completo da vacina dupla tipo adulto (dT).

No final dos anos 90 registraram-se 289.250 casos de tétano neonatal em todo o mundo, dos quais 215.000 foram a óbito, correspondente a uma taxa de letalidade de 74,3% (BRASIL, 2005).

Com a implementação de uma política de eliminação do tétano neonatal como problema de saúde pública no mundo, sua incidência tem sido reduzida, sensivelmente. De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde (2005), esta meta equivale a alcançar uma taxa de incidência máxima de 1 caso/1 mil nascidos vivos (NV), por distrito ou município, internamente a cada país.

A prevenção do tétano neonatal se dá por meio da garantia de atenção pré-natal de qualidade com vacinação das gestantes, do atendimento higiênico ao parto, com uso de material estéril para o corte e clampamento do cordão umbilical e do curativo do coto umbilical, utilizando-se solução de álcool a 70%. (BRASIL, 2005).

A realização da vacina configura-se como método simples em relação aos índices alcançados a partir de sua efetivação. Taxas de 14,21% de prontuários sem o registro da vacinação, por exemplo, ainda que em baixa porcentagem podem refletir maior incidência de morbidades ligadas ao Tétano durante o processo gestacional.

Quanto à adequada realização dos procedimentos técnicos preconizados para a consulta de Pré-Natal, observou-se maior frequência de adequação para a verificação de pressão arterial e peso em 74,31% (136) dos prontuários, sucedida da verificação de idade gestacional em 62,84% (115), ausculta do batimento cardíaco fetal em 53,55% (98) e medição de altura uterina em 51,91% (95). Com menor frequência, a verificação de edema esteve adequada para 5,46% (10) das gestantes e a verificação da apresentação fetal em 2,18% (4).

Para discussão dos dados de procedimentos técnicos realizados durante a consulta Pré-Natal, pode-se considerar primeiramente um comparativo com Silveira, Santos e Costa (2001), os quais utilizaram a mesma metodologia para este item. O município de Colombo-PR apresentou melhores porcentagens nos itens de verificação de altura uterina, batimento cardíaco fetal, idade gestacional, verificação de pressão arterial e peso. Porém apresentou menores porcentagens de adequação para os procedimentos técnicos de verificação da apresentação fetal e edema.

Na Tabela 13 pode ser observada as demais relações para o comparativo entre esta pesquisa e resultados obtidos por Silveira, Santos e Costa (2001) e outros autores, no que diz respeito à ocorrência de procedimentos técnicos preconizados pelo PHPN, a serem realizados durante as consultas de Pré-Natal.

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO COMPARATIVA ENTRE DIFERENTES AUTORES QUANTO AOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS REALIZADOS ADEQUADAMENTE DURANTE A CONSULTA PRÉ-NATAL

Comparativo com distribuição de frequências relativas referentes aos procedimentos técnicos das consultas de Pré-Natal					
Procedimentos Técnicos	Poliquesi, 2013	Silveira, Santos e Costa, 2001	Domingues <i>et al.</i> , 2012	Anversa <i>et al.</i> , 2011	Costa, 2009
Altura Uterina	51,91%	49,20%	80,20%	62%	40%
Apresentação	2,18%	33,60%			
Batimento Cardio Fetal	53,55%	50,90%	76,80%	74%	44,7%

Comparativo com distribuição de frequências relativas referentes aos procedimentos técnicos das consultas de Pré-Natal					
Edema	5,46%	15,90%			0%
Idade Gestacional	62,84%	44,80%	79,7%	67%	
Pressão Arterial	74,31%	49,20%	94,2%	73%	100%
Peso	74,31%	48,40%	94%	71%	100%

FONTE: O autor (2013)

Com exceção do estudo de Costa (2009), em relação aos de Domingues *et al.* (2012) e Anversa *et al.* (2011), as porcentagens da adequada realização dos procedimentos técnicos foram menores para o município de Colombo-PR

A realização destes procedimentos mínimos durante a consulta Pré-natal caracteriza, em conjunto com os demais procedimentos, um processo de atendimento que garante o levantamento de achados clínicos e fisiológicos, individualizando a assistência.

Os resultados do registro de procedimentos técnicos realizados durante a consulta de Pré-Natal suscitam inquietações quanto ao adequado acompanhamento do estado nutricional, detecção precoce de estados hipertensivos, identificação do crescimento fetal, bem como de constatação das características do batimento cardio fetal, todas as ações previstas pelo PHPN.

As baixas porcentagens, gerais somadas ao panorama da verificação de apresentação fetal e edema, revelam maior preocupação quanto aos índices de morbimortalidade materna, visto que doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e as hemorragias são as causas mais frequentes, representando 32,2% das mortes registradas (SESA, 2012), para as quais existe relação intrínseca com os achados clínicos e realização de diagnóstico e tratamento.

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais. As aferições da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal e a instauração de condutas de tratamento corretas permitiriam salvar muitas mulheres e crianças. (BRASIL, 2005)

A partir da adoção de procedimentos técnicos, torna-se possível acompanhar e monitorar a gestante e concepto, com vistas a um processo gestacional saudável,

ainda que intervenções sejam necessárias. Fica claro que o diagnóstico, com a realização de procedimentos técnicos e condutas corretas, permite salvar a vida de muitas mulheres.

Os resultados relativos aos exames citopatológico e de mama demonstram uma realidade preocupante, visto que somente para 12,02% (22) das gestantes houve registro da realização do exame citopatológico, o papanicolau. Acrescido a isto, para 3,28% (6) configurou-se a mesma realidade, para o exame das mamas.

Os resultados obtidos demonstram inadequação, visto que a oferta de exame preventivo de câncer de colo de útero e mama é considerada indicador prioritário, nas metas ligadas a Atenção Pré-natal, estabelecidas pela União e Estados (CALEMAN, *et al.*, 1998), prioridade reafirmada no Pacto Pela Vida (BRASIL, 2006) para o indicador de controle do câncer de colo de útero e mama.

Respeitadas as devidas proporções, outros estudos demonstram situação similar. Cesar (2011), Costa *et al.* (2000), Trevisan (2002), Silveira, Santos e Costa (2001) e Anversa (2012), referem a realização do exame citopatológico em 57,5%, 52%, 51%, 35,9% e 35% de gestantes em seus estudos, respectivamente. Peixoto (2011) julga como reduzida a realização deste exame em seu estudo.

Para o exame de mamas, Trevisan (2002) referiu a realização em 74,50% das gestantes, Costa *et al.* (2000) em 59%, Anversa (2012) em 53%, Cesar *et al.* (2011) em 40,20% e Costa (2009) em 28,10%.

Os dados expostos apresentam uma realidade preocupante em relação a realização do exame citopatológico e de mama. Se tomarmos como um dos princípios da Atenção Pré-Natal o estímulo ao aleitamento materno, tal realidade torna-se mais inquietante ao remetermos nossa avaliação sobre a realização da Consulta Puerperal, na qual um dos objetivos, segundo Área Técnica do Ministério da Saúde, é orientar e apoiar a família para a amamentação.

A mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, portanto entende-se que o preparo para a amamentação deva ser iniciado ainda no período de gravidez. (BRASIL, 2005).

Além da relação exame de mama/ amamentação, vale ressaltar a importância do mesmo no que diz respeito ao câncer de mama e sua prevenção. Realizar tal procedimento durante as consultas Pré-Natais permitirá ao profissional um momento

de orientação na continuidade de tal prática pela paciente, além do período gestacional.

Martins e Lucarelli (2012) evidenciam que o câncer de mama associado à gestação é relativamente raro e que a gravidez está associada a estágios mais avançados da doença no momento do diagnóstico, porém não ao decréscimo da sobrevida. Sendo assim, o prognóstico para o grupo das grávidas é similar ao câncer de mama não relacionado à gestação. Assim exposto, torna-se evidente a necessidade de ações estratégicas em nível municipal, frente aos baixos registros referentes ao exame de mama.

Ainda referente ao processo de assistência Pré-Natal, os resultados demonstraram 70% de adequação quanto à detecção e registro do risco gestacional. A caracterização do Risco Gestacional inclui a realização de procedimentos já analisados por esta pesquisa, como verificação de pressão arterial, edema e altura uterina. A realização de tais procedimentos, periodicamente, durante o Pré-Natal permite a orientação e encaminhamentos adequados em cada momento da gestação.

Identificando-se um ou mais dos fatores de risco, a gestante deverá ser acompanhada na Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2005). Nos casos não previstos para tratamento nas UBS, a gestante deverá ser encaminhada para atenção especializada que, após avaliação, poderá proceder à contra-referência à Atenção Básica, com recomendações ou manter o acompanhamento Pré-Natal nos serviços de referência para gestação de alto risco.

A falta de registro do risco gestacional pode estar relacionado ao comprometimento na efetividade das ações necessárias, assim como o acompanhamento adequado por parte da Atenção Básica. Ainda que tal gestante passe a ser acompanhada no nível terciário, simultaneamente, é responsabilidade da equipe da UBS estar atenta ao andamento do Pré-Natal da mesma.

As situações que envolvem fatores de risco devem ser referenciadas, podendo, contudo, a gestante retornar ao atendimento no nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. Da mesma maneira, a Unidade Básica de Saúde deve continuar responsável pelo seguimento da

gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema. (BRASIL, 2005).

A totalidade dos resultados referentes ao processo de assistência Pré-Natal evidencia necessidade de maior integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade nos procedimentos e ações que envolvem este processo. Visto que ainda que existam resultados relativamente satisfatórios, porém, não evidenciam uma conformidade uniforme de todos os indicadores.

5.5 NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, DISTRIBUIÇÃO NOS TRIMESTRES DE GESTAÇÃO, PRIMEIRA CONSULTA, CONSULTA PUERPERAL E INTERVALO DE IDADE DAS GESTANTES

Dentre os procedimentos e ações preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) estão aqueles relacionados ao mínimo de consultas realizadas, bem como sua distribuição nos trimestres de gestação. Além disso, o início precoce do Pré-Natal, bem como sua finalização em até 42 dias após o parto, com a realização da Consulta Puerperal, também são importantes indicadores do programa (BRASIL, 2000).

A recomendação de se iniciar o Pré-Natal assim que a gestação seja diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao Programa e diagnosticar eventuais fatores de risco (BRASIL, 2005).

Foi constatado que 80,87% (148) das gestantes de Colombo-PR inclusas na análise realizaram pelo menos seis consultas de Pré-Natal, com média de 7,42 consultas. No estado do Paraná a porcentagem de gestantes que realizaram sete consultas de Pré-Natal ou mais, foi de 74,7% em 2006 e 80,35% em 2010 (SESA, 2012). Em nível nacional este índice foi de 68,7% em 2008 (DATASUS, 2012). Comparativos demonstram incremento deste resultado em Colombo-PR.

Houve adequação na distribuição das consultas de 71,59% (131) das gestantes para o primeiro trimestre, de 84,69% (155) delas para o segundo trimestre e 78,69% (144) para o terceiro.

Foi comprovado que 92,9% (170) das gestantes iniciaram o Pré-Natal em até o quarto mês de gestação (120 dias de gestação), ou seja, precocemente. Quanto à

Consulta Puerperal, 74,87% (137) fizeram-na em até 42 dias após o parto, 16,39% (30) com mais de 42 dias e 5,47 (10) não a realizaram.

Os dados levantados *in loco* relativos ao mínimo de seis consultas demonstram maior porcentagem quando relacionados aos provenientes do SisPreNatal, visto que para este mesmo indicador o sistema demonstra uma porcentagem de 58,42% no ano de 2010 e 64,86% no ano de 2011 (SisPreNatal, 2013).

Andreucci e Cecatti (2011) também demonstraram considerável discrepância para este indicador de processo, uma vez que a informação do SisPreNatal demonstrou uma adequação de 26,8% para o mínimo de seis consultas e outras fontes demonstraram 56,1%.

Ainda quanto ao número total e médio de consultas, Rocha (2011) constatou que 7,6% de gestantes de um município de Pernambuco realizaram pelo menos 6 consultas, Peixoto *et al.* (2011) confirmaram que 39,7% de gestantes do Ceará realizaram de 4 a 6 Consultas de Pré-Natal. Já Correa (2011) obteve 80,4% de adequação para este indicador. Cesar *et al.* (2011) obteve uma média de 6,6 consultas por gestante no Sul do Brasil, e Silveira, Santos e Costa (2001) demonstraram média de 5,3 consultas por gestante em município do Rio de Janeiro e Costa 6,2 no Sul do País. Os 80,87% de adequação para o município de Colombo com uma média de 7,42 consultas representam incremento em relação aos resultados dos demais estudos citados.

Quanto ao início precoce do Pré-Natal, Domingues (2012) obteve 74,4% de adequação em município carioca, Correa *et al.* (2011) evidenciaram 74,10% na região de São Paulo, Trevisan (2002) manifestou 35,20% de adequação em município do Rio Grande do Sul e Rocha (2011) comprovou 6,10% no Recife –PE. Este panorama evidencia boa condição do município de Colombo-PR em relação a este indicador.

Para a realização da consulta puerperal em até 42 dias após o parto, Correa *et al.* (2011) obtiveram como resultados 81,4% de adequação em seu estudo, já Silveira, Santos e Costa (2001) evidenciaram 32,5% para este indicador, o que representa diferença regional e temporal. Porém, os 64,70% de adequação, obtido em Colombo-PR, não permitem generalização em relação aos demais estudos.

Segundo a Área Técnica do Ministério da Saúde (2005), no Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de Pré-Natal por mulher que realiza o parto no SUS, passando de 20% de adequação quanto a este parâmetro, em 1995 para 91% em 2005.

Nesta pesquisa as gestantes que realizaram pelo menos seis consultas, durante o Pré-Natal, representam 80,87%. Obedecer a um número mínimo de consultas durante o Pré-Natal, distribuídas a cada trimestre, garante uma atenção periódica e contínua da gestante, com vistas a ações que vão desde o acolhimento, escuta ativa e Educação em Saúde, até procedimentos e intervenções técnicas, propriamente ditas. A efetivação deste número mínimo está ligada à procura imediata da gestante para início do Pré-Natal, concluindo a sua vinculação ao programa com a consulta puerperal.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente e ser regular e completo, de forma a garantir todas as avaliações propostas, com preenchimento do cartão da gestante e a ficha de pré-natal (BRASIL, 2005).

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não deve existir 'alta' do pré-natal antes do parto (BRASIL, 2005).

Uma intervenção no sentido de planejamento de consultas com, no mínimo 15 dias de intervalo, e que contemplem as especificidades dos trimestres gestacionais, deve ser pensada a fim de que as unidades apresentem maior cobertura na sua distribuição ao longo dos trimestres de gestação.

Dados do Ministério da Saúde (2005) demonstram que a atenção puerperal não está consolidada nos serviços de saúde, pois a grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, tem sido com a avaliação e a vacinação do recém-nascido.

Ações conjuntas entre gestão e unidades de saúde podem ser pensadas sobre a concepção que a gestante tem da oferta de serviços de saúde primária. Observa-se na população ainda hoje, a procura dos serviços de saúde somente em momentos que necessitam de intervenção. Mudar essa concepção curativista e concretizar diretrizes da saúde pública com vistas à promoção da saúde é um desafio também na Atenção Pré-Natal.

A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de sete a dez dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde durante visita domiciliar. (BRASIL, 2005).

No entendimento de Serruya (2004), a assistência à mulher na gestação só deveria ser considerada como concluída após a Consulta Puerperal, pois seguimento clínico após a gestação é imperativo por diferentes razões, como o estabelecimento de condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, que protege a mulher e melhora os resultados perinatais, com a orientação para a introdução de método contraceptivo, assim como avaliação que permita detectar importantes alterações como a anemia e os estados depressivos.

Destaca-se a necessidade da realização de ações intersetoriais e horizontalizadas às necessidades da população feminina, em detrimento de políticas verticalizadas. O atual programa para a saúde da mulher inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil das mulheres (BRASIL, 2009).

Quanto a idade das gestantes desta pesquisa a maior frequência foi de entre 20 e 24 anos, que representam 28,97% (55) das mesmas, sucedidas em menor frequência pelas que tem de 15 a 19 que representam 24,05% (44), de 25 a 29 anos que representaram 22,4% (41), de 30 a 34 anos com 15,84% (29), 35 a 39 anos 6,56% (12) e de 10 a 14 anos com 0,55% (1), representando uma gestante. Para 1,63% (3) não foi localizada esta informação.

No Brasil observa-se o envelhecimento da estrutura etária das mulheres no momento do parto, com uma redução do percentual de mães com menos de 20 anos e aumento daquelas com 30 anos ou mais (DATASUS, 2012). Este panorama divergiu para as gestantes participantes da pesquisa. Tais resultados devem ser considerados nas ações dos gestores locais e municipais do PHPN em Colombo-PR. Deve-se considerar ainda o aumento da população, concentrada em maior número na região urbana.

6 CONCLUSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu descrever o planejamento e organização da gestão municipal de saúde para a Atenção Pré-Natal no município em estudo, bem como auditar aspectos da estrutura e processos relativos à Atenção Pré-Natal nas UBS de Colombo-PR, demonstrando alcance dos objetivos propostos.

Os resultados da pesquisa permitem inferir que o município de Colombo-PR apresenta ações estratégicas locais e intersetoriais para consolidação do PHPN municipal, com empenho de diferentes instâncias neste processo. Permanecem como desafios para a gestão municipal a distritalização, a consolidação dos protocolos municipais de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Atenção Pré-Natal, o fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil e melhora na qualidade dos registros e alimentação do SisPreNatal, com vistas a informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Está garantido às gestantes acolhimento e acessibilidade para início da Atenção Pré-Natal, bem como ações de visita domiciliar e vínculo com a maternidade desde o início da gestação. A diversidade de profissionais envolvidos na atenção caracteriza qualidade na abrangência do cuidado, evidencia-se necessidade de melhor análise quanto à realização de consultas por médicos e enfermeiros, a serem realizadas de forma intercalada (BRASIL, 2005), fator que esta pesquisa não permitiu aprofundar.

A inexistência de contra-referência, bem como a baixa realização de Educação em Saúde estiveram entre os indicadores de menor adequação na organização local da atenção. Demonstrando comprometimento da atenção quanto às diretrizes de integralidade e equidade, previstas no SUS.

Os resultados relacionados aos recursos físicos e de materiais e demonstraram aporte médio, com destaque para a ausência de local para reunião de grupo em 50% da UBS. Quanto aos medicamentos, houve falta de supositório de glicerina e hioscina nas 20 unidades em pesquisa. Para estes indicadores, a consolidação dos protocolos municipais pode inferir mudança qualitativa no uso do aporte evidenciado para aprimoramento no processo de utilização do mesmo.

Evidenciou-se que as gestantes do município iniciam o Pré-Natal precocemente (92,9%), têm garantidas pelo menos seis consultas durante o mesmo (80,87%), bem como sua distribuição no primeiro (71,59%), segundo (78,69%) e terceiro trimestre (78,69%) de gestação, com a realização da consulta puerperal em até 42 dias após o parto (74,87%).

Porém observa-se comprometimento da qualidade no processo de atenção relacionado ao levantamento de dados complementares da gestante, realização adequada e uniforme dos exames preconizados pelo PHPN, de procedimentos técnicos durante a consulta, bem como de realização do exame citopatológico e de mama, que apresentaram adequação apenas para 12,02% e 3,28% das gestantes, respectivamente. A correta caracterização de risco gestacional esteve garantida para 70% das usuárias, bem como a imunização antitetânica, para 85,79%.

A totalidade dos resultados referentes ao processo de Atenção Pré-Natal evidencia necessidade de maior integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade nos procedimentos e ações que envolvem este processo, visto que ainda que existam resultados relativamente satisfatórios, que não evidenciam uma conformidade uniforme de todos os indicadores.

Desse modo, considera-se que esta pesquisa poderá oferecer aos gestores do município informações que poderão subsidiar a elaboração de diretrizes e estratégias, com vistas ao aperfeiçoamento da qualidade dos serviços, para uma atenção que considere às necessidades reais da população.

Perante os indicadores de processo propostos, o monitoramento dos resultados é outra importante ferramenta de gestão, capaz de gerar ações programáticas e estratégicas, baseadas no perfil da população-alvo.

Este tipo de avaliação se torna útil à gestão, gerando informações voltadas para a contínua qualificação do programa em curso, bem como na modificação do quadro sanitário municipal e verificação de dificuldades em determinadas práticas, que reflitam em indicadores de morbimortalidade ou outras instâncias, garantindo acessibilidade, cobertura e equidade na Atenção Pré-Natal.

Está em voga atualmente a discussão em torno do 'acultramento' da avaliação (FELISBERTO, 2009), com objetivo associado à consolidação do SUS, na qual existe a finalidade de qualificar a atenção básica conforme os princípios

previstos no sistema, e que vem a contribuir para a estruturação e sistematização dos processos em todos os níveis da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

Propõem-se ao nível estratégico, entre outros, aprimoramento do registro e análise dos dados da Atenção Pré-Natal, advindos desta pesquisa e de outras fontes. Para que os mesmos sejam utilizados como ponto de partida para o planejamento, preservação e aprimoramento da qualidade da atenção prestada.

A proposta e instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em território nacional representa um marco na Atenção Integral à Saúde da Mulher, na medida em que, preconiza ações claras e pontuais para garantia dos direitos de gestantes e neonatos, integrados às diretrizes doutrinárias e organizativas do Sistema Único de Saúde.

O uso do PHPN como normativa de referência para esta pesquisa permitiu sistematizar informações, que analisadas em conjunto com outros estudos, viabilizaram a construção e validação de diferentes instrumentos de coleta de dados.

Assim sendo, em mais de dez anos de existência contabilizam-se grandes avanços em seus indicadores, em macro e microrrealidades, caracterizando-se como modelo vigente de referência nacional. Porém, sua operacionalização bem como os indicadores de mortalidade materna e infantil suscitam inquietações, relacionadas principalmente, à integralidade e equidade da Atenção.

Neste contexto, a realização de pesquisas avaliativas é presente desde a fase inicial do programa e permanece atualmente. Os estudos caracterizam-se por seu caráter metodológico pluralista, o que muitas vezes não permite generalização dos dados, porém enriquece a discussão entre as diferentes regiões e municípios brasileiros.

Nesta pesquisa destaca-se a relação academia-serviço, no momento em que se evidencia emergente importância do levantamento e análise de indicadores ligados à Atenção Pré-Natal municipal, como instrumento de trabalho para gestão e planejamento. Tal panorama enriquece o processo de institucionalização da avaliação, no qual se desenvolve uma cultura organizacional do uso desta prática na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Entende-se então que, das iniciativas dos gestores municipais, como as ligadas à avaliação em saúde, possam emergir informações e indicadores que possibilitem qualificação das práticas relacionadas aos princípios doutrinários e organizativos do SUS, na organização de um modelo de Atenção Básica à Saúde com maior resolubilidade.

Deseja-se ainda, que esta dissertação possa ser usada como fonte bibliográfica por gestores, acadêmicos e outras pessoas interessadas no processo histórico das políticas voltadas para à Atenção Integral à saúde da Mulher, bem como na implementação das diretrizes do PHPN em diferentes níveis de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS**: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011,192 p.

ALMEIDA S.D.M; Barros M. B. A. **Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil**. Rev Panam Salud Pública 2005; 17:15-25.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. **Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 98-104. ISSN 0034-8910.

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. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 (6): 1053-1064, jun, 2011.

ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A.N.; NUNES, L. N.; DAL PIZZOL, T.S. **Qualidade do processo da assistência pré-natal**: Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.4, pp. 789-800. ISSN 0102-311X.

ASSUNÇÃO, P. L de et al. **Ganho de peso gestacional**: determinantes e suas repercussões clínicas e perinatais. FEMINA. 37(4):217-222, abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISPRENATAL**. Disponível em: <www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>. Acesso em: 18/01/13.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/ GM de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Como elaborar projetos de pesquisa para o PPSUS: guia** / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento / coordenação:** Instituto de Pesquisa Econômica aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. – Brasília: Ipea : MP, SPI, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

_____. **Pré-natal e puerpério – Atenção qualificada e humanizada.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Vigilância neonatal. In: **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.708. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS-SUS 01/02.** Brasília, 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica do SUS. NOB- SUS 01/96**. Brasília, 1996.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: **Resolução 196/96**. Brasília: Centro de documentação, informação e comunicação, 1996.

_____. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990 a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm> Acesso em: 21/10/2012.

_____. Lei 8142, de 28 de Dezembro de 1990 b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 21/10/2012.

_____. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Conselho Federal de Enfermagem** - COFEN. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>> . Acesso em: 21/10/2012.

CALEMAN, G.; SANCHEZ, M.C.; MOREIRA, M. L. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde**. v. 5 .São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, (Série Saúde & Cidadania).

CENSO 2010. **IBGE**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/cnefe/>> Acesso em: 21/10/2012.

CESAR, J. A. *et al.* **Público versus privado**: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev. bras. saúde matern. infant*; 11(3): 257-263, jul.-set. 2011.

CID 10. Organização Panamericana da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde**. 10ª revisão, v.1. Brasil, 2008.

CNESnet. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde- DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20/01/2013.

COLOMBO. **Manual Histórico-Cultural de Colombo**. Dispõe sobre o resumo da história e da cultura do município de Colombo- PR. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br>>. Acesso em: 16/11/2012.

CORRÊA, C. R. H.; BONADIO I. C.; TSUNECHIRO M. A. **Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo**. Ver esc Enferm USP. 2011; 45 (6): 1293-1300.

COSTA, G. D. *et al.* **Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, supl.1, p. 1347-1357. ISSN 1413-8123.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 01/12/12.

COSTA, J. S. D. *et al.* **Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil**. Rev Saúde Pública. 34 (supl), 2000. 329-36.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.3, pp. 425-437. ISSN 0102-311X.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med. 1990;114:1115-8.

FAZIO, E. S. **Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2011, vol.33, n.2, pp. 87-92. ISSN 0100-7203.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO I. *et al.* **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13.

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma Política nacional de Avaliação em Saúde:** reabrindo o debate. Ciênc. saúde coletiva, 11 (3): 553-563, 2006.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. In: **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Grangeiro G.R.; Diógenes M.A.R; Moura E.R.F. **Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL.** Rev Esc Enferm USP 2008; 42:105-11.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dispõe sobre dados de população e indicadores socioeconômicos de Colombo.** 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/mapas_ibge/>. Acesso em: 16/11/2011.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico do Município de Colombo.** Disponível em: <www.ipardes.gov.br> Acesso em: 12/11/2011.

KOFFMAN, M. D. ; BONADIO, I. C. **Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (Supl 1): S23-S32, dez., 2005.

LOBO, F.S.; LIMA, I.F.S.; ACIOLI K.L.B.O. **Pacto pela Saúde.** IN: AGUIAR, Z.N. SUS: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011,192p.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2007, vol.16, n.4, pp. 233-244. ISSN 1679-4974.

MANSANO, N.H. *et al.* **Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil:** implantação e operacionalização. Cad. Saúde Pública . 2004, vol.20, n.1, p. 329-332. ISSN 0102-311X.

MARTINS M. M.; LUCARELLI A. P. **Câncer de mama e gestação.** Femina. vol 40 (4). Julho/Agosto 2012.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

NETO, F. R. G. X.; LEITE, J. L. ; FULY, P. S.C.; CUNHA, I.C.K.O.; CLEMENTE, A.S., DIAS, M. S. A.; PONTES, M. A. C. **Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral.** Ceará, Rev Bras Enferm. Brasília, 2008 set-out; 61(5): 595-602.

NOVAES, H. M. D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Rev. Saúde Pública, 34 (5): 2000. p.547-59.

PARANÁ. **Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA).** Dispõe sobre informações referentes à atenção em Saúde e demais dados relacionados no estado do Paraná. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 16/10/2012.

PEIXOTO, C. R. *et al.* **O pré- natal na atenção primária: o ponto de partida para a reorganização da assistência obstétrica.** Rev. enferm. UERJ; 19(2): 286-291, abr.- jun. 2011

POLIQUESI, C.B. **Avaliação da estrutura, processo e resultados da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades de Saúde do Município de Colombo.** 76f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

ROCHA, R. S. **Atenção Pré-Natal na rede básica de Fortaleza- CE: Uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado.** 93f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/rebeca_silveira.pdf >. Acesso em: 25/ 01/ 2013.

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

SERRUYA, S. J. ; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (3): 269-279, jul./ set., 2004.

SESA. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. **Linha Guia Mãe Paranaense: o Paraná nasce com saúde.** Curitiba, 2012.

SIHD. Ministério da Saúde- DATASUS. **Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/>>. Acesso em: 01/12/2012.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. IN: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V (organizadoras). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.: il.

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

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. **Avaliação em Saúde: limites e perspectivas.** Cad.Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10(1): 80-91, Jan/Mar, 1994.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. & COSTA, J. S. D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001.

TANAKA, O. Y. ; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Ed. Da Universidade de São Paulo, 2001.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais.** Curitiba: As autoras, 1999. 98 p.

TREVISAN, M. R.; LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ÉSBER, K. **Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul.** RBGO - v. 24, n. 5, 2002.

WOLFF, *et al.* **Requisitos para um Sistema Informatizado de Acompanhamento a Gestantes no Pré-Natal.** In: International Conference on Information and Communication Technologies and Applications Icta 2011, Orlando. Memórias de la Conferencia iberoAmericana de complejidad, Informática y Cibernética (CICIC 2011). Orlando - Florida - EE. UU.: International Institute of Informatics and Systemics, 2011. p. 113-116.

Wolff, L. D. G. **Avaliação para a Qualificação da Gestão e da Assistência na Atenção Pré-Natal no município de Colombo-PR.** Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. trad. Daniel Grassi. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você, responsável técnico pelo serviço (Enfermeiro), está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Avaliação da Qualidade da Atenção Pré- Natal: Estudo de Caso do Município de Colombo -PR”. É através das pesquisas científicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é: Avaliar a qualidade da Atenção Pré-Natal em Unidades Básicas de Saúde, segundo aspectos de estrutura e processo, em Colombo-PR. Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda às perguntas de um questionário estruturado para obter informações a cerca das atividades de Atenção Pré-Natal realizadas sob sua responsabilidade e/ou supervisão.
- c) Sua participação não acarretará qualquer dano, desconforto ou risco pessoal.
- d) Contudo os benefícios esperados são: o aprimoramento das atividades e qualidade da assistência prestada durante o período Pré-Natal no Município de Colombo-PR, assim como a organização municipal do mesmo.
- e) As responsáveis pela pesquisa, Dr.^a Lillian Daisy Gonçalves Wolf e mestrande Carolina Bolfe Poliquesi poderão ser contatadas pelos telefones 3361- 3773 (Lillian) e 9682-8150 (Carolina) e poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- f) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois da pesquisa.
- g) A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.
- h) A sua entrevista será registrada em folha resposta, respeitando-se completamente o seu anonimato.
- i) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código e/ou codinome.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa para a qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da pesquisa e os tratamentos alternativos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)
Local e data/ Identificação do Responsável/Local e data/

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- k) Você, enfermeiro da Secretaria Municipal de Saude, está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada "Avaliação da Qualidade da Atenção Pré- Natal: Estudo de Caso do Município de Colombo -PR". É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- l) O objetivo desta pesquisa é: Avaliar a qualidade da Atenção Pré-Natal em Unidades Básicas de Saúde, segundo aspectos de estrutura e processo, em Colombo-PR.
- m) Caso você participe da pesquisa, será necessário que participe de oficinas de problematização sobre a Atenção Pré-natal no município.
- n) Sua participação não acarretará qualquer dano, desconforto ou risco pessoal.
- o) Contudo os benefícios esperados são: o aprimoramento das atividades e qualidade da assistência prestada durante o período Pré-Natal no Município de Colombo, assim como a organização municipal do mesmo.
- p) Os pesquisadores Prof.^a Dr.^a Lillian Daisy Gonçalves Wolf e Mestranda Carolina Bolfe Poliquesi que poderão ser contatadas pelos telefones 3361-3773 (Lillian) e 9682-8150 (Carolina), são os responsáveis pela pesquisa e poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa, no período das 8h00 às 18h00.
- q) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois da pesquisa.
- r) A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.
- s) A sua participação nas oficinas será registrada no relatório de resultados, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo a pesquisa acabe as mesmas serão incineradas.
- t) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- u) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código e/ou codinome.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa para a qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da pesquisa e os tratamentos alternativos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu entendi o que não posso fazer durante o tratamento e sei que qualquer problema relacionado ao tratamento será tratado sem custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

(Assinatura do sujeito de pesquisa)

Local e data

(Assinatura do pesquisador)

Local e data

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA APLICADA A INFORMANTES-CHAVE DA GESTÃO (POLIQUESI, 2009)

COORDENADORA DO DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

- ✓ O Município tem alcançado as metas do Programa de Humanização Pré-Natal nos últimos anos?
- ✓ Se não, já foi realizado um diagnóstico para tal situação?
- ✓ Como a secretaria avalia o atual processo de alimentação do SISPré-natal?
- ✓ Porque os dados do SISPré- natal não são alimentados nas próprias unidades?
- ✓ Quais medidas estão sendo adotadas para o alcance das metas referentes à atenção Pré-Natal?
- ✓ Existe um planejamento para aplicação dos recursos provenientes do alcance das metas do Programa de Humanização Pré-Natal?
- ✓ Há previsão de alguma melhoria/mudança na atenção Pré-Natal do município à médio e longo prazo?

COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

- ✓ Em que unidades a gestante pode receber assistência pré-natal no Município?O Município possui a portaria de adesão ao Programa de humanização da atenção Pré-Natal (PHPN)?
- ✓ Quais os critérios mínimos para que as unidades e maternidade sejam vinculadas à atenção pré- natal?Existe algum documento contendo estes critérios?
- ✓ O Município conta com Maternidade de Referência para o parto?
- ✓ Quantos leitos obstétricos estão disponíveis no município?
- ✓ Existem Leitos obstétricos pactuados com outros municípios?Quantos e quais?
- ✓ Os Leitos obstétricos e neonatais são regulados pela central de leitos?Como ocorre o fluxo no caso de demanda excedente?
- ✓ Há alguma Central de Regulação para serviços de apoio diagnóstico, incluindo os laboratórios?
- ✓ Qual o Fluxo de envio de dados referentes à atenção Pré-Natal?
- ✓ O município recebe assessoria de nível federal na organização de seu sistema de atenção obstétrica?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADO COM COORDENADORES DAS UBS- PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO LOCAL DA ATENÇÃO BÁSICA. O autor (2013)

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DATA: ___/___/___

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Responsável pela unidade: _____ Formação: _____

TIPO DE UNIDADE INTEGRANTE DO SUS: _____

PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL.

1. Programação de atendimento às gestantes e puerperas (horário de atendimento)

Fluxo da Clientela

2. O atendimento da clientela é feito por referência ou por procura direta?

Somente referência	
Procura direta	
Outra	

Em que situação?

Atraso Menstrual	
Coleta Preventivo	
Consulta Ginecológica	
Outra	

3. Quem realiza o acolhimento na primeira consulta pré-natal?

Enfermeiro	
Técnico de Enfermagem	
Outra	

4. São realizadas visitas domiciliares relativas ao atendimento Pré-Natal?

Sim	
Não	

Em que situações?

Mensalmente	
Somente se necessário	
Outra	

Quais profissionais realizam as visitas domiciliares relativas ao atendimento Pré-Natal?

Médico	ou	
Enfermeira		
Médico		
ACS		
Outra		

Se outros, quais? _____

Vínculo com Maternidade onde será realizado o parto:

5. Em que momento a gestante é informada sobre maternidade na qual realizará o parto?

Primeira Consulta	
Consulta Médica	
Outro	

Quem presta essa informação?

Enfermeira	
Médico	
Outro	

6. Existe programação para visitas da gestante à maternidade antes do parto?

Agendamento via telefone	
Programada com Veículo ESF	
Não existe	
Outro	

Recursos humanos:

7. Quais categorias profissionais participam da assistência Pré-Natal?

ACS	
Aux. Enfermagem	
Dentista	
Enfermeiro	

Médico	
Nutricionista	
Téc. Enfermagem	
Outros	

8. Quais as atribuições de cada categoria profissional? Relacione as categorias às atividades:

Atividades	Enfermeiro	Téc. Enfermagem	Médico	Nutricionista	Dentista	ACS
Consulta Puerperal						
Consulta Pré-Natal						
Consulta priorizada						
Imunização						
Inscrição SISPreNatal						
Oficina						
Orientações						
Pré- Consulta						
Primeira Consulta						
Solicitação de Exames						
Outras	-	-	-	-	--	-

9. Quais profissionais realizam a consulta pré- natal?

Médico e Enfermeira	
Somente médico	
Somente a Enfermeira	
Outro	

Fluxo de Atendimento das Gestantes/Intercorrências:

10. Quando há demanda excedente, para onde é encaminhada a gestante e o neonato?

Maternidade	
Não há demanda excedente	
Outro	

11. Como ocorre o transporte de gestantes e neonatos, quando necessário?

Via ambulância	
Outro meio de transporte	

12. No caso de necessidade de atendimento a intercorrências obstétricas e neonatais ocorridas na UBS, qual a conduta?

Encaminhamento à maternidade	
Encaminhamento ao Pronto Atendimento geral	
Encaminhamento a outro serviço	
Outro	

13. Quando necessário encaminhar, há referências formais (por escrito)?

Sim	
Não	

14. Quem solicita o encaminhamento para outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico?

Enfermeira	
Médico	
Outro	

15. Há algum contato prévio com o serviço que receberá o paciente?

Sim, sempre	
Sim, se necessário	
Não	

16. Ocorre a contra-referência? Via telefônica, guia de encaminhamento, etc.?Descreva.

Sim	Como:
Não	

Educação em Saúde:

17. São realizadas atividades educativas à gestante? Relacione a freqüência:

	Semanal	Mensal	Semestral	Na consulta	Na espera
Sim					
Não					
Outro					

18. Existem grupos de gestantes? Neste caso, quantas gestantes participam em média?

Relacione:

	1-5	5-10	10-15	15-20	20-30
Sim					
Não					

19. Há divisão de grupos por faixa etária?

Sim	
Não	

20. Por quem são organizadas as atividades educativas?

Enfermeira	
Assistente Social	
Nutricionista	
Odontólogo	
Psicólogo	
Residente	
Outro	

21. Quais profissionais participam das atividades educativas?

ACS	
Assistente Social	
Enfermeiro	
Farmacêutico	
Médico	
Odontólogo	
Psicólogo	
Residentes	
Téc. Enfermagem	
Outros	

22. Existe um calendário para realização das mesmas?

Sim	
Não	

23. Como são divulgadas as atividades educativas às gestantes?

Calendário Anual afixado na UBS	
Cartazes afixado na UBS	
Convite afixado na carteirinha	
Convite realizado pelas ACS	
Verbalmente, enquanto aguardam consulta	

24. Quais os temas abordados durante as atividades educativas às gestantes?

Aleitamento Materno	
Alimentação	
Alterações Corporais	
Auto- Exame mamas	
Conforme dúvida	
Cuidados mãe e bebê	
DST	
Higiene	
Leucorréia	
Medicações	
Mudanças hormonais	
Pós- parto	
Problemas bucais	
Sinais do Tra. De parto	
Vacinação	
Outros	

Acompanhamento Nutricional:

25. Como ocorre o acompanhamento do estado nutricional das gestantes?

Em oficina	
Orientação individual	
Pelos Gráficos da Carteirinha	
Pré- consulta (SISVAN)	
Não é acompanhado	
Outro	

26. Quais profissionais realizam este acompanhamento?

Enfermeiro	
Médico	
Residente Nutrição	
Téc. Enfermagem	
Outro	

27. Em caso de distúrbios nutricionais qual a conduta?

Consulta com Médico	
Consulta Com Nutricionista	
Consulta com Residente e Médico	
Orientação pelo Enfermeiro	
Outro	

Registros

28. Quais os instrumentos de registro disponíveis para a Atenção Pré-Natal?

Apostila do ACS	
Carteirinha gestante	
Ficha de cadastro	
Livro SISPreNatal	
Mapa de registro diário	
Prontuário	
Outros	

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM COORDENADORES DAS UBS – RECURSOS FÍSICOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS (POLIQUESI, 2009)

Recursos Físicos

RECURSOS FÍSICOS/CONDIÇÕES DE USO				
INSTALAÇÕES	SIM			Número
	CONDIÇÕES DE USO			
	BOM	REGULAR	RUIM	
Salas para pré- consulta				
Sala para consulta Pré-Natal				
Sala de imunização				
Sala de espera				
Local para reuniões de grupo				

Observações: _____

Recursos Materiais

MATERIAL PERMANENTE/EQUIPAMENTOS E CONDIÇÕES DE USO				
MATERIAL E /OU EQUIPAMENTO	SIM			NÃO
	CONDIÇÕES DE USO			
	BOM	REGULAR	RUIM	
Mesa e Cadeiras (para entrevista)				
Mesa de exame ginecológico				
Escada de dois degraus				
Foco de luz				
Balanço para adultos (Peso/Altura)				
Esfigmomanômetro				
Estetoscópio Clínico				
Estetoscópio de Pinard				
Fita Métrica Flexível e Inelástica				
Espéculos				
Pinças de Cheron				

Material para coleta de exame Colpocitopatológico				
Sonar Doppler (se possível)				
Gestograma ou disco obstétrico				
Disco para IMC (Índice de massa corporal)				

MEDICAÇÃO

MEDICAMENTOS ESSENCIAIS		
MEDICAMENTO	Possui	Não Possui
Antiácidos		
Antieméticos		
Sulfato Ferroso		
Ác. Fólico		
Dimeticona		
Sup. De glicerina		
Hioscina		
Analgésicos		
Antibióticos		
Anti-hipertensivos		
Cr. Vaginal		

IMUNIZAÇÃO

VACINA DUPLA TPO ADULTO (dT)	
Imunizada	
Não imunizada	
Sem registro	

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

ALTURA UTERINA		APRESENTAÇÃO		BATIMENTO CARDIO FETAL
Nenhum vez registrada		Nenhuma vez registrada		Nenhuma vez registrado
Pelo menos uma vez registrada		Pelo menos uma vez registrada		Pelo menos uma vez registrado
Cinco ou mais vezes registradas		Duas ou mais vezes registrada		Quatro ou mais vezes registrado
EDEMA		IDADE GESTACIONAL		PRESSÃO ARTERIAL
Nenhum vez registrado		Nenhuma vez registrada		Nenhuma vez registrada
Pelo menos uma vez registrado		Pelo menos uma vez registrada		Pelo menos uma vez registrada
Cinco ou mais vezes registrado		Cinco ou mais vezes registrada		Cinco ou mais vezes registrada
PESO				
Nenhuma vez registrado				
Pelo menos uma vez registrado				
Cinco ou mais vezes registrado				

EXAME CITOPATOLÓGICO E DE MAMA

EXAME CITOPATOLÓGICO		EXAME DE MAMA	
Nenhuma vez registrado		Nenhuma vez registrado	
Pelo menos uma vez registrado		Pelo menos uma vez registrado	
Mais de uma vez registrado		Mais de uma vez registrado	

REGISTRO DE RISCO GESTACIONAL

RISCO GESTACIONAL		
Sem risco gestacional		
Com risco gestacional	Registrado	Não registrado

Registros realizados por quais categorias profissionais?

ANEXO A

**CARTA DE CONCORDÂNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO
MUNICÍPIO DE COLOMBO – PR.**

Colombo, 14 de dezembro de 2012.

Ilmo Sra. Valquiria Plucheg
Coordenadora Atenção Básica de Colombo

Prezada Senhora,

Venho, respeitosamente, solicitar a autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação da Qualidade da Atenção Pré- Natal: Estudo de Caso do município de Colombo-PR”, tendo como pesquisadores Carolina Bolfe Poliquesi, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e Prof. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, docente da Universidade Federal do Paraná e orientadora da pesquisa. Tem como objetivo principal: Avaliar a qualidade da Atenção Pré-Natal em Unidades Básicas de Saúde, segundo aspectos de estrutura e processo, em Colombo-PR.

O projeto integra o subprojeto Avaliação para a Qualificação da Gestão e da Assistência na Atenção Pré-Natal no município de Colombo-PR, de Wolff et al. (2009), advindo do projeto “Organização e Práticas na Atenção Básica à Saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família - esf”, desenvolvido pelos departamentos de saúde comunitária, enfermagem, terapia ocupacional e nutrição, vinculados ao programa de educação pelo trabalho para a saúde (PET Saúde) do Ministério da Saúde. Submetido ao edital 08/2009 – Pesquisa para o Sus: Gestão compartilhada em Saúde (PPSUS), da Fundação Araucária.

O projeto foi apresentado e analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, obtendo aprovação, por estar de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Ministério de Saúde, sob o registro no CEP/SD de número 772.107.09.08 e CAAE: 0049.0.091.091-09, por estar de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Recebido
14/12/2012


Solicito também a autorização da divulgação dos resultados do município em periódicos científicos.

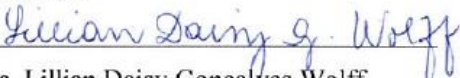
Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos e desde já agradeço a atenção.

Atenciosamente,



Carolina Bolfe Poliquesi / Mestranda e pesquisadora

De acordo:


Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

DR. LILLIAN DAISY G. WOLFF
Matriculada 100501
Depto. de Enfermagem