

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária no município de Rio Branco - Acre”

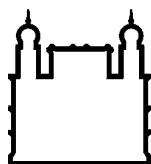
por

Maria Estela Livelli Becker

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

*Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Assistente da orientadora: Prof.^a Elisete Duarte*

Rio de Janeiro, maio de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária no município de Rio Branco - Acre”

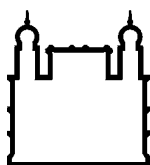
apresentada por

Maria Estela Livelli Becker

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ximena Pamela Claudia Díaz Bermúdez
Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz
Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 06 de maio de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 06 de maio de 2011.

Maria Estela Livelli Becker

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2969 ou 08000-230085

E-mail: secaprofissional@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

Dedico este trabalho:

A Deus, sempre presente na minha vida.

A meu pai, Luis (in memoriam) que me ensinou o valor do estudo, a viver com honra e dignidade e sempre incentivou meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A minha mãe, Alicia pelo seu amor e dedicação

A meu esposo, Ricardo e nossos amores Luana, Naiara e Luis Diego pela sua compreensão, apoio incondicional e os momentos cedidos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, que me permitiu manter saúde e perseverança para concluir esta etapa.

À Dr^a Marly Cruz, Coordenadora do Mestrado Profissional em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, pela oportunidade, estímulo e apoio recebido ao longo do curso.

À minha orientadora Dr^a. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos pela sua dedicação e competência com que conduziu a orientação deste trabalho.

À Dr^a Elisete Duarte por sua amizade, disponibilidade, paciência e colaboração como co-orientadora deste trabalho.

À Secretaria Estadual de Saúde do Acre pelo apoio para a realização deste curso.

Aos meus gestores e colegas de trabalho por compreenderem a minha ausência e me incentivaram e apoiaram ao longo desses 18 meses.

Às residentes Emanuely Nóbrega e Krisna Rocha da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade e a Agente Comunitária de Saúde Aldiane de Araújo que participaram da coleta de dados.

Aos colegas do Curso de Especialização e Mestrado, pelos momentos e conhecimentos compartilhados durante nossa formação.

E a meu irmão Luis, meu grande apoiador e colaborador. Obrigado!

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar da minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

Paulo Freire.

RESUMO

No município de Rio Branco - Acre se constata níveis inaceitáveis de morte materna e de sífilis congênita. Este estudo avalia a qualidade da assistência pré-natal nas unidades saúde da família-USF vinculadas a um órgão formador o *Centro Estadual de Formação de Pessoas em Saúde da Família e Comunidade Conselheiro Joseh Alexandre Leite Leitão (CEFPSFCJALL)*, em Rio Branco/Acre, a fim de identificar fatores do contexto externo, de processo e do contexto político-organizacional das USF que possam estar contribuindo para esses resultados. Trata-se de um Estudo de Caso, de avaliação de processo, de caráter normativo e formativo, que analisa o pré-natal segundo as diretrizes do *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento* do Ministério da Saúde, tendo como referência os seguintes atributos da qualidade: disponibilidade, oportunidade (adequação/cobertura), conformidade e qualidade técnico-científica. Utilizou-se como fonte de dados, o SISPRENATAL e o SIAB; a observação direta; o prontuário médico; o cartão da gestante e a entrevista da mãe. Os dados foram digitados e analisados no Programa Excel versão 2007. A partir da Matriz de Relevância, construída junto aos *Stakeholders*, a Matriz de Informação foi elaborada. A definição dos Critérios de Análise e Julgamento baseou-se no modelo do estudo de Cosendey et al. (2003). Os resultados mostraram que as participantes tinham entre 15 a 39 anos (23% adolescentes); 70% eram pardas ou negras; 63% solteiras e 80% unidas (maritalmente estáveis). A maioria possuía boa escolaridade (apenas 13% tinham até a 4ª série) e 64% disseram não ter nenhuma renda pessoal (47% do lar e 17% estudantes). Ou seja, apesar de a maioria ter boa escolaridade, a situação de pobreza em que vivem a maioria dessas mulheres (contexto externo) podem ter influenciado a não observância, de algumas das importantes ações da assistência pré-natal. Observou-se, ainda, que embora a assistência pré-natal prestada às usuárias do CEFPSFCJALL apresente um desempenho considerado globalmente *Bom*, encontrou-se nas quatro sub-dimensões estudadas, indicadores importantes que não obtiveram boa avaliação. Por tratar-se de serviços que tem papel preponderante no Estado, na formação de profissionais – médicos, enfermeiros e etc. – as “falhas de desempenho” encontradas neste estudo transcende seu local de ocorrência, e, portanto, confere maior relevância ao fato. Todavia, além de corrigi-las é preciso atingir qualidade, a partir: da definição de prioridades pelos riscos à saúde; da busca ativa de faltosas; da realização de ações de mobilização social e de educação permanente em saúde.

Descritores: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Cuidado Pré-Natal. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

In the city of Rio Branco - Acre turns out unacceptable levels of maternal mortality and congenital syphilis. This study evaluates the quality of prenatal care in health units of family care-HUF tied to an organ of the Acre State the *Training Center for Health Persons in Family Health and Community Councillor Joseh Alexandre Leite Leitão (CEFPSFCJALL)*, in Rio Branco/Acre, in order to identify factors in the external environment, process and organizational-political context of the HUF that may be contributing to these results. This is a case study, the evaluation process of normative and formative, which analyzes the prenatal care according to the guidelines of the Ministry of Health the *Program for Humanization of Prenatal and Birth Care*, with reference to the following attributes of quality: availability, timeliness (adequacy/coverage), compliance, and technical and scientific quality. It was used as a data source, the SISPRENATAL and SIAB databases; direct observation; the medical record; the card of the pregnant woman and the interview of the mother. Data were entered and analyzed using the program Excel 2007 version. From the Matrix of Relevance, built together with stakeholders, the Information Matrix was developed. The definition of criteria for Analysis and Judgment was based on the study of model Cosendey et al. (2003). The results showed that the participants were between 15 and 39 years (23% teens); 70% were brown or black; 63% were single and 80% joined (maritally stable). Most possessed good education (only 13% had until the 4th series of study) and 64% reported having no personal income (47% were housewives and 17% students). That is, although most have good education, the situation of poverty in which the majority of these women lives (external environment) may have influenced the non-observance of some of the important actions of the prenatal care. It was noted also that although prenatal care provided to users of CEFPSFCJALL present a performance considered globally Good, it was found in four sub-dimensions studied, important indicators that did not get good rating. As this is a service that plays an important role in the state, training of professionals – doctors, nurses and others –, the "performance gaps" found in this study transcends its place of occurrence, and therefore gives greater importance to the fact. However, besides correcting them is necessary to achieve quality, from: defining priorities for health risks; the active search for defaulting; conducting social mobilization and continuing health education.

Keywords: Program Evaluation, Quality of Health Care, Prenatal Care, Primary Health Care. Family Health

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: CARACTERIZANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

1.1 INTRODUÇÃO.....	14
1.2 JUSTIFICATIVA.....	23
1.3 PERGUNTA AVALIATIVA.....	27
1.4 OBJETIVOS.....	28

CAPÍTULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO DO PHPN.....	29
2.2 REFERENCIAL TEÓRICO DA AVALIAÇÃO.....	29
2.2.1 PILARES DA QUALIDADE.....	31
2.2.2 PRESSUPOSTOS DA AVALIAÇÃO.....	32

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO.....	33
3.2 OS INTERESSADOS NA AVALIAÇÃO.....	36
3.3 USOS POSSÍVEIS DA AVALIAÇÃO.....	38
3.4 ABORDAGEM DA AVALIAÇÃO.....	38
3.5 DESENHO DA AVALIAÇÃO.....	39
3.6 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	39
3.7 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	41
3.8 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DAS USUÁRIAS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO.....	44
3.8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	44
3.8.2 CARACTERIZAÇÃO DAS USUÁRIAS.....	44
3.9 MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO.....	45
3.9.1 MATRIZ DE RELEVÂNCIA.....	45
3.9.2 MATRIZ DE INFORMAÇÃO.....	45
3.9.3 MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO.....	55
3.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	59
3.11 DIFUSÃO DOS RESULTADOS.....	59
3.12 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	60

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO 5: CONCLUSÕES

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

Lista de Tabelas

Tabela 1	Indicadores de processo da Atenção Pré-natal, em gestantes inscritas no PHPN – SISPRENATAL de Rio Branco, em janeiro de 2005 a dezembro de 2009	21
Tabela 2	Indicadores de processo da Atenção Pré-natal, em gestantes inscritas no PHPN – SISPRENATAL do Acre, em janeiro de 2005 a dezembro de 2009	21
Tabela 3	Distribuição das mulheres do estudo segundo características sociais. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco - Acre, 2011.	61
Tabela 4	Distribuição das mulheres do estudo segundo características econômicas. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.	62
Tabela 5	Distribuição das mulheres do estudo segundo alguns indicadores de processo da atenção pré-natal. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.	64
Tabela 6	Distribuição das mulheres do estudo segundo alguns indicadores de processo da atenção pré-natal. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.	66
Tabela 7	Distribuição das mulheres do estudo segundo alguns indicadores de processo da atenção pré-natal. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre.	66
Tabela 8	Distribuição das puerperas/recém-nascidos do estudo segundo alguns indicadores de processo da atenção pos-natal. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.	67
Tabela 9	Distribuição das mulheres do estudo segundo alguns indicadores para avaliação da humanização na atenção obstétrica. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.	68

Lista de Quadros

Quadro 1	Quadro de <i>Stakeholders</i>	37
Quadro 2	Matriz de relevância	46
Quadro 3	Pontuação dos Indicadores observados	47
Quadro 4	Indicadores de qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Disponibilidade	48
Quadro 5	Indicadores de qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Oportunidade	50
Quadro 6	Indicadores de qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Conformidade	52
Quadro 7	Indicadores de qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Qualidade Técnico Científica	54
Quadro 8	Julgamento do grau de qualidade do pré-natal	55
Quadro 9	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Disponibilidade	55
Quadro 10	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Oportunidade	56
Quadro 11	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Conformidade	57
Quadro 12	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Qualidade Técnico Científica	58
Quadro 13	Matriz de julgamento, por subdimensão da avaliação da qualidade da atenção pré-natal	58
Quadro 14	Matriz de análise e julgamento da avaliação da qualidade da atenção pré-natal, subdimensão disponibilidade	70
Quadro 15	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal, subdimensão oportunidade	71
Quadro 16	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal, subdimensão conformidade	73
Quadro 17	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal, subdimensão qualidade técnica – científica	74
Quadro 18	Matriz de julgamento, por subdimensão da avaliação de qualidade da atenção pré-natal	74

Lista de Figuras

Figura 1	Razão de Mortalidade Materna (por 1000 NV) no Acre e Rio Branco, 2000 - 2009	17
Figura 2	Proporção de consultas Pré-natal, Rio Branco, 2000 – 2008	24
Figura 3	Incidência de Sífilis Congênita em Rio Branco e Acre, 2002 - 2009	25
Figura 4	Modelo Lógico do Programa de Assistência Pré-Natal	35
Figura 5	Nº de Consultas Pré-Natal segundo Unidades de Saúde, Rio Branco - Acre, 2009	43

Siglas Utilizadas

CEFPSFCJALL - Centro Estadual de Formação de Pessoas em Saúde da Família

Conselheiro Joseh Alexandre Leite Leitão

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão

CMM – Comitê de Morte Materna

CS – Centro de Saúde

DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetria

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NV – Nascidos vivos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

RMM – Razão de Mortalidade Materna

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-Natal

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF –Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNPFA – Fundo de População das Nações Unidas

URAP – Unidade de Referência da Atenção Primária

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

CAPITULO 1: CARACTERIZANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

1.1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da gestante e do recém-nascido, assegurando a profilaxia e a identificação precoce das complicações próprias da gestação; e inclui também, orientações sobre hábitos saudáveis de vida, bem como o preparo da gestante para o parto e o puerpério¹.

Contudo, apesar de ser uma prioridade entre os programas de saúde pública, que teve ênfase a partir da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, persiste ainda o desafio do acesso e especialmente a qualidade de essa assistência em algumas regiões do Brasil².

A baixa qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal resulta em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, uma vez que a qualidade da assistência pré-natal tem estreita relação com os níveis de saúde de mães e recém-nascidos³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define morte materna – segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID-10)⁴ – como sendo “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

Medida pela razão de mortalidade materna (RMM), segundo a OMS é aceitável em até dez óbitos por 100.000 nascidos vivos (NV)⁵.

A mortalidade materna é um indicador importante por retratar a realidade social de um país, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Reflete além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de realizar ou não ações de saúde pública^{6, 7}.

Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são alarmantes. Um estudo realizado pela OMS, Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas (UNPFA) e o Banco Mundial, estimou que em 2005 aproximadamente 536.000 mulheres, em todo o mundo, morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 15% delas viviam em países desenvolvidos. Nas Américas essa disparidade fica evidente – em quanto no Canadá e nos Estados Unidos se apresentam valores inferiores a 11 óbitos maternos para 100.000 NV, em países como Bolívia e Perú chegam a mais de 200 óbitos. Todavia, tem-se observado que alguns países com situação econômica desfavorável, como Cuba e Costa Rica, possuem RMM muito inferiores, demonstrando que a morte materna pode ser um indicador da decisão política de garantir a saúde materna⁵.

A análise das causas das mortes maternas, em revisão sistemática realizada pela OMS, demonstrou que na África e Ásia a principal razão de morte foram os quadros hemorrágicos. Na América Latina e Caribe o motivo líder dos óbitos foi à hipertensão⁴.

Na *Cúpula do Milênio*, em 2000, considerada a maior reunião de líderes mundiais, adotou-se reduzir as iniquidades entre os povos dentre as metas da *Declaração do Milênio das Nações Unidas*. Desta forma, esforços vêm sendo empreendidos e, dentre eles, o *Projeto de Desenvolvimento do Milênio*, da Organização das Nações Unidas, constituído em 2002, que traz dentre seus objetivos reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna⁸. O alcance dessa meta, para os países não desenvolvidos, configura-se em um dos maiores desafios⁹.

Segundo a pesquisa brasileira sobre Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, realizada em 2002, a RMM foi de 54,3 por 100.000 NV, no conjunto de capitais, variando entre 42 por 100.000 NV no Sul e 73,2 por 100.000 NV no Nordeste. No Norte foi de 60,5 por 100.000 NV. Essa pesquisa demonstrou, também, uma tendência crescente da RMM no período de 2000 a 2007, atingindo neste último ano 77,2 por 100.000 NV – valor corrigido pelo fator de ajuste (1,4) obtido na referida pesquisa¹⁰.

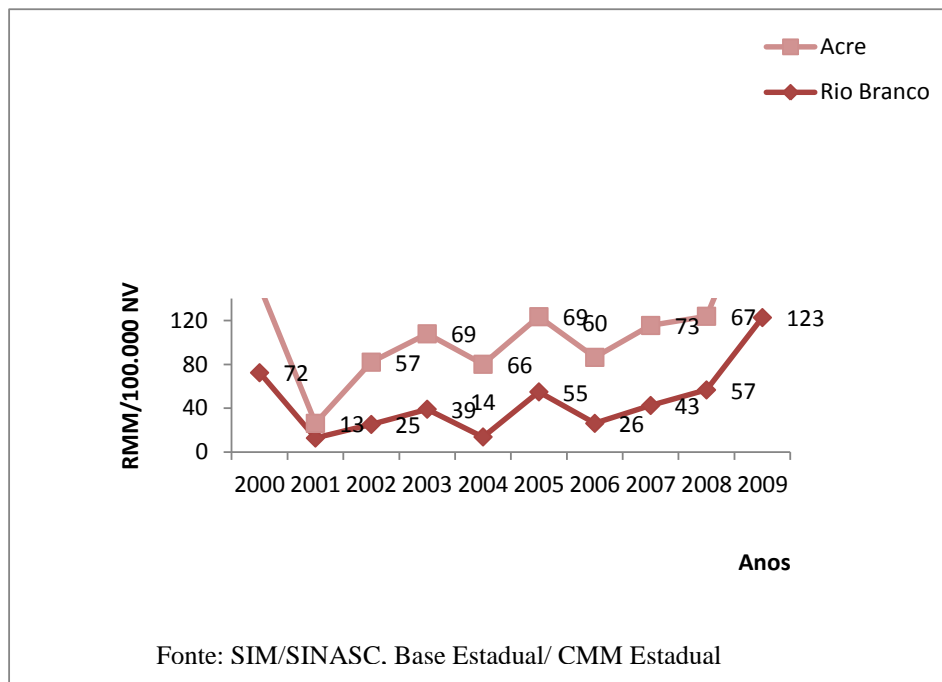
As mortes obstétricas diretas, aquelas devidas a complicações que só ocorrem no ciclo gravídico puerperal, corresponderam a 67,1%, sendo evitáveis em sua quase totalidade^{10,11} denotando assim a baixa qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar prestadas às mulheres brasileiras^{7,10}, assim como a falta de funcionamento em rede dos serviços de atenção à saúde da gestante, pois a assistência prestada, oportuna e adequada, poderia ter evitado a maioria dessas mortes².

Ainda que fatores políticos, econômicos, sociais e culturais possam ser também determinantes da qualidade em saúde, especialmente da saúde das mulheres, não existem mais dúvidas de que os profissionais da área muito podem fazer tecnicamente para melhorar a qualidade – de saúde e de vida – dessas mulheres¹².

No Acre, segundo dados do Comitê de Morte Materna (CMM), a RMM tem se mantido, desde o ano 2000, em níveis inaceitáveis. Foi identificada tendência crescente da RMM entre 2000 a 2009, atingindo em 2009 uma RMM de 124 por 100.000 NV. Todavia, essa tendência ascendente demonstra a atuação do CMM implantado no Acre mediante a Portaria nº 019 de 10 de janeiro de 2000, que vem contribuindo na identificação dos óbitos maternos, conforme se pode observar na Figura 1 a seguir¹³.

Pode-se verificar ainda na Figura 1, que a RMM no município de Rio Branco tem acompanhado o comportamento estadual, apresentando em 2009 um aumento expressivo, atingindo 123 por 100.000 NV.

Figura 1 Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 NV) no Acre e Rio Branco, 2000 - 2009



No Brasil, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), implantado em 1975, vem ganhando cobertura e qualidade ao longo das décadas. Considera-se a cobertura do SIM adequada, quando a subnumeração não excede 20%. Todavia, tem-se verificado que essa cobertura está dentro dos padrões que a considera *boa* nas capitais e nas cidades de médio e grande porte, com exceção de áreas menos populosas das regiões Norte e Nordeste do País, onde a qualidade no preenchimento de variáveis, ainda deixa a desejar¹⁴. Destaca-se a importância dos CMM, como organismos que visam identificar a verdadeira magnitude da mortalidade materna e apontar medidas de intervenção para sua redução^{9,14}. Apesar de essa estratégia ter promovido melhoria significativa na qualidade dessa informação, ainda persiste uma importante subnotificação de casos¹³.

Estudos revelam que o aumento do número de consultas de pré-natal é inversamente proporcional às taxas de mecônio no líquido amniótico, aos índices de

Apgar menores que sete no primeiro e quinto minutos, à natimortalidade, bem como à incidência de nascimentos pré-termo e de fetos de baixo peso¹.

Define-se assistência pré-natal como sendo a observação adequada durante o acompanhamento da mulher no período gestacional, que compreende desde a concepção até o parto, devendo se estender até o 42º dia pós-parto¹.

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) reconhece que, embora a gravidez seja um processo fisiológico, e portanto normal, expõe o organismo feminino aos limites do patológico, em decorrência das alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, exigindo vigilância por meio das consultas de pré-natal, e que para que esta atividade seja benéfica à gestante, ela deve ser iniciada imediatamente após a suspeição da gravidez e ter continuidade com o mínimo de seis consultas, com intervalo mais curto entre as consultas a medida que a gravidez avançar¹⁵.

No Brasil, apesar dos esforços a atenção à mulher durante a gestação, no parto e no pós-parto, incluindo a assistência ao recém-nascido, permanece como um desafio para o Sistema de Saúde, tanto no que se refere à melhoria de sua qualidade propriamente dita, quanto às alterações dos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático¹⁶.

Dessa forma, o surgimento de um progressivo leque de políticas públicas que contemplam a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, traduzido em programas de atenção materno-infantil, têm sido decorrentes da necessidade, reconhecida pela sociedade em reduzir, dentre outros problemas, as taxas de mortalidade tanto infantil como materna¹⁷.

Assim, em 1983 foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). As bases filosóficas do PAISM introduziram conceitos na atenção à saúde da mulher como a integralidade e a autonomia corporal. Todavia, a implantação do PAISM foi bastante diferenciada em

todo o país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a saúde da mulher¹⁶.

Em 1986, a assistência pré-natal passa a ser normatizada pelo MS por meio do Manual de Assistência Pré-natal, que após revisão técnica em 2000 está em sua 3ª edição. A assistência pré-natal de baixo risco instituída na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como parte dos serviços que devem ser oferecidos às mulheres pelas equipes da atenção básica, tem por diretriz essa edição¹⁸.

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado pelo Ministério da Saúde no ano 2000, com o objetivo de implementar o pré-natal traz por objetivos: (a) a captação precoce das gestantes – até a 16ª semana de gestação –; (b) contato periódico e planejado das gestantes com os serviços de saúde – sendo seis consultas como mínimo durante toda a gestação, assim distribuídas: 1º trimestre uma consulta, 2º trimestre duas consultas e 3º trimestre três consultas –; (c) identificação e intervenção precoce nos problemas da gravidez – rastreamento das gestantes para as condições de alto risco durante todas as consultas, com encaminhamento das identificadas como de risco acrescido para serviços especializados, segundo o caso, mantendo todavia seguimento conjunto pela unidade saúde da família –; e (d) o desenvolvimento de ações preventivas e educativas¹⁹.

Observando a lógica de regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), vem se constituindo importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios. O PHPN preconiza como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O PHPN traz como fio condutor a questão da *humanização da atenção* e o *respeito aos direitos reprodutivos*, permitindo se pensar em estratégias que emponderassem as mulheres, resgatando seu papel de protagonista na gestação e no parto. A *humanização no pré-natal e nascimento* representa o resgate da autonomia e de relações simétricas entre os profissionais e as mulheres¹⁹.

Embora o PHPN seja uma política nacional de atenção aos direitos das mulheres, que busca efetivar a melhoria da qualidade obstétrica-neonatal e, conseqüentemente, a redução da mortalidade materna e perinatal, existe ainda um longo caminho a ser percorrido no sentido de incorporar a avaliação como atividade sistemática, possibilitando aos gestores intervir e redirecionar as ações³.

A Tabela 1 contém informações obtidas do SISPRENATAL de Rio Branco, relativas ao período janeiro de 2005 a dezembro de 2009. Para melhor compreensão do número de mulheres cadastradas no programa, tomando-se o ano de 2009, tem-se a informação de que foram inscritas no PHPN 3.449 gestantes, correspondendo a 51,8% de cobertura²⁰.

Na Tabela 2 tem-se informações das gestantes/puerperas inscritas no PHPN – SISPRENATAL do Estado do Acre, relativas ao período janeiro de 2005 a dezembro de 2009²⁰.

As informações contidas nessas tabelas demonstram, claramente, as precárias condições da assistência pré-natal e clamam estratégias urgentes para sua correção.

Tabela 1 Indicadores de processo da atenção pré-natal, em gestantes inscritas no PHPN – SISPRENATAL de Rio Branco, de janeiro de 2005 a dezembro de 2009

Indicadores de Processo	2005	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%	%
Percentual de gestantes que realizaram a 1ª consulta até 120 dias, em relação ao nº de nascidos vivos no período	25,4	29,8	33,9	38,9	31,0
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal	4,1	4,5	4,8	7,8	7,2
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	1,6	0,9	3,5	5,6	5,9
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos	1,2	1,4	2,1	2,6	2,2
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos	0,6	0,1	1,5	2,5	2,5
Percentual de gestantes que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	48,9	50,0	51,9	45,2	48,4
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	0,5	0,1	1,3	2,4	2,3
Percentual de gestantes que realizaram 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 antitetânica	0,3	0,1	1,3	2,4	2,3
Percentual de gestantes que realizaram o teste anti-HIV	68,6	66,3	59,6	59,7	57,2
Percentual de gestantes que realizaram os dois exames VDRL	15,7	21,8	20,5	18,3	19,4

Fonte: SISPRENATAL, 2005-2009 (Base estadual)

Tabela 2 Indicadores de processo da atenção pré-natal, em gestantes inscritas no PHPN – SISPRENATAL do Acre, de janeiro de 2005 a dezembro de 2009

Indicadores de Processo	2005	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%	%
Percentual de gestantes que realizaram a 1ª consulta até 120 dias, em relação ao nº de nascidos vivos no período	18,4	25,1	28,8	31,7	28,3
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal	8,2	5,6	5,9	7,9	7,4
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	5,9	2,9	3,7	4,8	5,4
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos	3,9	1,7	2,2	2,1	1,7
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos	3,4	0,6	1,7	1,7	1,7
Percentual de gestantes que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	52,1	46,6	48,9	43,7	45,5
Percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	3,3	0,5	1,7	1,7	1,5
Percentual de gestantes que realizaram 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 antitetânica	0,7	0,3	1,6	1,4	1,5
Percentual de gestantes que realizaram o teste anti-HIV	56,5	50,9	53,2	53,7	53,9
Percentual de gestantes que realizaram os dois exames VDRL	17,6	20,9	22,5	18,2	17,1

Fonte: SISPRENATAL, 2005-2009 (Base estadual)

Como estratégia de reforço o MS lançou por meio da Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde em suas três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse Pacto propõe mudanças significativas para a operacionalização do SUS, e aponta dentre as prioridades pactuadas, a Redução da Mortalidade Materna e Infantil. No que se refere à mortalidade materna o objetivo é reduzir em 5% a RMM estabelecida em 2006 como sendo, em nível nacional, de 77,2 por 100.000 NV²¹.

Entretanto, com relação ao atendimento pré-natal, essas políticas têm na prática conseguido o incremento da disponibilidade e do acesso ao mesmo, relegando a um segundo plano a melhoria do conteúdo das consultas, quando a própria literatura especializada tem privilegiado a análise das características e dos resultados dessa assistência, por reconhecer que é esse conteúdo que retrata, com maior fidelidade, o processo de atendimento. É a avaliação do processo de um programa/serviço/sistema de saúde, quem analisa realmente o seu funcionamento, pois abrange os cuidados efetivamente oferecidos e recebidos na assistência¹⁷.

Por tudo até aqui mencionado, a assistência pré-natal de qualidade é reconhecida pelo seu impacto e transcendência como um dos componentes que contribuem para redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal, o que justifica o crescente interesse por sua avaliação²².

1.2 JUSTIFICATIVA

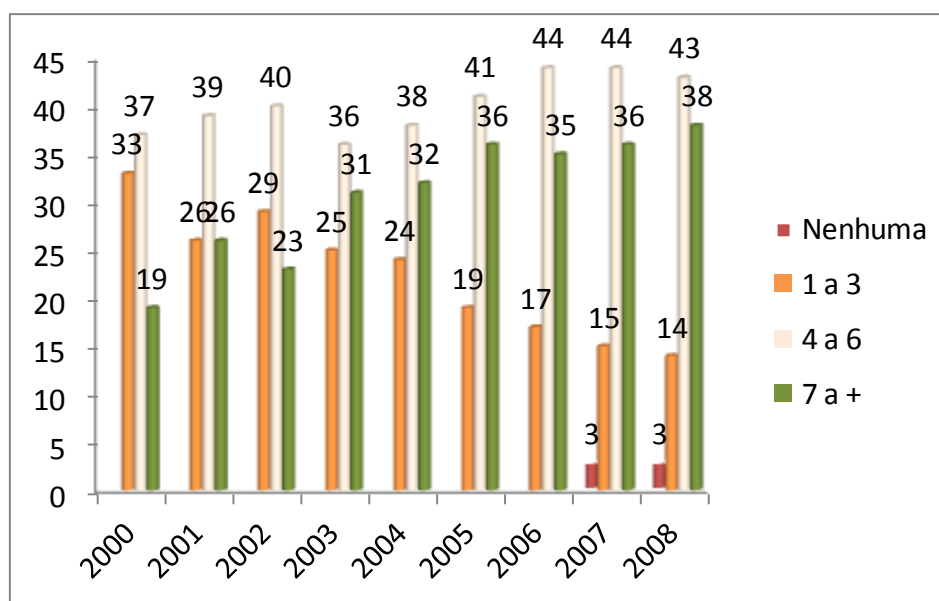
Embora se tenha verificado melhoria na cobertura da assistência pré-natal no Brasil, há grande diferença segundo regiões geográficas. As regiões Norte e Nordeste continuam sendo as que apresentam maior proporção de nascidos vivos cujas mães não realizaram consulta de pré-natal^{23, 24}.

No município de Rio Branco, dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), na serie histórica de 2000 e 2008 (Figura 2), demonstraram uma tendência crescente da cobertura de pré-natal, porém consideradas ainda insatisfatórias. Em 2008, apenas 38,5% das gestantes realizaram sete ou mais consultas pré-natal; 43,3% realizaram entre quatro a seis consultas pré-natal; 14% tiveram até três consultas de pré-natal; e o percentual de gestantes que não realizaram nenhuma consulta foi 3%. Estas proporções se mantiveram muito próximas as do ano anterior²⁵.

Dados do Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL, nas Tabelas 1 e 2) revelaram que em Rio Branco e no Acre, em 2009, respectivamente apenas 31% e 28% das gestantes iniciaram a consulta de pré-natal antes da 16ª semana de gestação, conforme recomenda o PHPN/MS²⁰.

Entretanto, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apontaram que, em 2008, a proporção de gestantes acompanhadas em áreas cobertas pelas equipes de saúde da família (ESF) foi de 96,3%, começando, todavia, o pré-natal no 1º trimestre da gestação apenas 62,3% delas²⁶. Explica-se esta divergência de cobertura no fato de o SIAB abranger apenas as áreas cobertas pelas ESF, que no município de Rio Branco atinge apenas 49,7% da população, enquanto o SINASC refere-se ao total do município²⁶.

Figura 2 Proporção de Consultas Pré-natal, Rio Branco, 2000 - 2008



Fonte: SINASC, Base Estadual, 2000 - 2008

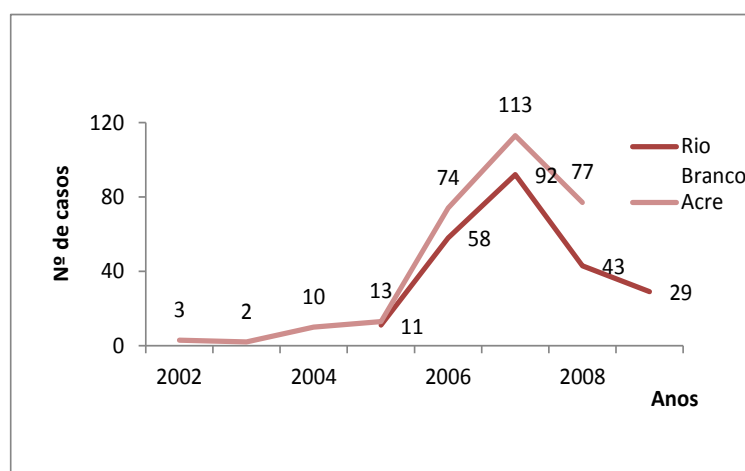
A literatura aponta diferentes abordagens metodológicas para a avaliação da assistência pré-natal, e como conclusões desses estudos se apontam aspectos que carecem de incremento da qualidade da atenção, analisada em diferentes contextos.

Moura (2004) apontou três indicadores que confirmam problemas no pré-natal: alta incidência de sífilis congênita; a doença hipertensiva específica da gravidez como principal causa de óbito materno; e a baixa cobertura de vacinação contra o tétano²⁷.

A técnica de *Evento Sentinela* proposta por Rutstein et al. (1976), tem como propósito a avaliação da qualidade da atenção a saúde. Portanto, esse autor definiu *Evento Sentinela* como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente. Ou seja, é toda doença cuja simples ocorrência, ou ocorrência de invalidez ou morte, é considerada desnecessária, por se tratar de evento que conta com tecnologia médica suficiente para evitá-la. São exemplos de *Evento Sentinela*: óbito materno, sífilis congênita e tétano neonatal²⁸.

Voltando ao aspecto da avaliação da assistência pré-natal, em Rio Branco, além da elevada RMM, pelo menos três indicadores de resultado identificam problemas nessa área: o primeiro é referente à alta incidência de sífilis congênita (Figura 3), que nos anos de 2006, 2007 e 2008 foram respectivamente, 92, 43 e 29 casos²⁵. A sífilis materna, cujo diagnóstico e tratamento se constituem em procedimentos simples e de baixo custo, têm 100% de possibilidade de realização durante a assistência pré-natal mediante um simples exame de sangue – o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) – e da aplicação da penicilina benzatina na gestante (único fármaco que trata mãe e concepto) e em seu parceiro, orientando-os para evitar reinfecção. Por esse motivo, esse exame é recomendado que seja realizado no início do pré-natal e por volta da 30ª semana de gestação, devendo, por tanto, estar disponível na atenção básica¹.

Figura 3 Incidência de Sífilis congênita em Rio Branco e Acre, 2002 – 2009



Fonte: SINASC, Base Estadual, 2000 - 2009

A ocorrência de casos de sífilis congênita revela falhas graves no sistema de saúde, sendo considerado por esse motivo um indicador para avaliação da qualidade da assistência à gestante²⁹. Sendo assim, é preocupante identificar que em 2007, 45% dos casos de sífilis congênita aconteceram em áreas cobertas pela ESF, denotando a baixa qualidade da atenção no pré-natal^{26, 30}.

A baixa qualidade do pré-natal em Rio Branco e no Acre também esta refletida, conforme já demonstrado, nas informações contidas nas Tabelas 1 e 2, onde se pode observar que, dentre as cadastradas no SISPRENATAL, apenas 19% das gestantes de Rio Branco e 17% das inscritas de todo o Acre realizaram os dois exames VDRL²⁰.

O tétano neonatal, da mesma forma é um evento evitável, bastando para isso que toda gestante seja vacinada, e que o cordão umbilical seja cortado com instrumental devidamente esterilizado¹. Segundo dados do SINAN no período de 2000 a 2010, o Estado do Acre apresentou oito casos de tétano neonatal e cinco óbitos neonatais por esta causa, nenhum caso aconteceu no município de Rio Branco³¹. Com relação a este indicador, as Tabelas 1 e 2 demonstram que o percentual de gestantes inscritas no PHPN que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica foi, respectivamente em Rio Branco e no Acre, 48% e 45%.

Tem-se verificado que a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) representa a principal causa de morte materna. Este é um evento que também pode ser diagnosticado na rotina do pré-natal, pela mensuração sistemática da pressão arterial associada à identificação dos sinais e sintomas clínicos, bem como a realização de exame complementar – a dosagem de proteinúria – todos, procedimentos que também devem estar disponíveis na atenção básica³².

As Tabelas 1 e 2 demonstram que o percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos, tanto em Rio Branco como em todo o Acre, situou-se em apenas 2% das mulheres²⁰.

As informações até então relatadas clamam providencias urgentes de implementação do pré-natal na região norte do país, e mais especificamente no município de Rio Branco/Acre. Desta forma, e diante deste cenário, que evidencia a existência de problemas na qualidade do pré-natal na atenção básica, decidiu-se pela realização do presente estudo no município de Rio Branco, propondo-se uma avaliação da qualidade da assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias das

unidades de saúde da atenção básica vinculadas ao Centro Estadual de Formação de Pessoas em Saúde da Família Conselheiro Joseh Alexandre Leite Leitão (CEFPSFCJALL), em Rio Branco/Acre.

Pretende-se assim, contribuir para o processo de institucionalização do Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica, fornecendo aos diversos atores subsídios para melhorar a qualidade dos cuidados prestados durante a assistência pré-natal.

1.3 PERGUNTA AVALIATIVA

Qual a qualidade da assistência pré-natal ofertada às gestantes pelas unidades de saúde da atenção básica, vinculadas ao CEFPSFCJALL, em Rio Branco/Acre?

1.3.1 Perguntas Avaliativas Específicas

- As ações de pré-natal realizadas nas unidades de saúde da atenção básica, vinculadas ao CEFPSFCJALL, em Rio Branco/Acre, estão sendo desenvolvidas segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS)/Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)?
- Que fatores estão relacionados à qualidade da assistência pré-natal observada nas unidades de saúde participantes deste estudo?
- Como o contexto político-organizacional das unidades de saúde avaliadas, e do contexto externo (inerentes as gestantes) pode estar influenciando a qualidade da assistência pré-natal observada?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Geral

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes nas Unidades Saúde da Família, vinculadas ao Centro Estadual de Formação de Pessoas em Saúde da Família Conselheiro Joseh Alexandre Leite Leitão (CEFPSFCJALL), em Rio Branco/Acre.

1.4.2 Específicos

Analisar e caracterizar a qualidade da assistência pré-natal, segundo indicadores de processo definidos pelo PHPNMS;

Identificar, descrever e analisar fatores que possam estar interferindo na qualidade da assistência pré-natal das Unidades Saúde da Família, participantes do estudo, do município de Rio Branco – Acre;

Identificar, descrever e analisar possíveis influências do contexto político-organizacional (das Unidades Saúde da Família, avaliadas) e externo (das gestantes) sobre a qualidade da assistência pré-natal recebida pelas gestantes avaliadas.

CAPITULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO DO PHPN

No presente estudo serão consideradas as recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, que no seu Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, define como critérios mínimos para uma assistência adequada: (1) Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; (2) Realizar seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; (3) Realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o parto; (4) Realizar os seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Hb/Ht, na primeira consulta; Teste anti-HIV, ofertar na primeira consulta, com aconselhamento pré e pós-teste; Vacina antitetânica, aplicar dose imunizante ou a segunda dose do esquema recomendado ou a dose de reforço em mulheres já imunizadas; (5) Realizar atividades educativas; (6) Classificar o risco gestacional na primeira consulta e nas subseqüentes; (7) Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso ao atendimento ambulatorial e/ou hospitalar em unidade de referência à gestação de alto risco¹⁹.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

Avaliar consiste fundamentalmente em investigar e sistematizar conhecimentos para fazer julgamento de valor de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes (objetivos, recursos, serviços ou atividades, efeitos e contexto de um dado momento), com o objetivo de ajudar na tomada de decisão³³.

No Brasil, a institucionalização da avaliação – entendida como a sua integração a um sistema organizado no qual seja capaz de modificar comportamentos

– tem sido defendida como uma estratégia fundamental para o enfrentamento de aspectos técnicos, organizacionais e políticos^{34,35}.

O modelo pioneiro proposto por Donabedian – baseado na análise da estrutura, do processo e do resultado –, foi difundido amplamente e é, ainda hoje, considerado o esforço mais bem sucedido de classificação das possíveis abordagens para a avaliação em saúde. Essa concepção tripartite de avaliação da qualidade permite o raciocínio de que uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e este, por sua vez, aumenta a possibilidade de um bom resultado³⁶.

Vuori (1991) concorda que qualquer avaliação em saúde deveria levar em consideração critérios inseridos nesses três eixos, porém sem perder de vista os atributos da qualidade³⁷.

Com relação ao *processo*, a sua avaliação possibilita investigar os cuidados que foram disponibilizados e recebidos na atenção à saúde, demonstrando como esta realmente funciona. Nesse sentido, o estudo do *processo* é a melhor forma para investigar-se o conteúdo da atenção à saúde oferecida no primeiro nível de assistência. Segundo Donabedian, o juízo acerca da *qualidade do processo* pode ser obtido por meio da observação direta ou através da revisão de informação registrada³⁶.

Com relação à qualidade da atenção pré-natal, os principais problemas apontados em estudos da literatura referem-se: ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais; ao não preenchimento de registros; e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades³⁸.

No Brasil, estudos que avaliam a qualidade dos serviços são escassos e limitam-se a descrever características da atenção médica, tais como cobertura, número de consultas pré-natais e tipo de parto. No entanto, Takeda em 1993, investigou a qualidade desse cuidado, empregando alguns indicadores de adequação, entre eles o índice de Kessner, o mais empregado nos poucos trabalhos publicados com dados brasileiros sobre a adequação da assistência pré-natal^{17, 18, 38, 39}.

2.2.1 Pilares da Qualidade

Para Donabedian (1990), as avaliações de qualidade devem partir da definição do que está sendo considerado como qualidade, definindo-a em cada avaliação segundo os atributos por ele denominados – os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade –⁴⁰. Outros autores (Vuori, 1991; Campbell, Roland, Buetow, 2000), na tentativa de caracterizar melhor a qualidade em saúde, dependendo do contexto ou do objeto a ser avaliado, incorporaram novos atributos aos propostos por Donabedian em 1990. Vuori (1991) propôs que, além da efetividade, eficiência, eficácia, equidade e aceitabilidade fossem incorporadas a acessibilidade, a adequação e a qualidade técnico-científica, conceituando cada um desses atributos como se segue: **Efetividade**: capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro”; consiste na relação entre o impacto real e o potencial (o programa ou serviço funciona?); **Eficiência**: relação entre o impacto real e o custo das ações (o programa ou serviço vale à pena funcionar com os recursos empregados?); **Eficácia**: capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso” (o programa ou serviço pode funcionar?); **Equidade**: distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população. Tratar desigualmente os desiguais priorizando para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde; **Aceitabilidade**: fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e expectativas dos usuários e seus familiares; **Acessibilidade**: remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis. Relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde; **Adequação / cobertura**: suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda. Mede a proporção da população que se beneficia do programa; e **Qualidade técnico-científica**: aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível⁴¹.

A seleção de um único atributo não conseguirá dar conta de toda a complexidade inerente aos programas e serviços de saúde. Ou seja, para caracterizá-los como de boa ou má qualidade é necessária a escolha de “uma gama” de atributos⁴¹.

2.2.2 Pressupostos da Avaliação

Quanto à avaliação de programa, podemos considerar os seguintes pressupostos: (i) Avaliações são intervenções que visam à melhoria contínua do programa; (ii) Para que os achados da avaliação sejam úteis para o programa é necessário a participação dos *stakeholders* (atores, interessados na avaliação) durante todo o processo; (iii) As avaliações com vistas à implementação são mais úteis para instrumentar o ajuste de programas/serviços de saúde em desenvolvimento; (iv) As avaliações modificam as ações do programa/serviços de saúde porque interferem de maneira educativa junto aos diversos atores, durante a intervenção³³.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 Modelo Lógico da Intervenção

Considera-se modelo lógico o conjunto de elementos que compõem a intervenção que será avaliada. Trata-se de uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre a intervenção e os efeitos esperados. Deve incluir as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e os resultados que o programa pretende alcançar. Ele é uma representação da racionalidade do programa e é freqüentemente apresentado como um fluxograma, um mapa ou uma quadro, que explicita a seqüência de passos que conduzem aos efeitos do programa⁴².

O modelo lógico explicita o propósito fundamental do programa ao evidenciar os produtos e resultados esperados do programa. É considerado importante instrumento de gestão, pois ao descrever a intervenção, contribui para o monitoramento do progresso da intervenção, fornecendo um plano claro de acompanhamento das atividades a serem desenvolvidas e dos resultados esperados pelo programa. É uma representação de um processo ou sistema. Focaliza a avaliação do programa ao identificar questões avaliativas apropriadas e os dados relevantes necessários para a avaliação. Como limitação, o modelo lógico é apenas uma representação da realidade, não é a realidade, e normalmente não inclui efeitos além daqueles inicialmente esperados. O modelo assume a intervenção como a melhor alternativa para resolver o problema, e não dá conta de evidenciar os muitos fatores que influenciam os efeitos⁴².

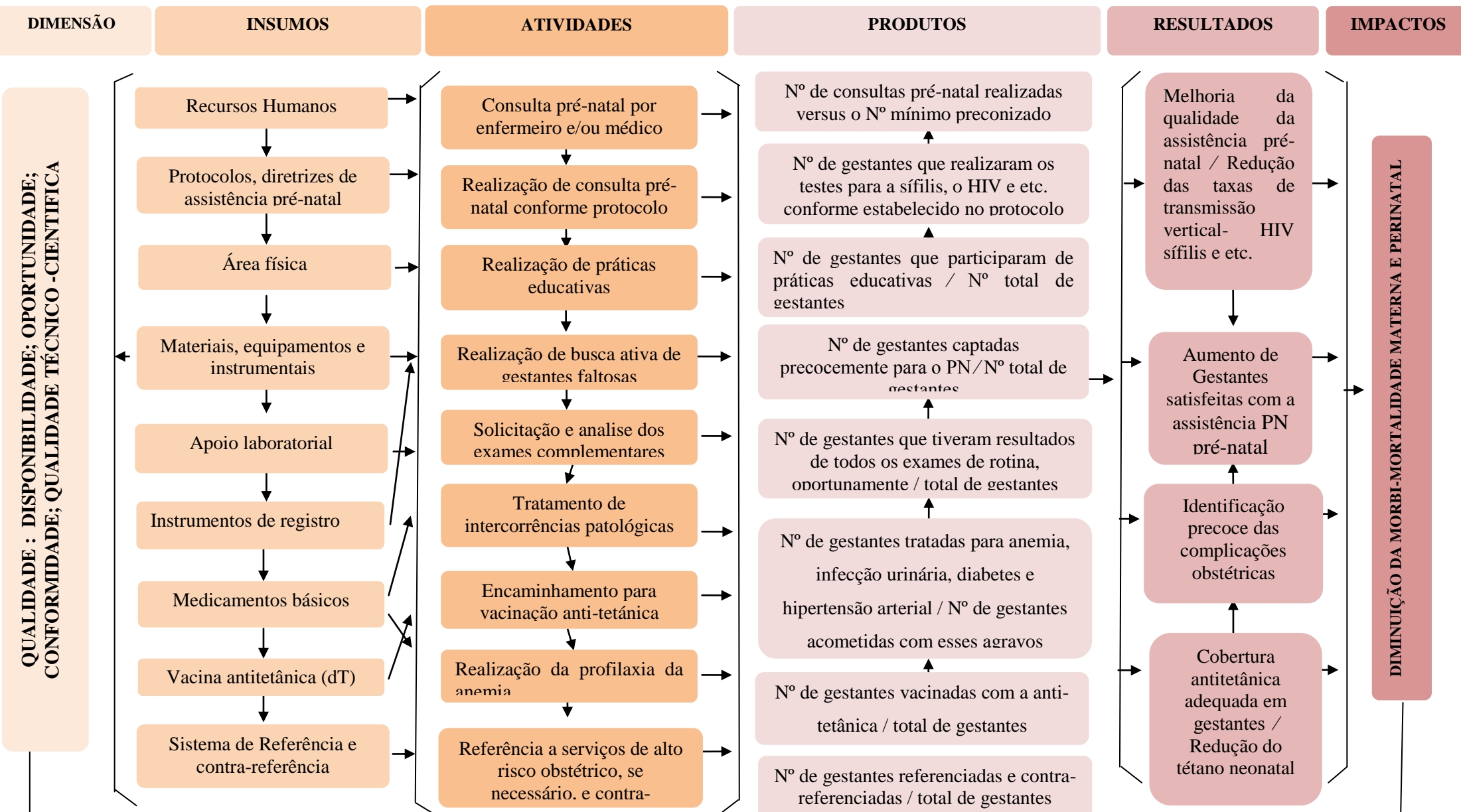
A construção do modelo lógico deverá ser democrática e envolver os principais atores interessados na avaliação, para que sejam contempladas múltiplas visões sobre a intervenção⁴³. Neste sentido, para a presente pesquisa foram identificados os usuários potenciais da avaliação e com o objetivo de estimular um maior envolvimento dos interessados, reuniões para discussão da proposta e pactuação do desenho da avaliação foram realizadas.

Considerando que o foco desta avaliação são as ações que deverão ser realizadas durante o pré-natal, na atenção básica, o modelo lógico (Figura 4) desenvolvido para este estudo foi baseado nas diretrizes do MS/PHPN, monitorados no SISPRENATAL, sendo a qualidade dessa assistência a dimensão que será focada neste estudo.

Foram destacados cada componente do programa – insumos necessários; atividades a serem desenvolvidas; produtos; resultados e impactos esperados –. A definição dos critérios pactuados de análise e de julgamento da qualidade da assistência pré-natal se dará através do detalhamento dos produtos esperados. O modelo evidencia os indicadores de resultado e impacto, porém eles não serão objeto desta avaliação, tendo sido usados para identificação e caracterização do problema no município de Rio Branco/Acre, que demandaram esta avaliação.

Figura 4 MODELO LÓGICO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL - Identificação do Problema: Uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. No município de Rio Branco, dados do SINASC em 2007 e 2008, demonstraram, respectivamente, que apenas 44% e 43% das gestantes realizaram entre 4-6 consultas pré-natais, 15% e 14,2% tiveram até 3 consultas de pré-natal, aproximadamente 3% não realizaram nenhuma consulta, e apenas 36% e 38% realizaram 7 ou mais consultas pré-natais. Isto reflete coberturas insatisfatórias de assistência pré-natal. A taxa de incidência de sífilis congênita, nos anos de 2007 e 2008, foram, respectivamente, 12,9 e 6,1/1.000 NV evidenciando o comprometimento da qualidade da assistência pré-natal prestada na atenção básica.

COMPONENTE TÉCNICO: ASSISTÊNCIA



Contexto político-organizacional (da UBS): autonomia gerencial e técnica. Contexto Externo (gestante): idade, etnia/cor, escolaridade, renda e etc.

3.2 OS INTERESSADOS NA AVALIAÇÃO

Segundo Patton (1997) o processo de avaliação deve começar com o envolvimento dos interessados (*stakeholders*), ou seja, com as pessoas ou organizações que determinam os usos da avaliação e têm perdas ou ganhos com os achados da avaliação⁴⁴. A avaliação deve ser participativa, o envolvimento dos interessados principais em todo o processo da avaliação, é condição essencial para que a avaliação seja bem sucedida na melhoria do programa. Ou seja, quando os interessados compreendem o processo e seus achados, as chances de uso da avaliação aumentam, e para que isso aconteça, eles precisam participar ativamente de todo o processo. Muitas vezes há conflito de interesses no uso da avaliação e o avaliador precisa mediar esse processo de pactuação, buscando atender os interessados e determinar o foco da avaliação, que deve constituir-se em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades⁴⁵.

Desta forma, os principais interessados nesta avaliação foram identificados e participaram do processo na escolha do objeto da avaliação, na determinação das perguntas avaliativas e do uso da avaliação. Pode-se observar no Quadro 1 a seguir os usuários potenciais desta avaliação (*stakeholders*), dentre eles: gestores da esfera estadual e municipal, que tem como principal responsabilidade criar as condições para o fortalecimento das ações de avaliação no Estado, assim como oferecer o subsídio necessário para reorganização dos serviços de pré-natal; profissionais médicos e enfermeiros que realizam o pré-natal; e usuários, representados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Quadro 1 Quadro de *Stakeholders*

Atores (Stakeholder)	Interesse na avaliação	Responsabilidade na avaliação	Papéis na utilização dos achados
Gerência de Ensino e Pesquisa da SESACRE.	Identificar problemas e adotar estratégias para superá-los.	Garantir respaldo político e financeiro durante todo o desenvolvimento da pesquisa.	Redirecionar a organização do ensino e de práticas relativas à assistência pré-natal.
Gestor Municipal de Saúde.	Identificar problemas e adotar estratégias para superá-los. Qualificar a assistência pré-natal.	Intervir junto às coordenações / áreas técnicas envolvidas, de forma a facilitar o processo avaliativo.	Mobilizar os diversos atores, incentivando-os a utilização dos achados. Disponibilizar recursos para aperfeiçoar a assistência pré-natal. Interferir nos contextos.
Diretor do Departamento de Assistência à Saúde do município.	Identificar problemas e adotar estratégias para superá-los.	Envolver e acompanhar os responsáveis pela assistência pré-natal.	Subsidiar as equipes na reorganização e redirecionamento das práticas de assistência à saúde. Monitorar e avaliar a assistência pré-natal.
Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher e Coordenação da Atenção Básica.	Implementar estratégias para melhoria da qualidade do pré-natal.	Apoiar institucional e operacionalmente a execução da avaliação.	Redirecionar a organização dos serviços e a inserção de novas práticas quanto à assistência pré-natal.
Profissionais de saúde que realizam a assistência pré-natal.	Melhorar a qualidade da assistência pré-natal. Fortalecer o vínculo com a usuária.	Participar ativamente de todas as etapas da avaliação.	Utilizar os achados readequando suas práticas. Monitorar e avaliar a assistência pré-natal oferecida. Procurar estratégias para resolver as dificuldades.
Conselho Municipal de Saúde.	Buscar a melhoria da qualidade da assistência pré-natal.	Promover apoio político na execução da avaliação.	Contribuir com a efetivação do direito à saúde da gestante.

3.3 USOS POSSÍVEIS DA AVALIAÇÃO

Subsidiar a gestão local na formulação de políticas que garantam a melhoria da qualidade da assistência pré-natal;

Produzir recomendações que possam contribuir para a solução de problemas identificados ao longo do processo, contribuindo assim para a formação dos agentes envolvidos: gestores, profissionais dos serviços, instituições de ensino e pesquisa e, também, as usuárias;

Subsidiar a produção de trabalhos científicos que poderão ser apresentados em congressos e publicados em revistas especializadas.

3.4 ABORDAGEM DA AVALIAÇÃO

Este estudo é uma avaliação normativa, formativa, focada na utilização, isto é, uma abordagem da avaliação que enfatiza o aprendizado, a melhoria e a identificação dos pontos fortes e fracos, especialmente a partir da perspectiva das pessoas que estão diretamente implicadas no programa. O envolvimento dos usuários potenciais aumenta a relevância, a compreensão e a autoria da avaliação, e tudo isso torna a avaliação útil e de alta qualidade⁴⁴.

O uso da avaliação para melhoria da intervenção atende diversos interesses por parte dos usuários, como apoio na tomada de decisões, redefinição de fluxos operacionais, redimensionamento de recursos humanos e de logística, melhoria operacional do programa e melhoria do acesso ao atendimento⁴⁴. Neste sentido, esta avaliação como já referido, pretende ser uma avaliação focada na utilização, considerando que “as avaliações devem ser julgadas por sua utilidade e pelo seu uso naquilo que é necessário para corrigir distorções evidenciadas”⁴⁴.

Apesar do interesse dos usuários em potencial, uma avaliação não está isenta de conflitos que é dado pelos objetivos, percepções e responsabilidades distintas. Sobre isto,

Patton (1997) afirma que as informações das avaliações devem ser consideradas como *ferramenta de negociação* entre os múltiplos interesses e não como uma verdade absoluta. É necessário estarmos conscientes de que estas mesmas informações poderão dar somente respostas parciais aos problemas enfrentados⁴⁴.

Considerando que a inclusão de distintos atores interessados na avaliação (*stakeholders*) é a melhor forma de garantir a utilização dos achados de uma avaliação e contribui para que as informações produzidas pela avaliação sejam utilizadas por um maior número de interessados e promovam melhorias na intervenção⁴⁴. Os usuários potenciais desta avaliação foram convidados a participar do processo da pesquisa com o intuito de discutir e consensuar alguns aspectos essenciais da pesquisa, como: a apresentação e pactuação de indicadores; esclarecer os usos pretendidos da avaliação; e fortalecer o compromisso de intervenções para melhoria do programa avaliado.

3.5 DESENHO DA AVALIAÇÃO

Trata-se de um Estudo de Caso, de avaliação de processo, de caráter normativo e formativo, focada na utilização do programa (aborda os indicadores de processo) da assistência obstétrica e neonatal (componente da assistência pré-natal na atenção básica) segundo as normas e diretrizes do PHPN/MS⁴⁶.

3.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para construir os indicadores de processo da assistência pré-natal do município de Rio Branco/Acre utilizou-se como fonte de dados o SISPRENATAL e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) implantados na Secretaria Municipal de Saúde.

O SISPRENATAL recebe informações contidas em duas fichas: a ficha de cadastramento da gestante e a ficha de registro diário dos atendimentos à gestante. A ficha de cadastro é preenchida durante a 1ª consulta pelo profissional que realiza o atendimento. Esses profissionais também são responsáveis pelo preenchimento da ficha de registro diário dos atendimentos à gestante, em todas as consultas subsequentes⁴⁶.

Os dados foram coletados utilizando-se o Instrumento de Coleta 1 – Roteiro para Observação Direta –; o Instrumento de Coleta 2 – Dados do Prontuário/Cartão da gestante e da Mulher; questionários e dados disponíveis no SISPRENATAL. Os dados foram digitados e analisados utilizando-se o Programa Excel.

A análise dos indicadores de processo disponíveis no SISPRENATAL, se deu em segundo momento e junto às informações obtidas mediante a coleta de dados primários (entrevista e observação direta), com a finalidade de identificar os fatores principais (*nós críticos*) que podem ter interferido na qualidade da assistência pré-natal (segundo objetivo específico). Foi necessário realizar visita domiciliar como estratégia para complementar a coleta de dados.

A qualidade da assistência pré-natal (primeiro objetivo específico), dispensada na atenção primária por ESF vinculadas ao CEFPSFCJALL, em Rio Branco/Acre, foi avaliada segundo os seguintes atributos da qualidade: disponibilidade; oportunidade (adequação/cobertura); conformidade; e qualidade técnica – científica; aferidos a partir dos seguintes produtos: **(a) disponibilidade** – proporção de unidades que dispõem de equipamentos básicos em condições adequadas; proporção de unidades que dispõem de insumos em quantidade suficiente; proporção de unidades que dispõem de recursos audiovisuais; condições de atendimento na sala de espera; horário de funcionamento e abertura da unidade; realização de acolhimento e atividades educativas na sala de espera; tempo máximo de espera por atendimento; condições do espaço físico onde se realiza a consulta pré-natal; cumprimento de carga horária por parte dos profissionais enfermeiros e médicos; duração adequada da consulta pré-natal; tipo de profissional que realiza o pré-natal; **(b) oportunidade** (adequação/cobertura) – proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal até 16ª semana de gestação (antes de 120 dias de gestação); proporção de gestantes que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal; proporção de gestantes que realizaram os exames hemoglobina e hematócrito, a glicemia de jejum (1ª consulta e na 30ª semana), o teste para a sífilis (1ª consulta e na 30ª semana) e para o HIV com aconselhamento (1ª consulta), o sumário de urina (1ª consulta e na 30ª semana); e a proporção de gestantes que foram imunizadas contra o tétano; **(c) conformidade** – proporção de gestantes que realizaram os exames preconizados pelo PHPN/MS: ABO-RH (1ª consulta), Hepatite B (HBsAg na 30ª semana), sorologia para

toxoplasmose (IgM na 1ª consulta); proporção de gestantes que participaram de práticas educativas (individual e/ou em grupo); proporção de gestantes que realizaram sua consulta puerperal; proporção de gestantes que foram identificadas pelo Nome; que foram atendidas pelo mesmo profissional; que foram informadas sobre os procedimentos do pré-natal; que tiveram os procedimentos de seu pré-natal registrados no prontuário e/ou no cartão da gestante; e proporção de gestantes que realizaram seu pré-natal com médico e enfermeira; **(d) qualidade técnico científica** – proporção de gestantes que foram classificadas quanto ao risco gestacional; que tiveram seu estado nutricional avaliado; que realizaram exame preventivo do câncer de colo de útero; proporção de gestantes que se sentiram a vontade para perguntar; e proporção de puérperas que tiveram o exame preventivo do câncer de mama avançado (mamografia) recomendado/solicitado.

As análises de contextos organizacionais e externos requerem a realização de análises históricas, entrevistas em profundidade e a elaboração de modelos teóricos causais⁴³. E, segundo Salomão (1991) a pesquisa descritiva produz um delineamento da realidade da assistência pré-natal, descrevendo-a, analisando-a e interpretando-a⁴⁷. Sendo assim, para responder ao terceiro objetivo específico este estudo: **(a)** obteve, por meio de entrevista com as usuárias, as seguintes variáveis do contexto externo, que, de alguma forma, podem interferir na qualidade da assistência pré-natal – idade materna; etnia/cor; situação conjugal; escolaridade; renda familiar e ocupação –; **(b)** obteve, por meio da observação direta, as seguintes variáveis do contexto político-organizacional das Unidades Saúde da Família do CEFPSFCJALL, sede desta pesquisa – autonomia gerencial e técnica; disponibilidade de equipamentos e insumos; condições das salas de espera/consulta; disponibilidade de atividades educativas; horário de funcionamento do atendimento ao pré-natal; tempo de espera; tempo da consulta; e disponibilidade do profissional (médico ou enfermeiro) –.

3.7 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco foi criada através da Lei nº 770 de 26 de dezembro de 1988. Foi habilitada em Gestão Plena da Atenção Básica – PAB segundo a Norma Operacional Básica – NOB/SUS/1996. Em 2004, assumiu o papel da Gestão do Sistema Municipal de Saúde na organização e execução das ações da atenção básica de

acordo com a Portaria nº 2023/GM/2004, sem prejuízo das competências determinadas na Lei nº 8.080/90²⁶.

A rede municipal conta com oito Centros de Saúde (CS); três Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP); um Centro Estadual de Formação de Pessoas em Saúde da Família Conselheiro Joseh Alexandre Leite Leitão (CEFPSFJALL), gerenciado pelo Estado); um Centro de Apoio Diagnóstico e duas Unidades Móveis²⁶.

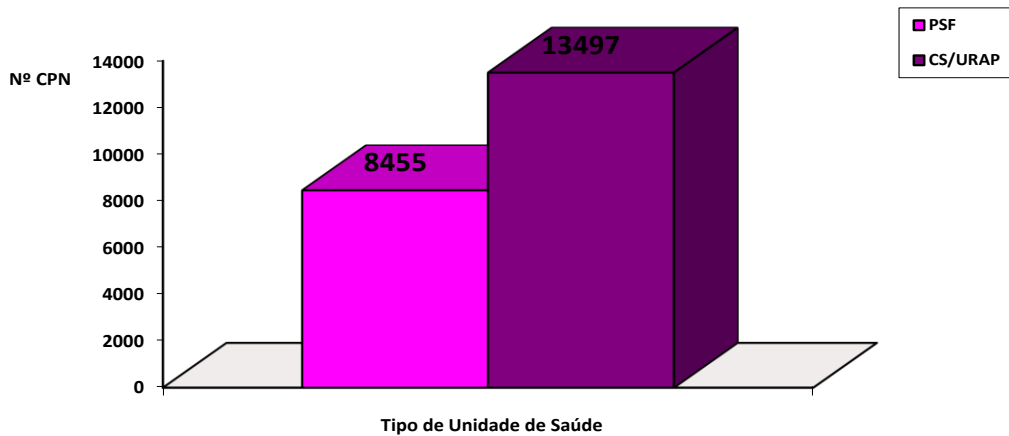
O Modelo de Atenção Básica no município de Rio Branco tem como foco principal a Estratégia Saúde da Família, contando com 57 Equipes Saúde da Família (ESF). Destas, três estão sob gerenciamento Estadual por compor o CEFPSFCJALL. Do total de ESF 20 contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB) tipo I. E das três ESF vinculadas ao CEFPSFCJALL apenas uma possui ESB²⁶.

A zona rural conta com quatro ESF. Segundo informações do SIAB - Base Estadual, na competência julho de 2010 o município apresentou 35% de cobertura por ESF e 85% de cobertura por Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)²⁶.

A rede está organizada em 13 segmentos de saúde, composto cada um por um CS ou URAP, que serve como referência para as Equipes de Saúde da Família de sua área de abrangência, onde são ofertadas ações e serviços de assistência médica, de enfermagem, farmacêutica, laboratório de análises clínica e por imagem (ultrassonografia), assim como os programas de Saúde Pública de Atenção ao Idoso, Controle do Tabagismo, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, DST/AIDS, Saúde Mental, Leishmaniose, Tuberculose, Educação em Saúde, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase e controle e erradicação da raiva. Duas URAPs – São Francisco e Augusto Hidalgo de Lima – contam também com a equipe multiprofissional do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade, da Secretaria Estadual de Saúde do Acre²⁶.

No município de Rio Branco a assistência pré-natal é realizada nas 57 Unidades Saúde da Família e nos 12 CS/URAP. A ESF responde por 38,5% e os CS/URAP por 61,5% das consultas de pré-natal²⁵, conforme pode ser observado na Figura 5 a seguir:

Figura 5 Número de Consultas Pré-natal segundo Unidades de Saúde, Rio Branco - Acre, 2009



Fonte: SINASC, Base municipal, 2009

O CEFPSFCJALL foi instituído em 2001, com a denominação de Policlínica do Tucumã, por ser referência das Unidades Saúde da Família do Segmento do Tucumã e por possuir equipe de especialistas nas grandes áreas básicas da Medicina (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia). Assim como, em Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Enfermagem e Nutrição. A Policlínica após nova reestruturação física recebe grande ampliação da área previamente ocupada, para tornar-se o CEFPSFCJALL⁴⁸.

Além das atividades de atenção básica à saúde, o CEFPSFCJALL é cenário para práticas de ensino e pesquisa da Faculdade de Medicina, no nível de graduação e pós-graduação, formação em atenção primária dos programas de Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria e Clínica Médica, e campo de estágio em saúde da família dos cursos de Medicina e Enfermagem da UFAC. Também é sede dos programas de Residências Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, que envolve sete áreas da saúde: Enfermagem, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e assistência social⁴⁸.

A população adstrita à Policlínica Escola corresponde aproximadamente a 35.000 pessoas, sendo que a área coberta pelo PSF abrange 11.604 pessoas, correspondendo a 2.647 famílias, o que corresponde a uma cobertura de 33,15% da população do território da Policlínica⁴⁸.

Em relação ao pré-natal as três unidades saúde da família vinculadas ao CEFPSFCJALL, haviam cadastrado na competência de abril de 2008, 53 gestantes e reportaram que acompanharam 98,11% das gestantes cadastradas⁴⁸.

3.8 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS USUÁRIAS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO

3.8.1 Caracterização dos Serviços de Saúde

Foi selecionada para este estudo a área coberta pela ESF do CEFPSFCJALL, constituído por três unidades saúde da família: Jardim Primavera, Rui Lino e Mocinha Magalhães. Segundo informações do SISPRENATAL, no período de janeiro a junho de 2009, foi cadastrado um total de 66 gestantes nessas USF²⁰. A escolha teve como critério o fato dessas três unidades estarem vinculadas ao CEFPSFCJALL, que é cenário de práticas para o desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e campo de práticas do curso de medicina e enfermagem da Universidade Federal do Acre.

3.8.2 Caracterização das Usuárias

Foram selecionadas para o estudo todas as gestantes (19 mulheres), incluindo-se as adolescentes (10 a 19 anos), com idade gestacional superior a 20 semanas; e todas as mulheres em período puerperal até o 42º dia pós-parto (11 mulheres), que buscaram

atendimento nas USF da abrangência do CEFPSFCJALL, de 01 de setembro a 10 de outubro de 2010, tempo estabelecido para finalizar a coleta de dados.

Tomando-se por base as informações de cadastramento das usuárias no SISPRENATAL²⁰, estima-se que as 30 mulheres participantes deste estudo correspondam a cerca de 30% das usuárias que buscaram atendimento em 2010 nas três unidades de saúde estudadas. Foi necessária a realização de visitas domiciliares para complementação dos dados propostos para estudo.

O número de entrevistadas por USF não foi homogêneo devido à USF Rui Lino apresentar menor número de gestantes cadastradas/assistidas no período de coleta do estudo, tendo-se ainda, a recusa de participação de uma gestante. Foram entrevistadas, oito gestantes na USF Rui Lino; doze na USF Jardim Primavera; e dez gestantes na USF Mocinha Magalhães.

3.9 MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

3.9.1 Matriz de Relevância

A definição das subdimensões da qualidade para cada uma das atividades esperadas durante o pré-natal, preconizadas pelo PHPN/MS, bem como sua relevância, foram pactuadas com os interessados pela avaliação – os *stakeholders* –, se estabelecendo segundo se demonstra no Quadro 2. A partir de então as Matrizes de Informação desta avaliação foram elaboradas (Quadros 4, 5, 6 e 7).

3.9.2 Matriz de Informação

A matriz de informação apresenta o conjunto de indicadores pactuados que representam o objeto da pesquisa, que neste estudo, como já mencionado, possui a *qualidade* como dimensão e como subdimensões da qualidade: a *disponibilidade*; a *oportunidade (adequação/cobertura)*; a *conformidade*; e a *qualidade técnico-científica*. Os indicadores

pactuados, as fontes de informação e as pontuações atribuídas estão explicitadas nos Quadros 4, 5, 6 e 7 a seguir. A definição dos critérios pactuados de análise e julgamento da qualidade da assistência pré-natal (pontuação dos indicadores observados) adotou a divisão de pontuação em quartis, conforme demonstra-se no Quadro 3.

Quadro 2 Matriz de Relevância

ATIVIDADES	SUBDIMENSÕES			
	Disponibilidade	Oportunidade	Conformidade	Qualidade Técnica-Científica
Realização de Busca Ativa das Gestantes para que iniciem o pré-natal até 16ª semana de gestação	R	RRR	RR	R
Solicitação dos exames ABO-RH	R	R	RRR	RR
Solicitação e análise dos exames Hemoglobina e Hematocrito	R	RRR	RR	RR
Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (1ª consulta)	R	RRR	RR	RR
Solicitação e análise da Glicemia de Jejum (30ª semana)	R	RRR	RR	RR
Solicitação e análise do VDRL (1ª consulta)	R	RRR	RR	RR
Solicitação e análise do VDRL (30ª semana)	R	RRR	RR	RR
Solicitação e análise do Sumario de urina (1ª consulta)	R	RRR	RR	RR
Solicitação e análise do Sumario de urina (30ª semana)	R	RRR	RR	RR
Solicitação e análise do teste Anti-HIV com Aconselhamento pré e pos-teste (1ª consulta)	R	RRR	RR	RR
Solicitação e análise da sorologia para Hepatite B (HBsAg na 30ª semana)	R	RR	RRR	R
Solicitação e análise da sorologia para toxoplasmose (IgM na 1ª consulta)	R	RR	RRR	R
Encaminhamento das gestantes para imunização contra o tétano	RR	RRR	RR	RR
Avaliação do estado nutricional das gestantes	RR	RR	RR	RRR
Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de colo do útero	RR	R	RR	RRR
Solicitação e encaminhamento das gestantes para o exame preventivo do Câncer de Mamas	RR	R	RR	RRR

Continua

Continuação

ATIVIDADES	SUBDIMENSÕES			
	Disponibilidade	Oportunidade	Conformidade	Qualidade Técnica-Científica
Realização de atividades educativas com as gestantes (individual e/ou grupo)	R	RR	RRR	RR
Acolher e propiciar as gestantes consultas humanizadas, deixando-as a vontade para perguntar/contestar, etc.	RR	RR	RR	RRR
Recomendação/Agendamento/Busca Ativa se necessário, das mulheres para sua consulta puerperal	RRR	RR	RRR	RR
Tratamento Cordial/Humanizado com as Gestantes chamando-as pelo nome	R	RR	RRR	RR
Agendamento das consultas subseqüentes com o mesmo profissional	RR	RR	RRR	RR
Informar as gestantes sobre os procedimentos do pré-natal	R	RR	RRR	RR
Registrar os procedimentos do pré-natal no Prontuário e no Cartão da Gestante	RR	RR	RRR	RR
Marcar as consultas das Gestantes, com medico e enfermeira	RR	RR	RRR	R
Classificar as Gestantes, em todas as consultas, quanto ao risco gestacional	RR	RR	RR	RRR
RRR = Muito Relevante; RR = Relevante e R = Pouco Relevante.				

Quadro 3 - Pontuação dos Indicadores Observados

PONTUAÇÃO ESPERADA
≤39,9% = 1
40,0 a 59,9% = 2
60,0 a 79,9% = 3
≥80,0% = 4

Quadro 4 Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal.

Subdimensão Disponibilidade.

Dimensão da Avaliação	Subdimensão da Avaliação	Indicadores	Fonte de Dados	Calculo do Indicador	Pontuação
QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Proporção de unidades que dispõem de equipamentos básicos em condições adequadas	Observação direta	Nº de unidades que dispõem de equipamentos básicos / Total de unidades X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de unidades que dispõem de insumos em quantidade suficiente		Nº de unidades que dispõem de insumos em quantidade suficiente / Total de unidades X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de unidades que dispõem de recursos audiovisuais		Nº de unidades que dispõem de recursos audiovisuais / Total de unidades X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Condições de atendimento na sala de espera		Nº de unidades que dispõem de condições na sala de espera / Total de unidades X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Horário de abertura e funcionamento da unidade, adequado		Nº de unidades com horário de abertura e funcionamento adequado / Total de unidades X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4

Continua

Continuação					
Dimensão da Avaliação	Subdimensão da Avaliação	Indicadores	Fonte de Dados	Calculo do Indicador	Pontuação
QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Realização de acolhimento e atividades educativas na sala de espera	Observação direta	Nº de unidades que realizam acolhimento e atividades educativas na sala de espera / Total de unidades X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Tempo máximo de espera por atendimento adequado		Nº de unidades que oferecem um tempo máximo de espera por atendimento adequado / Total de unidades X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Condições adequadas do espaço físico onde se realiza a consulta pré-natal		Nº de unidades que dispõem de condições adequadas do espaço físico onde se realiza a consulta pré-natal / Total de unidades X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Cumprimento da carga horária por parte dos profissionais enfermeiros e médicos		Nº de unidades onde os profissionais cumprem carga horária / Total de unidades X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Duração adequada da consulta pré-natal		Nº de unidades que oferecem duração adequada da consulta pré-natal / Total de unidades X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Tipo de profissional que realiza o pré-natal		Tipo de profissional que realiza o pré-natal / Total de profissionais na unidade X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$

Quadro 5 Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal.

Subdimensão Oportunidade.

Dimensão da Avaliação	Subdimensão da Avaliação	Indicadores	Fonte de Dados	Calculo do Indicador	Pontuação
QUALIDADE	OPORTUNIDADE	Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal até 16ª semana de gestação	Questionário e Prontuário	Nº de gestantes que iniciaram o pré-natal antes de 120 dias de gestação / Total de gestantes X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de Gestantes que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal	Questionário e Prontuário	Nº de gestantes que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal / Total de gestantes X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de gestantes que realizaram os exames Hemoglobina e Hematócrito	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram os exames Hemoglobina e Hematócrito / Total de gestantes X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de gestantes que realizaram a Glicemia de Jejum (1ª consulta)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram a glicemia de jejum na 1ª consulta / Total de gestantes X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de gestantes que realizaram a Glicemia de Jejum (30ª semana)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram a glicemia de jejum na 30ª semana / Total de gestantes X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4

Continua

Dimensão da Avaliação	Subdimensão da Avaliação	Indicadores	Fonte de Dados	Calculo do Indicador	Pontuação
QUALIDADE	OPORTUNIDADE	Proporção de gestantes que realizaram o VDRL (1ª consulta)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram o VDRL na 1ª consulta / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de gestantes que realizaram o VDRL (30ª semana)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram o VDRL na 30ª consulta / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de gestantes que realizaram o Sumario de urina (1ª consulta)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram o sumario de urina na 1ª consulta / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de gestantes que realizaram o Sumario de urina (30ª semana)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram o sumario de urina na 30ª semana / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de gestantes que realizaram o teste Anti-HIV com Aconselhamento (1ª consulta)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram o teste Anti-HIV com aconselhamento na 1ª consulta / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de gestantes que foram imunizadas contra o tétano	Prontuário	Nº de gestantes imunizadas contra o tétano / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$

Quadro 6 Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal.
Subdimensão Conformidade.

Dimensão da Avaliação	Subdimensão da Avaliação	Indicadores	Fonte de Dados	Calculo do Indicador	Pontuação
QUALIDADE	CONFORMIDADE	Proporção de gestantes que realizaram os exames ABO-RH (1ª consulta)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram os exames ABO-RH na 1ª consulta / Total de gestantes X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de gestantes que realizaram a sorologia para Hepatite B (HBsAg na 30ª semana)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram a sorologia para Hepatite B na 30ª semana / Total de gestantes X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de gestantes que realizaram a sorologia para toxoplasmose (IgM na 1ª consulta)	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram a sorologia para toxoplasmose na 1ª consulta / Total de gestantes X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de gestantes que tiveram atividades educativas (individual e/ou grupo)	Questionário	Nº de gestantes que tiveram atividades educativas / Total de gestantes X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4
		Proporção de mulheres que realizaram sua consulta puerperal	Questionário e Prontuário	Nº de mulheres que realizaram sua consulta puerperal / Total de puerperas X 100	≤39,9%=1 40,0 a 59,9%=2 60,0 a 79,9%=3 ≥80,0%=4

Continua

Dimensão da Avaliação	Subdimensão da Avaliação	Indicadores	Fonte de Dados	Calculo do Indicador	Pontuação
QUALIDADE	CONFORMIDADE	Proporção de Gestantes que foram identificadas pelo nome	Questionário e Prontuário	Nº de gestantes que foram identificadas pelo nome / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de Gestantes que foram atendidas pelo mesmo profissional	Questionário e Prontuário	Nº de gestantes que foram atendidas pelo mesmo profissional / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de Gestantes que foram informadas sobre os procedimentos do pré-natal	Questionário	Nº de gestantes que foram informadas sobre os procedimentos do pré-natal / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de Gestantes que tiveram os procedimentos de seu pré-natal registrados no Prontuário e Cartão da Gestante	Questionário e Prontuário	Nº de gestantes que tiveram os procedimentos de seu pré-natal registrados no Prontuário e/ou Cartão da Gestante / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de Gestantes que realizaram seu pré-natal com medico e enfermeira	Questionário e Prontuário	Nº de gestantes que realizaram seu pré-natal com medico e enfermeira / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$

Quadro 7 Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal.
Subdimensão Qualidade Técnica Científica.

Dimensão da Avaliação	Subdimensão da Avaliação	Indicadores	Fonte de Dados	Calculo do Indicador	Pontuação
QUALIDADE	QUALIDADE TECNICA-CIENTIFICA	Proporção de Gestantes que foram classificadas quanto ao risco gestacional	Prontuário	Nº de gestantes que foram classificadas quanto ao risco gestacional / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de gestantes que tiveram seu estado nutricional avaliado	Prontuário	Nº de gestantes que tiveram seu estado nutricional avaliado / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de gestantes que realizaram exame preventivo do Ca de colo de útero	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram exame preventivo do Ca de colo do útero / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de gestantes que realizaram exame preventivo do Ca de mama	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram exame preventivo do Ca de mamas / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$
		Proporção de gestantes que se sentiram a vontade para perguntar	Questionário	Nº de gestantes que se sentiram a vontade para perguntar / Total de gestantes X 100	$\leq 39,9\% = 1$ 40,0 a 59,9% = 2 60,0 a 79,9% = 3 $\geq 80,0\% = 4$

3.9.3 Matriz de Análise e Julgamento

O *Julgamento de Valor* da qualidade do pré-natal, foco desta avaliação, utilizou os seguintes parâmetros:

Quadro 8 - Julgamento do Grau de Qualidade do Pré-Natal

PERCENTUAL	GRAU DE QUALIDADE
≥ 80	Ótima
60 a 79,9	Boa (Satisfatória)
40,0 a 59,9	Regular
≤ 39,9	Ruim

As matrizes de análise e julgamento são apresentadas a seguir, nos quadros 9, 10, 11, 12 e 13.

Quadro 9 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Disponibilidade.

Dimensão da Avaliação	Subdimensão da Avaliação	Indicadores	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	Grau de Qualidade
QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Proporção de unidades que dispõem de equipamentos básicos	4		
		Proporção de unidades que dispõem de insumos em quantidade suficiente	4		
		Proporção de unidades que dispõem de recursos audiovisuais	4		
		Condições de atendimento na sala de espera	4		
		Horário de abertura e funcionamento da unidade adequado	4		
		Realização de acolhimento e atividades educativas na sala de espera	4		
		Tempo máximo de espera por atendimento adequado	4		
		Condições adequadas do espaço físico onde se realiza a consulta pré-natal	4		
		Cumprimento da carga horária pelos profissionais	4		
		Duração adequada da consulta pré-natal	4		
		Tipo de profissional que realiza o pré-natal	4		

Quadro 10 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Oportunidade.

Dimensão	Subdimensões	Indicadores	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	Grau de Qualidade		
QUALIDADE	OPORTUNIDADE	Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal até 16ª semana de gestação	4				
		Proporção de Gestantes que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal	4				
		Proporção de gestantes que realizaram os exames Hemoglobina Hematócrito	4				
		Proporção de gestantes que realizaram a Glicemia de Jejum (1ª consulta)	4				
		Proporção de gestantes que realizaram a Glicemia de Jejum (30ª semana)	4				
		Proporção de gestantes que realizaram o VDRL (1ª consulta)	4				
		Proporção de gestantes que realizaram o VDRL (30ª semana)	4				
		Proporção de gestantes que realizaram o Sumario de urina (1ª consulta)	4				
		Proporção de gestantes que realizaram o Sumario de urina (30ª semana)	4				
		Proporção de gestantes que realizaram o teste Anti-HIV com Aconselhamento (1ª consulta)	4				
		Proporção de gestantes que realizaram todos os exames recomendados	4				
		Proporção de gestantes que foram imunizadas contra o tétano	4				
		Índice de Implementação / Qualidade			48		

Quadro 11 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Conformidade.

Dimensão	Subdimensões	Indicadores	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	Grau de Qualidade
QUALIDADE	CONFORMIDADE	Proporção de gestantes que realizaram os exames ABO - RH	4		
		Proporção de gestantes que realizaram a sorologia para Hepatite B (HBsAg na 30ª semana)	4		
		Proporção de gestantes que realizaram a sorologia para toxoplasmose (IgM na 1ª consulta)	4		
		Proporção de gestantes que tiveram atividades educativas (individual e/ou grupo)	4		
		Proporção de mulheres que realizaram sua consulta puerperal	4		
		Proporção de Gestantes que foram identificadas pelo nome	4		
		Proporção de Gestantes que foram atendidas pelo mesmo profissional	4		
		Proporção de Gestantes que foram informadas sobre os procedimentos do pré-natal	4		
		Proporção de Gestantes que tiveram os procedimentos do seu pré-natal registrados no Prontuário e Cartão de gestante	4		
		Proporção de Gestantes que realizaram seu pré-natal com medico e enfermeira	4		
		Proporção de crianças que realizaram o teste do pezinho	4		
		Proporção de crianças cujas mães foram orientadas para amamentar	4		
		Proporção de crianças que foram vacinadas, quando necessário	4		
		Índice de Implementação / Qualidade			52

Quadro 12 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal. Subdimensão Qualidade Técnico Científica.

Dimensão	Subdimensões	Indicadores	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	Grau de Qualidade
QUALIDADE	QUALIDADE TÉCNICA-CIENTÍFICA	Proporção de Gestantes que foram classificadas quanto ao risco gestacional	4		
		Proporção de gestantes que tiveram seu estado nutricional avaliado	4		
		Proporção de gestantes que se sentiram a vontade para perguntar	4		
		Proporção de gestantes que entenderam o que foi dito nas praticas educativas	4		
		Proporção de Crianças que foram avaliadas globalmente	4		
	Índice de Implementação/Qualidade		20		

Observação: A proporção de gestantes que realizaram exame preventivo do câncer de colo uterino e a proporção de gestantes que realizaram exame preventivo do câncer de mamas não foi incluída na matriz de análise e julgamento por serem procedimentos que não se aplicam a todas as gestantes.

Quadro 13 - Matriz de julgamento, por subdimensão da avaliação de qualidade da atenção pré-natal.

Componente	Subdimensões	Σ Componente Esperado		Σ Componente Encontrado		Grau de Qualidade
		N	%	N	%	
Assistência Pré-natal	Disponibilidade	44	100			
	Oportunidade	48	100			
	Conformidade	52	100			
	Qualidade Técnica - Científica	20	100			
Σ Dimensões da Avaliação		164	100			

3.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sabe-se que os sistemas de informação em saúde apresentam limitações, em relação a fidedignidade dos dados e subregistro, porém representam ferramentas importantes para processos de monitoramento e avaliação.

A entrevista com os profissionais e principalmente com os gestores podem oferecer viés, pois existe a tendência de ocultar as deficiências dos serviços.

É importante tomar em conta o viés de seleção, ou seja, as mulheres que procuram os serviços e, principalmente, as que iniciam o pré-natal mais cedo são diferentes em aspectos importantes daquelas que não procuram os cuidados.

O curto período de coleta dos dados (40 dias), possibilitou entrevistar/coletar informação de apenas 30% das gestantes, segundo estimativas de cadastramento no PHPN (SISPRENATAL), nas USF estudadas, de janeiro ao mês de coleta (setembro 2010).

Apesar destas limitações acredita-se que o trabalho é válido para chamar a atenção de aspectos que possam estar interferindo na qualidade da assistência pré-natal da Atenção Básica, e para subsidiar futuros estudos. Portanto, os resultados deste estudo não permite generalizações, visto que refletem apenas a atenção pre-natal dispensada nas unidades de saúde selecionadas para o estudo.

3.11 DIFUSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente os resultados serão apresentados as USF participantes do estudo a fim de possibilitar a identificação das fragilidades e tomada de decisão.

Ao término da pesquisa seus achados serão difundidos de varias formas: (1) Inclusão no boletim de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Estado do Acre; (2) Apresentação ao conselho gestor do Tucumã; (3) Apresentação aos gerentes e profissionais envolvidos da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde; (4) Elaboração de artigo científico e

publicação em revista especializada; divulgação em congressos; (5) Divulgação na página web da SESACRE.

3.12 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 196, de 1996, os entrevistadores realizaram a leitura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” ao iniciar a abordagem dos participantes, que ao concordar em participar assinaram o referido termo, individualmente. O princípio de privacidade das informações foi garantido neste estudo, ou seja, a identidade das pessoas envolvidas foi preservada, proporcionando proteção da imagem e não estigmatização.

A pesquisadora principal compromete-se em manter em arquivo, sob sua guarda, pelo prazo mínimo de cinco anos, os dados da pesquisa – questionários respondidos, planilhas de dados e todos os demais documentos – conforme recomenda o Comitê de Ética em Pesquisas.

A proposta desta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisas da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. CAAE: 0190.0.031.000.09 e parecer de aprovação pelo referido Comitê, N ° 179/2009 (Anexo 1).

A utilização de dados do Sistema de Informação em Saúde do município de Rio Branco, se deu após obtenção do termo de concordância da gestão das Unidades de Saúde (Anexos 2 e 3).

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS GESTANTES DO ESTUDO

Neste momento sera descrito o perfil das mulheres incluídas no estudo, segundo idade, etnia, estado civil e situação conjugal. Para isso, utilizou-se dados primarios (entrevistas) e coletados nos prontuários e cartão do pre-natal dessas gestantes.

Na Tabela 3 pode-se observar que, quanto à faixa etária, a idade das mães variou de 15 a 39 anos. Média = 25 anos; Mediana = 24 anos; e DP = 6,7. Destaca-se que a grande maioria (40%) tinha entre 20 e 29 anos e que 23% eram adolescentes. Quanto a cor da pele, referida pela propria mulher em 77% das entrevistas, 53% são pardas. Somando-se as negras, verifica-se que as afro descendentes corresponderam 70% das participantes. No que tange ao estado conjugal, as entrevistadas em sua maioria (80%) se declararam unidas (casadas ou maritalmente estaveis), sendo todavia tambem maioria (63%) as solteiras.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres do estudo segundo características sociais. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primaria do município de Rio Branco - Acre, 2011.

Variáveis	Nº	%
Idade		
15-19 anos	7	23
20-29 anos	12	40
30-39 anos	11	37
Etnia		
Branca	6	20
Negra	6	20
Parda	16	53
Amarela	2	7
Estado Civil		
Solteira	19	63
Casada	11	37
Situação Conjugal		
Unida	24	80
Não unida	6	20
Total	30	100

As condições socioeconômicas das mulheres, e de suas famílias (Tabela 4), ficam evidentes nas informações de escolaridade, condições de renda familiar e pessoal. Essa última condição estimada indiretamente por meio das variáveis profissão e ocupação.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres do estudo segundo características econômicas. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.

Variáveis	Nº	%
Escolaridade		
1º Grau Incompleto (até 4ª série)	7	13
1º Grau (≥ 5ª série)	4	27
2º Grau (incompleto/completo)	18	57
Nível Superior	1	3
Renda Familiar		
Sem renda	1	3
Até 1 salário	10	34
Até 2 salários	12	40
De 3 a 5 salários	7	23
Profissão		
Nenhuma	20	67
Estudante	5	17
Manicure	2	7
Agente Administrativo	1	3
Consultora de Vendas	1	3
Técnica de Enfermagem	1	3
Ocupação		
Do lar	14	47
Estudante	5	17
Estagiária	1	3
Auxiliar doméstica	3	10
Auxiliar Serviços Gerais	2	7
Manicure	2	7
Agente Administrativo	1	3
Vendedora	1	3
Técnica de Enfermagem	1	3
Total	30	100

Pode-se observar que a maioria das entrevistadas (60%) tinham boa escolaridade (2º grau completo/incompleto ou mais). Todavia, 13% das mulheres tinham apenas cursado até a 4ª série do 1º grau. No que se refere à situação de renda familiar (somando renda de trabalho,

de aposentadoria ou de outras fontes), 74% das mulheres informaram que recebiam de um até dois salários mínimos, e disseram não possuir renda 3% das entrevistadas. Com relação a profissão / ocupação, 67% das mulheres declararam não possuir profissão, e portanto renda pessoal. Observando-se a variável “ocupação”, conclui-se que essas mulheres correspondem as que disseram ser “Do Lar (47%), Estudantes (17%) e Estagiarias (3%)”. Constata-se, a partir das informações acima descritas, a situação de pobreza em que vivem a maioria dessas mulheres e suas famílias, apesar de a maioria ter boa escolaridade. Neste estudo, o perfil socioeconômico das gestantes foi similar ao observado por outros autores em estudos conduzidos no setor público no Brasil^{49, 50, 51}.

4.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL RECEBIDA PELAS GESTANTES DO ESTUDO

Na tabela 5 observa-se que 67% das entrevistadas iniciaram seu pré-natal até a 16ª semana de gestação, iniciando após a 20ª semana 13% das gestantes. Quanto ao número de consultas, apenas 37% fizeram seis ou mais, e disseram ter realizado até três consultas 40% das entrevistadas. Demonstra-se, ainda, que apenas 43% das mulheres realizaram todos os exames de pré-natal preconizados pelo PHPN/MS; que 10% não foram testadas para a sífilis ao iniciar o pré-natal e que na 30ª semana tiveram acesso a este teste apenas 43% delas (redução de 52% na testagem). Essa informação não estava disponível em 30% dos casos. Pode-se observar também, que os testes para hepatite B e toxoplasmose foram solicitados em 83% dos casos, enquanto a sorologia para detecção do HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, foi realizada em apenas 40% das gestantes, refletindo, provavelmente, a dificuldade que tem os profissionais em realizar o aconselhamento pré e pós teste anti-HIV, optando em não realizar esse exame.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres do estudo segundo alguns indicadores de processo da atenção pré-natal. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.

Variáveis	Nº	%
Idade gestacional na 1ª consulta pré-natal		
Ate 16 semanas	20	67
17-20 semanas	6	20
21-28 semanas	4	13
Nº de consultas de pré-natal realizadas		
1-3 consultas	12	40
4-5 consultas	7	23
6 ou mais consultas	11	37
Todos os exames de laboratório realizados		
Sim	13	43
Não	17	57
VDRL realizado na 1ª consulta		
Sim	27	90
Não	3	10
VDRL realizado na 30ª semana		
Sim	13	43
Não	8	27
Teste anti-HIV realizado com aconselhamento pré e pós-teste		
Sim	12	40
Não	18	60
Sorologia para Hepatite B (realizado na 1ª consulta)		
Sim	25	83
Não	5	17
Sorologia para Toxoplasmose (IgM)		
Sim	25	83
Não	5	17
Total	30	100

Contudo, os resultados do presente estudo são melhores que os de um estudo de corte transversal realizado em Minas Gerais, onde somente 43% das mulheres compareceram a seis ou mais consultas pré-natais e apenas 3% realizaram a pesquisa de sífilis no 1º e 3º trimestre da gravidez⁵². O rastreamento universal da hepatite B e do HIV reduz significativamente a transmissão vertical desses vírus, que ocorre geralmente durante o parto (hepatite B)⁵³ e

principalmente nesse momento (65% dos casos) na infecção pelo HIV¹. No caso da sífilis, o diagnóstico e tratamento adequado da mãe, e seu parceiro, evita a infecção do concepto¹. No Brasil, a pesquisa de hepatite B durante a gravidez é recomendada, devendo ser realizada próxima a 30^a semana; o diagnóstico de HIV idealmente deve ocorrer no início do pré-natal; e a sífilis deve ser rastreada no 1^o e 3^o trimestre da gestação¹.

A assistência prestada às gestantes participantes deste estudo, continua sendo apresentada na Tabela 6 a seguir, onde pode-se constatar que 13% das mulheres não foram imunizadas contra o tétano, expondo-se, portanto, 13% dos recém-nascidos a essa infecção.

Para detectar o diabetes gestacional, recomenda-se que a glicemia de jejum seja repetida na 30^a semana de gestação¹, essa recomendação deixou de ser observada em 23% ou mais dos casos, tendo em vista a falta de informação em 30% dos prontuários (comparado ao percentual da 1^a consulta verifica-se redução na testagem de 52%).

A infecção urinária, apesar de ser um evento prevalente que poder causar ruptura de membranas/partos prematuros¹, deixou de ser investigada na 30^a semana de gestação em 27% ou mais dos casos. Essa informação também não estava disponível em 30% dos prontuários (redução de 54% na realização desse exame comparado ao percentual de realização na 1^a consulta).

Quanto a avaliação do estado nutricional e do risco gestacional (1^a consulta e subsequentes) verifica-se que não foi realizada, respectivamente, em 40% e 30% das gestantes e que as intercorrências/urgências não foram registradas no prontuário/cartão da gestante de 33% das mulheres.

E, para finalizar, têm-se na Tabela 7 dois exames que constam das recomendações do PHPN/MS embora não seja obrigatória sua realização durante a gestação – a mamografia e a colpocitologia oncótica –. A mamografia por representar radiação deve ser realizada em casos especiais, deixando-se sua realização para o pós-parto; e, o preventivo do câncer cervicouterino, que embora possa ser realizado durante a gestação, tem no pós-parto o melhor

momento. Isso justifica a realização desses exames em reduzida proporção de mulheres, respectivamente em 17% e 13% dos casos.

Tabela 6 - Distribuição das mulheres do estudo segundo alguns indicadores de processo da atenção pré-natal. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.

Variáveis	Nº	%
Classificação ABO-RH		
Sim	26	87
Não	3	10
Sem informação	1	3
HB / HC		
Sim	29	97
Não	1	3
Glicemia de jejum na 1ª consulta		
Sim	29	97
Não	1	3
Glicemia de jejum na 30ª semana		
Sim	14	47
Não	7	23
Sem informação	9	30
Urina Tipo I na 1ª consulta		
Sim	28	93
Não	2	7
Urina Tipo I na 30ª semana		
Sim	13	43
Não	8	27
Imunizada contra o Tétano		
Sim	26	87
Não	4	13
Avaliação do estado nutricional (1ª consulta e subseqüentes)		
Sim	18	60
Não	12	40
Classificação de risco Gestacional (1ª consulta e subseqüentes)		
Sim	21	70
Não	9	30
Registro Intercorrências/Urgências (prontuário/cartão Gestante)		
Sim	20	67
Não	10	33
Total	30	100

Tabela 7 - Distribuição das mulheres do estudo segundo alguns indicadores de processo da atenção pré-natal. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre.

Variáveis	Nº	%
Colpocitologia oncótica		
Sim	4	13
Não	26	87
Mamografia/Ultra-sonografia das mamas		
Sim	5	17
Não	25	83
Total	30	100

Tem-se na Tabela 8 algumas informações coletadas para avaliar aspectos relativos a humanização no pré-natal e nascimento.

Tabela 8 - Distribuição das mulheres do estudo segundo alguns indicadores para avaliação da humanização na atenção obstétrica. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.

Variáveis	Nº	%
Identificada pelo nome?		
Sim	30	100
Não	0	0
Atendida pelo mesmo profissional de saúde?		
Sim	15	50
Não	15	50
<u>Se Sim</u> , esse(s) profissional(is) foi(foram):		
Médico e enfermeira	1	3
Médico/enfermeira residentes	8	27
Enfermeira	1	3
Enfermeira residente	4	14
Enfermeira/enferm. residente	1	3
Não se aplica	15	50
Sentiu-se a vontade para falar e/ou perguntar:		
Sim	26	87
Não	4	13
Receberam informações sobre os procedimentos adotados:		
Sim	27	90
Não	3	10
Participaram de atividades educativas, em grupo ou individualmente:		
Sim	17	57
Não	13	43
<u>Se Sim</u> , entendeu o que foi dito:		
Sim	15	50
Não	2	7
Não se aplica	13	43
Total	30	100

Demonstra-se na Tabela 8 que quando inquiridas 100% das mulheres disseram que foram identificadas pelo nome, todavia, apenas 50% afirmaram ter sido atendida pelo(s) mesmo(s) profissional(is). O MS/PHPN recomenda que as consultas sejam feitas por médico e enfermeira¹, todavia, apenas 30% das entrevistadas disseram ter tido consulta com médico e 14% afirmaram ter sido atendidas só por enfermeiros residentes, ou seja, profissional em

treinamento. Constatou-se, ainda, que 13% das mulheres não sentiu-se a vontade para perguntar/falar e que 10% não recebeu informações sobre os procedimentos adotados. Também se pode observar que apenas 57% das gestantes participaram de atividades educativas e que 7% dessas mulheres disseram que não entenderam o que foi dito.

4.3 ASSISTÊNCIA FORNECIDA AOS RECÉM NASCIDOS DAS MÃES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo 11 entrevistadas eram puérperas, estando as informações relativas aos cuidados dispensados a essas mulheres e seus recém-nascidos na Tabela 9 abaixo, onde pode-se observar que a consulta puerperal não foi realizada por 45% das puérperas; e que um recém-nascido foi deixado sem avaliação quanto as condições de sua saúde; sem as vacinas recomendadas; e sem o teste do pezinho. As orientações sobre a amamentação foram ministradas para 100% das mães.

Tabela 9 - Distribuição das puérperas/recém-nascidos do estudo segundo alguns indicadores de processo da atenção pós-natal. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária do município de Rio Branco – Acre, 2011.

Variáveis	Nº	%
Consulta puerperal realizada		
Sim	6	55
Não	5	45
Aplicação das vacinas recomendadas		
Sim	10	91
Não	1	9
Avaliação global da criança		
Sim	10	91
Não	1	9
Orientação sobre amamentação		
Sim	11	100
Não	0	0
Realização do teste do pezinho		
Sim	10	91
Não	1	9
Total	11	100

4.4 INFORMAÇÕES GERADAS A PARTIR DA OBSERVAÇÃO DIRETA

Buscou-se com a observação direta evidenciar a disponibilidade de equipamentos e insumos para o pré-natal e as condições nas quais se realiza o atendimento as gestantes – ambiente da sala de espera e da consulta pré-natal –. As pontuações usadas para classificar foram as estabelecidas no Quadro 8, ou seja: *Ruim* (pontuação $\leq 39,9\%$), *regular* (pontuação de 40% a 59,9%), *satisfatoria* (pontuação de 60% a 79,9%) e *otima* ($\geq 80\%$). As consultas com médico e enfermeira recebem a pontuação 100%, as consultas apenas com médico 50% e as consultas apenas com enfermeira 50%.

Quanto a disponibilidade de equipamentos e insumos (quadro 14) constatou-se: condição *regular* nas três unidades de saúde avaliadas, no que se refere a disponibilidade de equipamentos básicos – tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança de adulto, mesa, foco, escadinha de dois degraus, sonar e fita métrica –; e condição *satisfatoria*, também nas três unidades de saúde avaliadas, no que diz respeito a disponibilidade, em quantidade suficiente, de materiais descartáveis – algodão, gaze, esparadrapo, agulhas, seringas, luvas, lençóis descartáveis, batas descartáveis, gel, etc. – e medicamentos – sulfato ferroso, ácido fólico, analgésicos, antipiréticos, antieméticos, antibióticos, etc. –. Quanto a vacina dt (dupla adulto), um dos serviços não dispunha de essa vacina.

Quanto as condições nos quais se realiza o atendimento às gestantes, foi classificado como *Ruim* o ambiente da sala de espera de duas unidades de saúde e *Regular* a outra unidade. As três unidades de saúde possuem o horário de abertura/funcionamento considerados adequados. Todavia, os três serviços não realizam acolhimento, nem atividades educativas. Também não havia recursos audiovisuais em nenhum desses serviços. Nos três serviços o tempo de espera máximo para o atendimento foi de quatro horas – *Adequado* –. As condições de espaço físico nos quais se realiza a consulta pre-natal foi classificado como *Regular* nas três Unidades Saude da Familia (USF) avaliadas. Contudo, dois dos três serviços oferecem condições de privacidade para a consulta. Com exceção de um médico e um enfermeiro, os demais profissionais cumprem a carga horaria de 40 horas semanais estipulada para cada categoria profissional, e o tempo de duração da consulta foi considerado *Adequado* (mínimo

de 30 minutos por paciente). Entretanto, nas três USF, durante todo o período de observação, as consultas foram realizadas pela enfermeira residente. Por se tratar de consultas com profissional em formação, sem preceptoria, essa condição foi classificada como *Ruim*.

A disponibilidade de equipamentos e insumos colocada na Matriz de Análise e Julgamento a seguir, permite a visualização dos resultados obtidos para cada um dos indicadores propostos na avaliação do pré-natal das três unidades da ESF da área de abrangência do CEFPSFJALL do município de Rio Branco/Acre:

Quadro 14 - Matriz de análise e julgamento da avaliação da qualidade da atenção pré-natal, subdimensão disponibilidade

Dimensão	Subdimensões	Indicadores	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	Grau de Qualidade
QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Proporção de unidades que dispõem de equipamentos básicos em condições adequadas	4	2 (50%)	Regular
		Proporção de unidades que dispõem de insumos em quantidade suficiente	4	3 (66%)	Boa
		Proporção de unidades que dispõem de recursos audiovisuais	4	1 (33%)	Ruim
		Condições de atendimento na sala de espera	4	1 (36%)	Ruim
		Horário de abertura e funcionamento da unidade	4	3 (75%)	Boa
		Realização de acolhimento e atividades educativas na sala de espera	4	1 (36%)	Ruim
		Tempo máximo de espera por atendimento	4	4 (90%)	Ótimo
		Condições do espaço físico onde se realiza a consulta pré-natal	4	2 (50%)	Regular
		Cumprimento da carga horária por parte dos profissionais enfermeiros e médicos	4	3 (65%)	Bom
		Duração adequada da consulta pré-natal	4	3 (75%)	Bom
		Tipo de profissional que realiza o pré-natal	4	1 (30%)	Ruim
		Índice de Implementação / Qualidade			44

No Quadro 15 adiante se tem os indicadores utilizados para classificar o atributo da qualidade OPORTUNIDADE – adequação/cobertura –, empregados para medir a proporção da população deste estudo que, de fato, se beneficiou.

Quadro 15 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal subdimensão oportunidade.

Dimensão	Subdimensões	Indicadores	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	Grau de Qualidade
QUALIDADE	OPORTUNIDADE	Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal até 16ª semana de gestação	4	3 (67%)	Bom
		Proporção de Gestantes que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal	4	1 (37%)	Ruim
		Proporção de gestantes que realizaram os exames Hemoglobina Hematócrito	4	4 (97%)	Ótimo
		Proporção de gestantes que realizaram a Glicemia de Jejum (1ª consulta)	4	4 (97%)	Ótimo
		Proporção de gestantes que realizaram a Glicemia de Jejum (30ª semana)	4	2 (47%)	Regular
		Proporção de gestantes que realizaram o VDRL (1ª consulta)	4	4 (90%)	Ótimo
		Proporção de gestantes que realizaram o VDRL (30ª semana)	4	2 (43%)	Regular
		Proporção de gestantes que realizaram o Sumario de urina (1ª consulta)	4	4 (93%)	Ótimo
		Proporção de gestantes que realizaram o Sumario de urina (30ª semana)	4	2 (43%)	Regular
		Proporção de gestantes que realizaram o teste Anti-HIV com Aconselhamento (1ª consulta)	4	2 (40%)	Regular
		Proporção de gestantes que realizaram todos os exames recomendados	4	2(43%)	Regular
		Proporção de gestantes que foram imunizadas contra o tétano	4	4 (87%)	Ótimo
		Índice de Implementação / Qualidade			48

Embora a pontuação adquirida nesta sub-dimensão da qualidade tenha sido *Satisfatória* é importante notar que seis dos 12 indicadores propostos obtiveram classificação *Regular* e *Ruim* (um indicador), estando entre esses exatamente os indicadores relativos à prevenção dos eventos considerados sentinela – sífilis e HIV –, e os que propiciam maior vigilância da gestante para evitar morbidade/mortalidade materna e do conceito – número de consultas e exames do 3º trimestre –.

No Quadro 16 a seguir têm-se os indicadores utilizados para classificar o atributo da qualidade CONFORMIDADE, empregados para verificar se alguns procedimentos foram realizados segundo as diretrizes do PHPN/MS.

Pode observar, que essa sub-dimensão da qualidade foi classificada, globalmente, como *Ótima*. Todavia, quatro dos 13 indicadores propostos obtiveram classificação *Regular* e *Ruim* (um indicador), estando entre esses, indicadores bastante relevantes, como: ter realizado o pré-natal com médicos e enfermeiros; ter sido atendida pelo mesmo profissional; ter participado de práticas educativas; e ter realizado consulta puerperal.

E no Quadro 17 adiante se tem os indicadores utilizados para classificar o atributo da qualidade, a QUALIDADE TECNICO-CIENTIFICA que requer tecnologia disponível e conhecimento apropriado do profissional de saúde.

A *qualidade técnico-científica* foi a sub-dimensão da qualidade que obteve melhor classificação, sendo considerada globalmente *Ótima*. Todavia, como se trata de serviços que cooperam com a formação de profissionais – médicos, enfermeiros e outros da área de saúde – é importante lembrar que se deve focar, antes de tudo, nas particularidades que apontam falhas de desempenho possibilitando assim suas correções.

Quadro 16 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal subdimensão conformidade.

Dimensão	Subdimensões	Indicadores	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	Grau de Qualidade
QUALIDADE	CONFORMIDADE	Proporção de gestantes que realizaram os exames ABO-RH	4	4(87%)	Ótimo
		Proporção de gestantes que realizaram a sorologia para Hepatite B (HBsAg na 1ª consulta)	4	4 (83%)	Ótimo
		Proporção de gestantes que realizaram a sorologia para toxoplasmose (IgM na 1ª consulta)	4	4(83%)	Ótimo
		Proporção de gestantes que tiveram atividades educativas (individual e/ou grupo)	4	2(57%)	Regular
		Proporção de mulheres que realizaram sua consulta puerperal	4	3(55%)	Regular
		Proporção de Gestantes que foram identificadas pelo nome	4	4(100%)	Ótimo
		Proporção de Gestantes que foram atendidas pelo mesmo profissional	4	2(50%)	Regular
		Proporção de Gestantes que foram informadas sobre os procedimentos do pré-natal	4	4(90%)	Ótimo
		Proporção de Gestantes que tiveram as intercorrências / urgências e procedimentos do seu pré-natal registrados no Prontuário e Cartão de gestante	4	3(67%)	Bom
		Proporção de Gestantes que realizaram seu pré-natal com médico e enfermeira	4	1(30%)	Ruim
		Proporção de crianças que realizaram o teste do pezinho	4	4(91%)	Ótimo
		Proporção de crianças cujas mães foram orientadas para amamentar	4	4(100%)	Ótimo
		Proporção de crianças que foram vacinadas, quando necessário	4	4(91%)	Ótimo
			Índice de Implementação / Qualidade	52	43(83%)

Quadro 17 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal subdimensão qualidade técnico – científica.

Dimensão	Subdimensões	Indicadores	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	Grau de Qualidade
QUALIDADE	QUALIDADE TECNICA-CIENTIFICA	Proporção de Gestantes que foram classificadas quanto ao risco gestacional	4	3(70%)	Boa
		Proporção de gestantes que tiveram seu estado nutricional avaliado	4	3(60%)	Boa
		Proporção de gestantes que se sentiram a vontade para perguntar	4	4(87%)	Ótima
		Proporção de gestantes que entenderam o que foi dito nas praticas educativas	4	4(88%)	Ótima
		Proporção de Crianças que foram avaliadas globalmente	4	4(91%)	Ótima
	Índice de Implementação/Qualidade		20	18(90%)	Ótima

Para finalizar, tem-se no Quadro 18 (Matriz de Julgamento) o somatório das subdimensões desta avaliação – disponibilidade, oportunidade, conformidade e qualidade técnico-científica –, e o Grau de Qualidade do Pré-Natal imputado ao desempenho global das três unidades da ESF da área de abrangência do CEFPSFCJALL, que segundo os parâmetros pactuados para este estudo foi considerada *Boa*.

Quadro 18 – Matriz de julgamento, por subdimensão da avaliação de qualidade da atenção pré- natal.

Componente	Subdimensões	Σ Componente Esperado		Σ Componente Encontrado		Grau de Qualidade
		N	%	N	%	
Assistência pré - natal	Disponibilidade	44	100	24	55	Regular
	Oportunidade	48	100	32	67	Boa
	Conformidade	52	100	43	83	Ótima
	Q. Técn.-Científica	20	100	18	90	Ótima
Σ Dimensões da Avaliação		164	100	117	73,7	Boa

CAPÍTULO 5: CONCLUSÕES

Embora os resultados encontrados neste estudo não possam ser generalizados para a população de gestantes da cidade de Rio Branco/AC, sua relevância se encontra no fato de refletir o atendimento prestado às gestantes/puérperas e recém-nascidos atendida(o)s nas USF da área de abrangência do CEFPSFCJALL, serviços que desempenham papel preponderante no Estado, na formação de profissionais – médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde – ou seja, as “falhas de desempenho” encontradas neste estudo transcendem seu local de ocorrência e, portanto, confere maior relevância ao fato.

Respaldando-se nesse importante aspecto, se faz necessário assinalar que, embora a assistência pré-natal realizada no CEFPSFCJALL tenha obtido, globalmente, desempenhos *Bom* na subdimensão oportunidade e *Ótimo* nas subdimensões conformidade e qualidade técnico-científica, obtendo desempenho *Regular* apenas na subdimensão disponibilidade, as atenções devem ser canalizadas para a pronta correção das falhas encontradas, em qualquer dessas subdimensões, identificadas com grau de qualidade *Ruim* ou *Regular*. Nesse contexto, pode ser citadas: elevada proporção de gestantes sendo atendidas apenas por estudantes; realizando cada consulta com diferente profissional; não tendo realizado exames recomendados no protocolo, especialmente o teste anti-HIV e os exames da 30ª semana de gravidez – sorologia para sífilis, glicemia de jejum e sumário de urina –; não tendo realizado o mínimo de seis consultas pré-natal; e puérperas sem atenderem a consulta pós-parto. Grau de qualidade *Ruim* ou *Regular* foi conferido, também, devido à falta de condições para as consultas de pré-natal, para as atividades educativas e nas salas de espera; e devido às condições inadequadas de equipamentos básicos, falta de insumos e etc. Algumas situações, embora não tenha sido evidenciada no computo global, merece destaque por se tratar de eventos inadmissíveis, como por exemplo: gestantes não avaliadas quanto às condições de risco gestacional e a falta de vacinas em uma USF. Ou seja, esses achados denunciam falhas graves, pois anulam as possibilidades de identificação de eventos considerados sentinelas e riscos passíveis de desfechos desfavoráveis à saúde de gestantes/puérperas e recém nascidos.

Este estudo também constatou a inobservância de observação sistemática (vigilância de pessoas) durante os períodos puerperal e neonatal – quase metade das puérperas entrevistadas não fizeram consulta puerperal e um recém nascido não foi avaliado quanto às condições de saúde, não recebeu vacinas e não teve o teste do pezinho realizado –. Extenso numero de trabalhos publicados na literatura científica apontam que a inobservância dessa diretriz pode culminar em agravos e complicações que resultam em morbimortalidade materna e infantil; Além do mais, por se tratar de um órgão formador, este estudo evidencia que, na pratica, não há repasse para os estudantes de que as complicações que culminam em morbimortalidade materna e infantil em sua maioria se dão, respectivamente, durante o período puerperal e neonatal, sendo por esse motivo mandatorio a inclusao dessa população de mães e crianças dentre as que demandam vigilância sistemática, a fim de facilitar o pronto diagnóstico/controlado de agravo(s). É importante pontuar que faz parte das atribuições da ESF o estabelecimento de vinculo com as usuárias, o desenvolvimento de ações de mobilização social, educação permanente em saúde, busca ativa de faltosas e etc.

Este estudo demonstrou, ainda, atitudes contrarias às recomendações de humanização no pré-natal e nascimento – constatou-se gestantes que durante as consultas não sentiu-se a vontade para perguntar/falar; que não receberam informações sobre os procedimentos adotados pelos profissionais que as assistiam; e, nas atividades educativas participaram apenas pouco mais da metade das gestantes, havendo dentre essas, mais de 10% que disseram não ter entendido o que foi dito –. Portanto, esses resultados apontam para a necessidade de reflexão por parte dos gestores e profissionais de saúde ligados ao CEFPSFCJALL, acerca da humanização da assistência pré- natal e da utilização de metodologias ativas nos processos de educação em saúde desenvolvidos com as gestantes e puérperas.

E para finalizar, pode-se dizer que os resultados obtidos neste estudo serão de grande utilidade para subsidiar intervenções, de gestão e da equipe local de saúde, dirigidas ao aprimoramento da qualidade da assistência oferecida no CEFPSFCJALL às gestantes/puérperas e recém-nascidos e, conseqüentemente, ao aprimoramento da formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde desse órgão formador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2005.
- ² Tanaka ACA. Mortalidade materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. *Jornal da Rede Saúde* 2000; 20:5-8.
- ³ Serruya SJ, Ceccatti JG, Lago TGO. O Panorama da Atenção Pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant* 2004 Jul; 4 (3): 269-279.
- ⁴ World Health Organization. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde; 10ª Revisão. CBCD, São Paulo; 1995.
- ⁵ World Health Organization; United Nations Children's Fund; United Nations Population Fund. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004.
- ⁶ Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad. Saúde Pública [periódicos na Internet]* 2006 Jan;22(1):173-179. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000100018&script=sci_abstract&tln_g=pt
- ⁷ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília, DF; 2009.
- ⁸ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [homepage na internet]. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [acesso em 20 ago 2009]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/odm/objetivo_5/.
- ⁹ Ramos JGL, Martins-Costa S, Vettorazzi Stucynski J, Brietzke E. Morte Materna em hospital terciário de Rio Grande do Sul – Brasil: Um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet [periódicos na Internet]*. 2003 Jul [acesso em 17 ago 2009];25(6): 431-436. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0100-72032003000600008&script=sci_arttext
- ¹⁰ Lautenti R, Mello JMHP, Gotlieb SLD, Luizaga CTM. Mortes Maternas: Revisão do fator de correção para os dados oficiais. *Epidemiol Serv Saúde [periódico na internet]*. 2010 Jan-Mar [acesso em 17 ago 2010];19(1):7-14 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_epi_vol19_n1.pdf
- ¹¹ Alencar JCA. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev. Bras. Ginecol. e Obstet. [periódico na internet]*. 2006 [acesso em 20 maio 2010];28(7):377-379. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n7/01.pdf>.

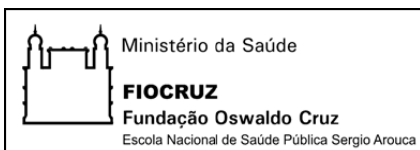
- ¹² Ceccatti JG. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife. 2005;5(1): 9-11.
- ¹³ Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da gestão do SUS, Painel de Indicadores de Saúde, Ano I nº 1. Brasília, DF; 2006.
- ¹⁴ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na Mortalidade Materna. Brasília, DF; 2006.
- ¹⁵ Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência Pré-natal: Manual de orientação. São Paulo, SP; 2001.
- ¹⁶ Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TGO. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(5):1281-1289.
- ¹⁷ Coutinho T. Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS em Juiz de Fora – MG: Análise do processo [Dissertação de Mestrado]. Juiz de Fora: Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro/Universidade Federal de Juiz de Fora; 2006.
- ¹⁸ Ribeiro F. Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-natal em quatro unidades do PSF do município de Manaus – AM. [dissertação de Mestrado]. Amazonas: Universidade Federal do Amazonas, 2004.
- ¹⁹ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF; 2000.
- ²⁰ Acre. Secretaria de Estado de Saúde .SISPRENATAL – Sistema de Informações do Pré-natal, base estadual. 2005 a 2009. [acesso em 20 jun 2010].
- ²¹ Banco de Dados do Sistema Único de Saúde [base de dados na internet]. Brasília.[acesso em 22 maio 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/C03b.htm>
- ²² Dias-Da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Brito MAP. Auditoria Médica: Programa de Pré-natal em posto de saúde na Região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2000 Ago [acesso em 25 Abr 2010];34(4):329-336. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n4/2528.pdf>
- ²³ Indicadores e dados básicos [homepage na internet]. Ministério da Saúde: Banco de dados do Sistema Único de Saúde; 2008 [atualizado em 20 maio 2010; acesso em 26 maio 2010] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/f06.pdf>.

- ²⁴ Coimbra LC et. al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal, Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2003 Ago [acesso em 20 Abr 2010];37(4):456-462. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000400010&script=sci_arttext
- ²⁵ Rio Branco. Secretaria Municipal de Saúde. SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos, base municipal. 2000 a 2008.[acesso em 10 ago 2010].
- ²⁶ Acre. Secretaria de Estado de Saúde .SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica, base estadual. 2007 a 2008. [acesso em 15 ago 2010].
- ²⁷ Moura ERF, Holanda F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida numa microrregião de saúde do Ceará Brasil. Cadernos de Saúde Pública [periódico na internet]. 2004 Dez [acesso em 30 Abr 2010];19(6):1791-1799.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600023
- ²⁸ Runstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. N. Engl J Med [Periódico na internet].1976[acesso em 10 fev 2011] 294: 582-588. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejm197603112941104>
- ²⁹ Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. HIV/Aids, Hepatites e outras DST. Brasília, DF; 2006.
- ³⁰ Acre. Secretaria de Estado de Saúde .SINAN - Sistema Nacional de Agravos de notificação, base estadual. 2007.[acesso em 10 ago 2010].
- ³¹ Acre. Secretaria de Estado de Saúde . SINAN - Sistema Nacional de Agravos de notificação, base estadual. 2000 a 2010. [acesso em 30 out 2010]
- ³² Ministério da Saúde. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília, DF; 2000.
- ³³ Contandriopoulos et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A. (organizadora). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas*. 1ª ed., p. 29-47. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 1997.
- ³⁴ Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Revista Brasileira Materno-Infantil.2004;4(3):317-321.
- ³⁵ Teixeira CF. Epidemiologia e planejamento de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. [Periódico na internet]1999 Dez[acesso em 10 Jun 2010];4(2):287-303.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200005&script=sci_arttext

- ³⁶ Donabedian A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. *J Farm Pract.*1982; 9:975-92.
- ³⁷ Vuori HA. A qualidade da saúde. *Cad. Ciência e Tecnologia.* 1991;1(3):17-25.
- ³⁸ Silveira DS, Santos IS, Costa JDS. Atenção pré-natal básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública* [Periódico na internet]2001 Fev[acesso em 20 Jun 2010]; 17:131-139. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000100013&script=sci_arttext
- ³⁹ Takeda SMP. Avaliação de Unidade de Atenção Primária: Modificação dos Indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Universidade Federal de Pelotas; 1993.
- ⁴⁰ Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine.*1990.114:1115-1118.
- ⁴¹ Samico I. et al. [Organizadores] Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.
- ⁴² Ministério da Saúde. Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa. Brasília, DF; 2005.
- ⁴³ Hartz ZMA, Vieira S. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador/RJ: Editora Fiocruz, 2005.
- ⁴⁴ Patton M.Q. Utilization-focused Evaluation: Process and Premises. In *Utilization-focused Evaluation: the new century text.* 3 ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1997.
- ⁴⁵ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde. Brasília, DF; 2005.
- ⁴⁶ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Informações para gestores e técnicos. Brasília, DF; 2002.
- ⁴⁷ Salomão DV. Como fazer uma monografia. 1991. 2ª Edição. São Paulo: Martins Fontes.
- ⁴⁸ Centro Estadual de Formação de Pessoas em Saúde da Família. Plano de Desenvolvimento da Unidade. Secretaria de Estado de Saúde. Acre; 2008.
- ⁴⁹ Feliciano KVO, Kovacs MH. Avaliação das ações de controle das DST/AIDS desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Recife, com ênfase em atenção especializada e pré-natal. Recife:Hucitec;1998.62-87.

- ⁵⁰ Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Esber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet [Periódico na internet] 2002 Jun [acesso em 10 Jun 2010];24(5):293-299. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n5/10650.pdf>
- ⁵¹ Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant[Periódico na internet] 2007 Set[acesso em 20 Jun 2010];7(3):309-317.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/10.pdf>
- ⁵² Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Pública. [periódico na internet].2004 [acesso em 20 dez 2010];16(3):168-175.Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892004000900003&script=sci_arttext.
- ⁵³ Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina pré-natal – parte 1. Rev Bras Ginecol Obstet. [periódico na internet].2009 [acesso em 20 nov 2010];31(3):148-155.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n3/a08v31n3.pdf>.

APÊNDICES



Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto “Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco – AC”. O nosso objetivo é avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias na Unidade Saúde da Família Mocinha Magalhães, Rui Lino e Jardim Primavera da área de abrangência do CEFPSF – Tucumã no município de Rio Branco – Acre.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de qualquer informação que permita identificá-la.

A sua participação envolve a autorização para a utilização de dados do seu prontuário clínico e do cartão da gestante, assim como, através de um questionário, que você deverá responder na unidade de saúde da família onde realiza seu acompanhamento pré-natal. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora no seu atendimento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para o CEFPSF – Tucumã e para todos os usuários potenciais deste estudo, podendo inclusive serem publicados posteriormente.

Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador principal por um prazo mínimo de cinco anos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Maria Estela Livelli Becker, no Departamento de Ensino e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Acre, telefone: (68) 3223 1504.

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos / RJ / CEP: 21041-210

Este projeto foi Aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura do Sujeito da pesquisa

Endereço: _____

Telefones de contato: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Rio Branco/Acre, ____ de _____ de 2011



Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Gestantes adolescentes)

A sua filha menor de idade ou menor sob sua responsabilidade, está sendo convidada a participar do projeto “Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco – AC”. O nosso objetivo é avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias na Unidade Saúde da Família Mocinha Magalhães, Rui Lino e Jardim Primavera da área de abrangência do CEFPSF – Tucumã no município de Rio Branco – Acre.

Tanto você quanto a gestante menor, sob sua responsabilidade, receberão todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de qualquer informação que permita identificá-la.

A participação da gestante menor, sob sua responsabilidade, requer a autorização para a utilização de dados do seu prontuário clínico, do cartão da gestante e de um questionário, que ela deverá responder sobre seu acompanhamento pré-natal na unidade de saúde da família. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a gestante menor, sob sua responsabilidade, pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo no seu atendimento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para o CEFPSF – Tucumã e para todos os usuários potenciais deste estudo, podendo inclusive serem publicados posteriormente.

Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador principal por um prazo mínimo de cinco anos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Maria Estela Livelli Becker, no Departamento de Ensino e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Acre, telefone: (68) 3223 1504.

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Mangueiras / RJ / CEP: 21041-210

Este projeto foi Aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura do Sujeito da pesquisa

Endereço _____

Telefones de contato: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Rio Branco/Acre, ____ de _____ de 2010.



Apêndice 3: Instrumento de Coleta 1

– ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA –

Pontuação: Ótima $\geq 80,0\%$; Satisfatória 60 – 79,9%; Regular 40,0 – 59,9%; Ruim $\leq 39,9$; Sim = 100% e Não = 0%; Consulta com medico e enfermeira = 100%; Apenas com medico = 75%; e Apenas com enfermeira = 25%.

Realização do Pré-natal, o que observar:

1. Na sala de espera

Condições nas quais se realizou o atendimento	
O espaço físico da sala de espera é adequado?	0 ___ Ruim 2 ___ Regular 3 ___ Satisfatório 4 ___ Ótimo
Horário de abertura da unidade / Horário de funcionamento para atendimento as gestantes é suficiente para atender a demanda?	1 ___ Sim 2 ___ Não
Foi realizado acolhimento da grávida?	1 ___ Sim 2 ___ Não
A sala de espera e aproveitada para atividades educativas?	1 ___ Sim 2 ___ Não
Se sim, possui recursos audiovisuais?	1 ___ Sim 2 ___ Não
O tempo de espera para o atendimento é adequado (Maximo de quatro horas)?	1 ___ Sim 2 ___ Não

2. Na consulta pré-natal

Condições nas quais se realizou o atendimento	
O espaço físico do consultório é adequado?	0 ___ Ruim 2 ___ Regular 3 ___ Satisfatório 4 ___ Ótimo
Os profissionais médicos cumprem seu horário contratual?	1 ___ Sim 2 ___ Não
Os profissionais enfermeiros cumprem seu horário contratual?	1 ___ Sim 2 ___ Não
O tempo de duração da consulta é adequado (mínimo de 20 minutos por gestante)?	1 ___ Sim 2 ___ Não
Que profissional realiza a consulta pré-natal?	1 ___ médico 2 ___ enfermeira 3 ___ médico e enfermeira 4 ___ enfermeiro residente
Há privacidade?	1 ___ Sim 2 ___ Não

3. Disponibilidade de equipamentos e insumos

Disponibilidade de equipamentos em condições de uso	
Disponibilidade dos seguintes equipamentos básicos? - tensiômetro; estetoscópio; termômetro; balança de adulto; mesa; foco; escadinha de dois degraus; sonar e fita métrica.	0 ___ Ruim 2 ___ Regular 3 ___ Satisfatório 4 ___ Ótimo
Disponibilidade de insumos em quantidade suficiente para atender a demanda? - Materiais descartáveis (algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva, lençóis descartáveis, batas descartáveis, gel, etc.) - Medicamentos (sulfato ferroso, ácido fólico, analgésicos, antipiréticos, antieméticos, antibióticos, etc.) - Vacina dT (dupla adulto)	0 ___ Ruim 2 ___ Regular 3 ___ Satisfatório 4 ___ Ótimo 0 ___ Ruim 2 ___ Regular 3 ___ Satisfatório 4 ___ Ótimo 1 ___ Sim 2 ___ Não



Apêndice 4: Instrumento de Coleta 2

– DADOS DO PRONTUÁRIO DA MULHER / ENTREVISTA –

I - CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E ECONOMICA DAS GESTANTES

1. USF: 1|___| USF A.

2|___| USF B.

3|___| USF C.

Prontuário: _____

2 - Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/_____

3 - Etnia/cor:

1|___| branca

4|___| amarela

2|___| negra

5|___| indígena

3|___| parda

99|___| ignorada/não referida

Informação obtida:

1 |___| referida pelo(a) paciente

2 |___| segundo o(a) revisor(a)

3 |___| segundo o Prontuário Médico

4. Estado Civil: 1|___| solteiro(a)

2 |___| casado(a)

3|___| viúvo(a)

4 |___| divorciado(a)/separado(a)

99 |___| ignorada

5 - Situação conjugal: 1|___| unida

2 |___| não unida

99 |___| ignorada

6 - Escolaridade:

1 |___| Analfabeta

6 |___| 2º grau (Ensino Médio) incompleto

2 |___| Ensino Fundamental

7 |___| 2º grau (Ensino Médio) completo

3 |___| 1º grau incompleto até 4ª série

8 |___| mais que 2º grau (Curso Técnico)

4 |___| 1º grau incompleto até 7ª série

9 |___| Ensino Superior

5 |___| 1º grau completo

99 |___| Ignorado / informação não disponível

7 - Renda familiar mensal (em salários mínimos) – inclui auxílio doença, pensão alimentícia, renda decorrente de trabalho informal, etc):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1 __ s/ renda (vive de ajuda de parentes e/ou amigos) | 5 __ até 4 salários |
| 2 __ até 1 salário | 6 __ até 5 salários |
| 3 __ até 2 salários | 7 __ mais de 5 salários |
| 4 __ até 3 salários | 99 __ Ignorado |

Especificar renda (em salários mínimos) **R\$** _____

8. Profissão: _____ Ocupação: _____

II - QUALIFICAÇÃO DO PRÉ - NATAL (PN)

9. Realizou PN? 1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| informação não disponível

10. Se Sim: Idade Gestacional por ocasião da 1ª consulta PN (em semanas) _____

Nº de consultas: _____ (Total);

No 1º trimestre _____; No 2º trimestre _____; No 3º trimestre _____

8. Que exames laboratoriais/procedimentos foram realizados durante o PN?

ABO-RH (1ª consulta) 1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

Hemoglobina/Hematocrito (1ª consulta) 1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

Glicemia de jejum (1ª consulta) 1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

(próximo a 20ª semana) 1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

VDRL (1ª consulta) 1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

(próximo a 30ª semana) 1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

Urina tipo I (1ª consulta) 1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

(próximo a 30ª semana) 1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

Oferta do teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste (1ª consulta)

1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

Sorologia para hepatite B (HBsAg), (de preferência próximo a 30ª semana ou na 1ª consulta)

1 |__| Sim 2 |__| Não 99 |__| sem informação

Sorologia para toxoplasmose (IgM) (se disponível, na 1ª consulta)

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

Imunização antitetânica (aplicação de vacina dupla tipo adulto ate a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas)

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento através do SISVAN (prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais)

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

Prevenção ou diagnostico precoce do câncer de colo uterino

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

Prevenção ou diagnostico precoce do câncer de mama

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

Classificação de risco gestacional (na 1ª consulta e nas subseqüentes) / **Atendimento as gestantes classificadas como de risco, garantindo o vinculo e o acesso a unidade de referencia para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado**

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive de intercorrências / urgências

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

Atenção ao recém-nascido na 1ª semana após o parto, com:

- **avaliação global da saúde da criança** 1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

- **realização do teste do pezinho** 1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

- **orientações sobre amamentação (> 95% dos casos) ou sobre alimentação com formula infantil para as crianças que não podem ser amamentadas** (crianças expostas ao HIV, ao HTLV e etc.)

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

- **aplicação de vacinas, se necessário** 1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

Consulta puerperal (atenção a mulher entre a 30ª e 42ª semanas pós-parto)

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| sem informação

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ – NATAL

9. Durante a gestação você foi identificada pelo nome?

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| não quer informar

10. Você foi atendida durante seu pré-natal pelo(s) mesmo(s) profissional(ais) de saúde?

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| não quer informar

Se Sim, esse(s) profissional(is) era(m): 1|___| Medico 2 |___| Enfermeira

3|___| Medico e Enfermeira 4|___| Enfermeira residente 99|___| não quer informar

11. Você e seus/suas acompanhantes sentiram-se à-vontade para falar e/ou perguntar, esclarecendo dúvidas?

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| não quer informar

12. Você e seus/suas acompanhantes foi/foram informada(o)s sobre os procedimentos que foram feitos/condutas adotadas durante o PN?

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| não quer informar

13. Durante o PN você participou de atividades educativas, em grupo ou individualmente?

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| não quer informar

Se Sim: você entendia o que era dito pela palestrante?

1|___| Sim 2 |___| Não 99|___| não quer informar

Agradeça a gestante por sua participação na pesquisa.

ANEXOS

Anexo 1: Parecer de Aprovação do CEP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 178/09
CAAE: 0190.0.031.000.09

Título do Projeto: “Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco - AC”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria Estela Livelli Becker

Orientadoras: Ana Lucia Vasconcelos e Elizete Duarte

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 23 / 09 / 2009

Data de apreciação: 07 /10 / 2009

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


M. Nascimento de Carvalho Reis
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

Anexo 2: Termo de Concordância

A Gerente Geral do Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família (CEFPSF) – Conselheiro Joseh Alexandre Leite Leitão (CJALL) da Secretaria Estadual de Saúde do Acre está de acordo com a realização, neste Centro, da Pesquisa “Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco – Acre”, de responsabilidade da pesquisadora Maria Estela Livelli Becker, cujo objetivo principal é avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às usuárias nas três Unidades Saúde da Família: Jardim Primavera, Rui Lino e Mocinha Magalhães da área de abrangência do CEFPSF – CJALL no município de Rio Branco – Acre, após aprovação pelos Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Trata-se de uma avaliação interna e formativa, com abordagem na utilização e focada no processo. Esta pesquisa será implementada mediante um estudo de caso, que utilizará: a) dados primários a partir de técnicas de observação direta e questionário semi-estruturado com perguntas fechadas e abertas às usuárias, abordando o perfil sócio-econômico das gestantes e b) dados secundários extraídos de documentos oficiais como o prontuário clínico, cartão da gestante e sistemas de informação SIAB, SISPRENATAL, SIM e SINASC.

Rio Branco/Acre, em 14 de Agosto de 2009

Rossana Patricia S. B. de Oliveira
Gerente Geral do CEFPSF – Tucumã

Maria Estela Livelli Becker
Pesquisadora responsável
Anexo 3: Termo de Anuência

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família – Conselheiro Joseh Alexandre Leite Leitão, apóia a execução do estudo para *“Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal na Estratégia Saúde da Família no município de Rio Branco - Acre”*, sob a coordenação da pesquisadora Maria Estela Livelli Becker, do Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família da Secretaria Estadual de Saúde do Acre - SESACRE.

O estudo faz parte das atividades para realização de mestrado profissional na área de Avaliação em Saúde e será desenvolvido na área de abrangência do Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família da Secretaria Estadual de Saúde do Acre e visa contribuir para a melhoria do programa no nível local.

Esta instituição declara-se coparticipante, e apoiará o desenvolvimento das atividades desse estudo na Unidade Saúde da Família Mocinha Magalhães, por meio das seguintes atividades: apoio operacional para execução do estudo, fornecimento de informações, disponibilização de pessoal para ser entrevistado.

Acrescentamos ainda que, autorizamos a divulgação dos achados do estudo, bem como a publicação da identificação da USF em revistas de saúde pública e eventos da mesma natureza.

Rio Branco/Acre, 17 de Julho de 2009.

Raumildo Costa Nunes
Coordenador da USF Mocinha Magalhães