

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Avaliação da implementação da Assistência Pré-Natal no município de Cuiabá: um estudo de caso”***

*por*

***Ingrid Botelho Saldanha Handell***

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

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly Marques da Cruz  
Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marina Atanaka dos Santos*

*Rio de Janeiro, dezembro de 2010.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Avaliação da implementação da Assistência Pré-Natal no município de Cuiabá: um estudo de caso”***

*apresentada por*

***Ingrid Botelho Saldanha Handell***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Moreira dos Santos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly Marques da Cruz – Orientadora principal

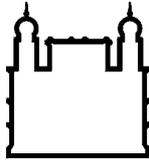
Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

H236 Handell, Ingrid Botelho Saldanha  
Avaliação da implementação da assistência pré-natal no município de Cuiabá:  
um estudo de caso. / Ingrid Botelho Saldanha Handell. - Brasília: s.n., 2010.  
120 f.; tab., graf.

Orientadores: Cruz, Marly Marques da; Santos, Marina Atanaka dos  
Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,  
Brasília, 2010.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Parto Humanizado. 3. Avaliação de Serviços de  
Saúde. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Programa Saúde da Família.  
6. Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 618.240981



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, 08 de dezembro de 2010.

---

Ingrid Botelho Saldanha Handell

CG/Fa

## **DEDICATÓRIA**

**“A todas as gestantes que, por intermédio de Deus,  
nos presenteiam com a continuidade da vida.”**

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida.

Aos meus filhos, Inácio e Alexandre, pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus pais, João e Luzia, pelas oportunidades que sempre me propiciaram, de crescimento moral, pessoal e intelectual manifestadas em mais esta etapa de vida vencida.

Ao Elder, pelo companheirismo e estímulo constante e pela paciência nos momentos de turbulência.

À Marly, minha orientadora, pela generosidade, competência e seriedade com que me transmitiu seus conhecimentos e pela paciência com que conduziu a orientação desta pesquisa.

À Marina, minha coorientadora, pelo carinho e apoio e por compartilhar este precioso momento de minha vida.

Aos professores e colegas do mestrado pelo esforço conjunto, pelas angústias e ansiedades.

À Secretaria de Estado de Saúde, na pessoa de Augustinho Moro, Secretário de Estado de Saúde da época.

Aos colegas da Superintendência de Políticas de Saúde, Carlos Henrique, Claudete, Hudson pelo apoio e por me auxiliar no desenrolar de algumas atividades acadêmicas.

À Secretaria Municipal de Saúde por abrir as portas das unidades de saúde da família para que o trabalho de campo pudesse ser realizado em todas suas fases.

À equipe das unidades de saúde analisadas pelo apoio e colaboração.

A todos os profissionais, técnicos da SES que participaram do consenso, pelas horas de esforço.

Às amigas Cristina e Norma, pelos muitos momentos de troca.

Aos professores da banca de defesa: Ana Lúcia Ribeiro Vasconcelos, Elizabeth Moreira dos Santos, Sônia Bittencourt e Maria Angélica Spinelli pelas contribuições apresentadas .

## **EPÍGRAFE**

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.”

Augusto Curi.

## RESUMO

O estudo tem por objetivo avaliar a implementação da assistência pré-natal oferecida às gestantes assistidas em duas Unidades de Saúde da Família, do município de Cuiabá/MT, segundo as normas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). O propósito desta pesquisa é verificar se as ações utilizadas na atenção pré-natal estão em conformidade com as normas preconizadas pelo PHPN/MS, além de descrever, analisar e estimar o grau de implementação da atenção pré-natal oferecida às gestantes, com base no Modelo Lógico do Programa. A estratégia metodológica adotada foi o estudo de caso, numa abordagem de avaliação de insumos e atividades, de caráter normativo e formativo, focada na utilização, em duas Unidades de Saúde da Família, selecionadas por técnica de consenso mediante critérios definidos previamente. A coleta de dados se deu por meio de triangulação de métodos através de: observação direta, questionário com direção da atenção básica do município, com os responsáveis e profissionais das unidades de saúde selecionadas, análise dos prontuários, verificação do posto de coleta laboratorial, verificação da farmácia e a análise documental. As categorias de análise e de julgamento correspondem à dimensão conformidade e subdimensões: disponibilidade, oportunidade, qualidade técnico-científica e adequação. O estudo comparativo mostrou que apesar de considerarmos os esforços dos dois casos em fornecer uma consulta de pré-natal de qualidade, o caso I tem estratégias mais apropriadas para promover qualidade na assistência do que o caso II, por ter mais preparo dos profissionais. Com relação aos insumos e às atividades, os níveis de implementação foram considerados parcialmente implementados. O que se tentou evidenciar com o estudo é que para se ter um pré-natal de qualidade implica em mudanças de ordem estrutural e organizacional. Ficou claro que aspectos ligados a disponibilização de insumos (protocolos clínicos e recursos visuais) e as atividades (registro em prontuário, captação precoce da gestante e oferta de 6 ou mais consultas de pré-natal e de puerpério) não estão sendo realizados em conformidade com o PHPN. Além disso, faz-se necessário estimular a cultura do monitoramento e avaliação como uma potente ferramenta para a produção de informações úteis na tomada de decisão e conseqüentemente na melhoria da qualidade do programa. Portanto este estudo aponta como uma das estratégias a serem adotadas, a capacitação sistemática para as equipes locais, considerando-se a alta rotatividade e a reduzida disponibilidade de horários dos profissionais de saúde. Para além disso reforça-se a necessidade de uma contínua e sistemática sensibilização junto aos profissionais de saúde, considerando que normalmente há uma longa distância entre a compreensão da importância

de realização de algum procedimento e a efetiva incorporação dessa prática de forma rotineira.

Palavras-chave: Avaliação de programas, Avaliação de implementação, Conformidade, Pré-Natal

## ABSTRACT

The study aims at evaluating the implementation of prenatal assistance offered to the pregnant women attended in two Family Health Units in the city of Cuiabá/MT, according to the Prenatal and Birth Humanization Program (PHPN in Portuguese) standards. The purpose of this research is to verify if the strategies used in the prenatal attention are in agreement with the standards recommended by the Prenatal and Birth Humanization Program (PHPN/MS in Portuguese), besides describing, analyzing and estimating the degree of implementation of the prenatal attention given to the pregnant women, based on the Logical Model of the Program (MLP in Portuguese). The methodological strategy adopted was the case study, under an approach of evaluation of inputs and activities, of normative and formative character, focused on the use, in two Family Health Units, selected by consensus technique through previously defined criteria. The data collection happened through triangulation of methods including: direct observation, questionnaire with the directors of the city's basic health assistance, questionnaire with those who are responsible for the units and professionals, handbooks' analysis, verification of the laboratory collection post, verification of the drugstore and documental analysis. The analysis and judgment categories correspond to the conformity dimension and subdimensions: availability, opportunity, scientific technical quality and adaptation. The comparative study showed that in spite of considering the efforts of both cases in providing a quality prenatal consultation, Case I has more appropriate strategies to guarantee that quality than Case II, because the professionals are better qualified. Concerning the opportunity of the activities, the implementation levels were considered partially done. The study tried to emphasize that having a quality prenatal implies structural and organizational changes. It was clear that the aspects linked to the input availability (clinical protocols and visual aids) and the activities (handbook registration, early admission of the pregnant woman and the offer of 6 or more prenatal and puerperium consultations) have not been accomplished according to PHPN. Besides, it is necessary to encourage the monitoring and evaluation culture as a powerful tool to produce useful information in the decision making and consequently in the improvement of the program quality. Therefore this study points out the systematic training for the local teams as one of the strategies to be adopted, considering the high turnover and the reduced availability of time of the health team members. The necessity of a continuous and systematic awareness among health professionals is also reinforced, considering that there is usually a long distance between the understanding of the accomplishment importance of some procedure and the effective incorporation of that practice as a routine.

Key Words: Evaluation of Programs, Implementation Evaluation, Conformity, Prenatal

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AB – Atenção Básica
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
- ESP/MT – Escola de Saúde Pública de Mato Grosso
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMC – Índice de Massa Corporal
- MS – Ministério da Saúde
- MLP – Modelo Lógico do Programa
- NOAS – Norma Operacional da Assistência em Saúde
- NV – Nascidos Vivos
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher
- PA – Pressão Arterial
- PAB – Piso de Atenção Básica
- PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
- PSF – Programa de Saúde da Família
- USF – Unidade Saúde da Família
- SES – Secretaria Estadual de Saúde
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
- SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
- SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde

## ÍNDICE DE QUADROS, FIGURAS, GRÁFICOS E APÊNDICES

### QUADROS

Quadro 01 - Quadro de Interessados Potenciais na Avaliação.....	30
Quadro 02 – Distribuição dos Instrumentos Aplicados na Pesquisa.....	38
Quadro 03 – Padrões Estipulados para Pontuação dos Indicadores.....	43
Quadro 04 - Matriz de Informação Componente Estrutural Insumo.....	44
Quadro 05- Matriz de Informação Componente Estrutural Atividade.....	45
Quadro 06 - Matriz de Relevância Componente Estrutural Insumo.....	47
Quadro 07 – Matriz de Relevância Componente Estrutural Atividade.....	47
Quadro 08 – Parâmetros para Classificação do Grau de Implementação.....	48
Quadro 09 – Matriz de Análise e Julgamento, Componente Estrutural Insumo, Cuiabá, 2010...	49
Quadro 10 – Matriz de Análise e Julgamento, Componente Estrutural Atividade, Cuiabá, 2010	50
Quadro 11 – Matriz de Análise e Julgamento, Componente Estrutural Insumo, Cuiabá, 2010....	56
Quadro 12 – Análise dos Indicadores da Subdimensão Disponibilidade, Componente Estrutural Insumo, Casos I e II, Cuiabá, 2009.....	59
Quadro 13 - Matriz de Análise e Julgamento, Componente Estrutural Atividade, Cuiabá, 2010.....	62
Quadro 14 – Análise dos Indicadores da Subdimensão Oportunidade, Componente Estrutural Atividade, Casos I e II, 2009.....	64
Quadro 15 – Análise dos Indicadores da Subdimensão Qualidade Técnico-Científica, Componente Estrutural Atividade, Casos I e II, 2009.....	67
Quadro 16 – Perfil das Gestantes de acordo com a Revisão de Prontuários em duas Unidades de Saúde da Família, Cuiabá/MT, 2009.....	73
Quadro 17 - Gastos com Atenção Básica Cuiabá/MT, 2008 e 2009, financiado pelo MS, SES/MT e SMS.....	74
Quadro 18 – Percentual de Gasto com Atenção Básica, Região Centro-Oeste, 2008 e 2009.....	75
Quadro 19 – Grau de Implementação dos Insumos.....	79
Quadro 20 – Grau de Implementação das Atividades.....	80

## FIGURAS

Figura 01 Proporção (%) de Nascidos Vivos de Mães com mais de 7 Consultas de Pré-Natal em Cuiabá, Regional e Mato Grosso 2000 a 2008.....	4
Figura 02 Razão de Mortalidade Materna de Cuiabá, Regional e Mato Grosso, 2000 a 2008...	5
Figura 03 Modelo de Implementação do Programa da Assistência Pré-Natal.....	10
Figura 04 Modelo Lógico do Programa.....	12

## GRÁFICO

Gráfico 01 Grau de Implementação dos Insumos, segundo a Subdimensão Disponibilidade, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.....	59
Gráfico 02 Grau de Implementação dos Insumos, segundo a Subdimensão Qualidade Técnico-Científica, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.....	60
Gráfico 03 Grau de Implementação dos Insumos, segundo a subdimensão adequação, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.....	60
Gráfico 04 Grau de Implementação da Atividade Proporção de Gestantes com Registro de Resultados de Exames, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.....	65
Gráfico 05 Grau de Implementação das Atividades, segundo a Subdimensão Oportunidade, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.....	66
Gráfico 06 Grau de Implementação das Atividades, segundo a Subdimensão Qualidade Técnico-Científica, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.....	67
Gráfico 07 Grau de Implementação das Atividades, segundo a Subdimensão Adequação, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.....	68
Gráfico 08 Grau de Implementação da Assistência Pré-Natal segundo Componentes Estruturais e Dimensões da Conformidade. Caso I.....	71
Gráfico 09 Grau de Implementação da Assistência Pré-Natal segundo Componentes Estruturais e Dimensões da Conformidade. Caso II.....	71

**APÊNDICES**

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92
Apêndice B: Termo de Responsabilidade e Sigilo para Gestante.....	94
Apêndice C: Termo de Responsabilidade e Sigilo para Responsável pela Unidade.....	96
Apêndice D: Roteiro Análise Prontuário.....	98
Apêndice E: Questionário com o Responsável pela Unidade de Saúde da Família.....	101
Apêndice F: Questionário com o Profissional da Unidade de Saúde da Família.....	107
Apêndice G: Questionário com a Direção da Atenção Básica.....	111
Apêndice H: Roteiro de Observação Direta Institucional.....	114
Apêndice I: Roteiro de Verificação da Farmácia.....	117
Apêndice J: Roteiro de Verificação do Laboratório.....	119

## SUMÁRIO

<b>I –INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Situação Problema.....	3
1.2 Justificativa.....	7
1.3 Pressuposto Teórico.....	9
<b>2- MODELO LÓGICO DO PROGRAMA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Modelo Lógico do Programa Assistência Pré-Natal.....	10
2.2 Componente Estrutural Insumo.....	19
2.3 Componente Estrutural Atividade.....	20
<b>3- CONTEXTOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....</b>	<b>22</b>
3.1 Contexto Político -Organizacional.....	22
3.2 Contexto Externo.....	27
<b>4- OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
4.1 Objetivo Geral.....	28
4.2 Objetivos Específicos.....	28
<b>5- MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO.....</b>	<b>28</b>
5.1 Pergunta Avaliativa.....	28
5.2 Interessados Potenciais na Avaliação.....	28
5.3 Desenho da Avaliação.....	30
5.4 Aspectos Conceituais da Avaliação de Programas.....	31
5.5 Material e Método.....	34
5.6 Seleção de Casos.....	36
5.7 Instrumentos de Coleta de Dados.....	37
5.8 Dimensão da Avaliação.....	40
5.9 Análise de Dados e Julgamento.....	42
5.9.1 Matriz de Informação.....	42
5.9.2 Matriz de Relevância.....	46
5.9.3 Matriz de Análise e Julgamento.....	47
<b>6- ESTRATÉGIA DE DIFUSÃO DOS ACHADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>7- RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>51</b>
7.1 Caracterização das Unidades, Direção Atenção Básica, Responsável pela Unidade, Profissionais de Saúde e Prontuários.....	51
7.2 Caracterização do Grau de Implementação da Assistência Pré-Natal.....	55

7.2.1 Componente Estrutural Insumo.....	56
7.2.2 Componente Estrutural Atividade.....	61
7.3- Estudo dos Fatores que influenciam no Grau de Implementação para o Programa Assistência Pré-Natal.....	72
<b>8- LIÇÕES APRENDIDAS.....</b>	<b>75</b>
8.1- Recomendações para o Programa de Implementação da Assistência Pré-Natal.....	75
8.2- Considerações Finais.....	77
<b>9- BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>91</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde materna é ainda um tema de grande relevância nacional e internacional no campo da saúde pública e dos direitos sexuais e reprodutivos. No Brasil, a qualidade da atenção à mulher na gestação e no parto, ainda é um desafio para a assistência e, para as mulheres, a busca por serviços de saúde continua expressando discriminação e frustrações. Assim, a humanização e a qualidade da atenção surgem, enquanto componentes essenciais, para nortear os programas de atenção à saúde da mulher e promover o reconhecimento e o respeito aos direitos humanos das mulheres, dentro de marco ético que garanta a saúde integral e o bem-estar (BRASIL, 2003).

Na área de assistência à saúde da mulher, o desejo de mudança na qualidade e na humanização do atendimento foi manifestado, na década de 1980, pelo movimento feminista com a reivindicação pela “humanização da assistência à gravidez e ao parto” e com o questionamento ao modelo médico que “trata o parto como um evento patológico e arriscado, que utiliza tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa” (DINIZ e CHACHAN, 2002).

De acordo com Osis (1998), até o início da década de 1980, a atenção à saúde da mulher no Brasil traduzia-se apenas pela preocupação em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social. Nessa mesma década, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), considerada como primeira política pública de saúde que aponta, entre outros aspectos, para a questão de humanização da assistência ao parto. Segundo Osis (1998), o PAISM chega para ampliar a visão ao buscar a superação da atenção à saúde da mulher restrita às demandas da gravidez e do parto e do seu papel limitado à maternidade e à vida doméstica.

A pesquisa realizada por Pirotta (2008) expõe que quando surgiu o PAISM, havia um grande descontentamento com o modelo assistencial vigente, caracterizado pelo excesso de intervenção no parto e pelas crescentes taxas de cesáreas. Esse estudo enfatiza que a formulação do PAISM rompeu com a lógica de atendimento as mulheres só durante a gestação e parto, ficando desamparadas na maior parte de suas vidas. Para essas autoras, esse programa incorporou como princípios: a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços, além da integralidade e equidade da atenção.

O Ministério da Saúde (MS), apesar de reconhecer os avanços que ocorreram após formulação do PAISM, verificou que muitas questões ainda precisavam ser enfrentadas, tais como: a dificuldade de acesso ao pré-natal pelas mulheres das zonas rurais ou de menor escolaridade; a baixa cobertura da taxa de captação precoce da gestante; a hipertensão na gravidez como a principal causa de morte materna e a ausência de atenção ao puerpério, agravado ainda pela ausência de práticas humanizadas durante a gestação e o parto (PIROTTA, 2008).

Em 2000, o MS lança o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade materna e infantil (componente neonatal). Este Programa visa acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, por meio do cumprimento de um conjunto de procedimentos para prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental da mulher a uma maternidade segura (PIROTTA, 2008).

Na visão de Koffman e Bonadio (2005), a assistência pré-natal de qualidade é fundamental para redução das mortalidades materna e perinatal, e para garantir essa assistência adequada é necessário prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem-estar da gestante e seu conceito. Para tal é importante, orientar a gestante para evitar problemas específicos da gestação, do parto e puerpério, ou mesmo aqueles inerentes aos cuidados imediatos ao recém-nascido.

No Brasil, observa-se uma realidade cuja cobertura adequada do pré-natal, por si só, não garante bons resultados na redução das mortalidades materna e neonatal precoce. Esta situação traduz a ineficiência dos serviços de saúde para garantir um atendimento adequado, traduzido não apenas no número de consultas, mas também no conteúdo do atendimento oferecido (KOFFMAN e BONADIO, 2005).

Partindo de reflexões semelhantes, Coutinho *et al* (2003) relata que no Brasil, índices preocupantes de mortalidade materna e neonatal precoce têm motivado o surgimento de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, essas políticas têm se fundamentado, principalmente, no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal, relegando a um segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo das consultas que poderia retratar com maior fidelidade o processo do atendimento. Com base no exposto, consideramos importante avaliar o processo de atendimento, traçar recomendações que sejam incorporadas às diretrizes a fim de otimizar os serviços e garantir uma assistência de qualidade.

### **1.1. Situação Problema**

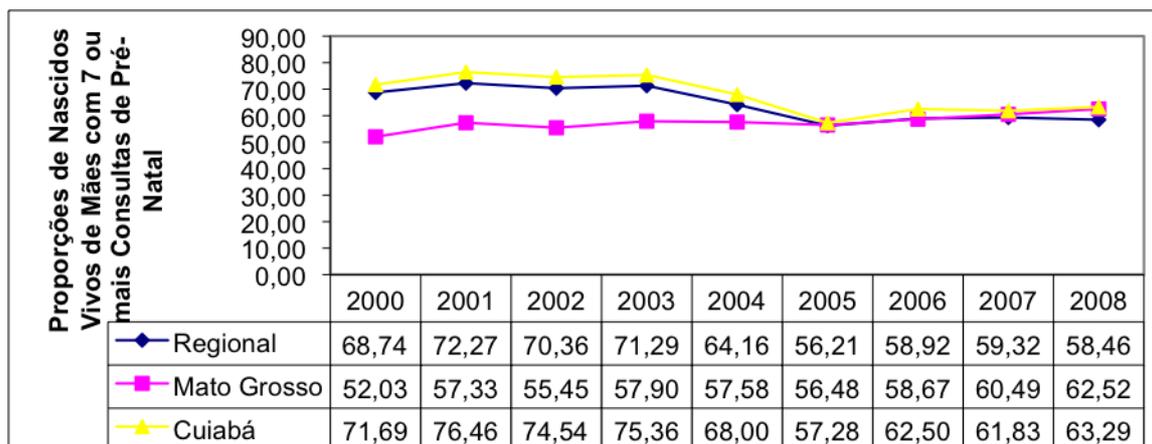
O objetivo primário da assistência pré-natal é preservar a vida materna e do concepto visto que dois eventos estão intimamente ligados a esse tipo de atenção: a morte materna e a morte neonatal precoce. No Brasil, com a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, observou-se um pequeno aumento na proporção de nascidos vivos cujas mães haviam realizado mais de 7 consultas de pré-natal. Em 2000, em cada 100 nascidos vivos, 43,71% de mães realizaram mais de 7 consultas de pré-natal, enquanto que em 2006 este percentual subiu para 55,38% (BRASIL, 2010).

Em Mato Grosso a proporção de nascidos vivos de mães com mais de 7 consultas obteve um incremento, saindo de 52,03% em 2000 e chegando em 2008 com 62,52% (MATO GROSSO, 2009). Observou-se, portanto, que tanto na média do Brasil como na média de Mato Grosso, houve um incremento de 26,70% e 20,16%, respectivamente, desse indicador.

Na Regional Baixada Cuiabana, a qual o município de Cuiabá faz parte, observou-se para os anos de 2000 e 2008 índices de 68,74% e 58,46%, respectivamente, demonstrando-se, portanto, redução da proporção de mulheres com esse número de consultas. Em Cuiabá, esse indicador acompanhou o resultado da regional, pois também apresentou uma redução da proporção de mulheres com mais de 7 consultas de pré-natal, caindo de 71,69% em 2000, para 63,29% em 2008, conforme figura 01 (MATO GROSSO, 2009).

Observou-se que, tanto para os resultados da média da Regional como do município de Cuiabá, houve uma redução, de 13,70% e 11,72% respectivamente, de gestantes que realizaram mais de 7 consultas de pré-natal. Ao comparar esses resultados com os resultados do Brasil e do Mato Grosso observou-se que os coeficientes tanto do município como da Regional Baixada Cuiabana não estão acompanhando a média nacional e estadual, uma vez que ocorreu redução na cobertura de mais de 7 consultas de pré-natal. Esses achados podem estar caracterizando a chegada mais tardia ao pré-natal.

**Figura 1:** Proporção (%) de Nascidos Vivos de Mães com mais de 7 Consultas de Pré-Natal em Cuiabá, Regional e Mato Grosso 2000 a 2008.



Fonte: SES/MT, 2009

Entretanto, apesar dos números de consultas de pré-natal apresentados estarem próximos dos recomendados, a razão de mortalidade materna no Brasil e em Mato Grosso é considerada ainda muito alta.

*Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2007).*

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), a razão de mortalidade materna aceitável seria de até 20/100.000 nascidos vivos (NV). No Brasil em 2006 a razão de mortalidade materna (corrigida) foi de 77,2/100.000 NV, isto é, 286% acima do aceitável. Os maiores valores encontrados foram nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e o menor na região Sudeste. As causas de morte predominantes foram as obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas (BRASIL, 2007).

Em 1990, segundo a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Todavia, apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (BRASIL, 2007). A diferença entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica mais evidente ao verificar que o Canadá e os Estados Unidos apresentaram, no ano de 2003, valores inferiores a 9 óbitos maternos para 100.000 NV e em países como a Bolívia, o Peru e o Haiti, no mesmo período,

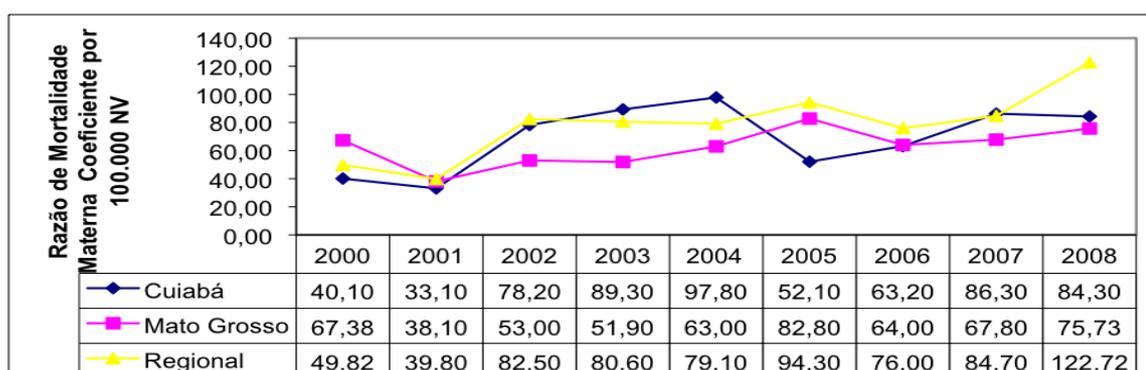
chegaram a mais de 200 óbitos. Isso pode demonstrar que a morte materna pode ser um indicador de decisão política de garantir a saúde a esta parcela da população (BRASIL, 2007).

No Brasil, a razão de mortalidade materna tem se mantido muito elevada, e em tendência crescente, tendo sido 52,4/100.000 NV em 2000 e 77,2/100.000 NV em 2006 (BRASIL, 2010). Em Mato Grosso, também tem se mostrado muito elevada, tendo sido 67,38/100.000 NV em 2000 e 75,73/100.000 NV em 2008. A regional em que o município de Cuiabá está inserido apresentou em 2000, uma razão de morte materna de 49,82/100.000 NV, elevando-se em 2008 para 122,72/100.000 NV. O município de Cuiabá acompanhou esta elevação, apresentando, no mesmo período, uma razão de 40,10/100.000 NV em 2000 e 84,29/100.000 NV em 2008, conforme se pode observar na figura 02 (MATO GROSSO, 2009).

Como a razão de mortalidade materna em Cuiabá, apresentada em 2008, foi mais de 50% da observada em 2000, pode-se atribuir ao progressivo aumento na notificação dos casos, fazendo com que a média estabelecida para o período aumentasse, apesar de ainda não refletir a magnitude do problema.

Dessa forma, o coeficiente elevado da mortalidade materna apontou para a necessidade de investigação do processo do cuidado prestado às gestantes em Cuiabá.

**Figura 2:** Razão de Mortalidade Materna de Cuiabá, Regional e Mato Grosso, 2000 a 2008.



Fonte: SES-MT. SIM. SINASC

Quanto às causas de morte materna, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), aproximadamente 20% foram relacionadas às síndromes hipertensivas. Para Serruya *et al* (2004b), entre as principais causas de morte materna destacam-se as relacionadas à hipertensão gestacional, seguida pela hemorragia e infecções. Sabe-se que, para a redução dos riscos da hipertensão gestacional, o uso de uma técnica muito

simples e de baixíssimo custo como a aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal, detectaria precocemente o agravo e reduziria as consequências tardias, como a mortalidade materna (SERRUYA *et al*, 2004b).

Além da hipertensão gestacional, hemorragia e infecções como causas, outros fatores podem estar envolvidos na ocorrência da mortalidade materna, como multiparidade, idades extremas, baixo peso e baixa estatura, história de complicações em gestações anteriores, doenças pré-existentes (especialmente diabetes e hipertensão), más condições de vida (THEME-FILHA *et al*, 1999). Já dentre os fatores externos, destaca-se a baixa escolaridade, uma vez que esse está associado ao início tardio do acompanhamento pré-natal, à dificuldade de adesão às recomendações e ao número insuficiente de consultas de pré-natal, bem como ao baixo peso ao nascer, à multiparidade, à hipertensão arterial, à sífilis, ao baixo ganho de peso, à anemia e à gravidez em idade abaixo de 18 e acima de 35 anos, entre outros (BRASIL, 2006b).

O início precoce do pré-natal, a sua regularidade e uma qualidade adequada das consultas, conforme preconiza o Ministério da Saúde, permitem, efetivamente, detectar e tratar as complicações antes que elas se tornem mais graves. Considerando que a razão de mortalidade materna aceitável pela OMS é de até 20/100.000 nascidos vivos (NV), estima-se que o óbito materno no Brasil reduziria em mais de 200% (considerando-se dados de 2006) se as gestantes/parturientes recebessem atenção adequada e oportuna.

Outro fator importante é o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) que, segundo Duarte (2007), tem sido utilizado como um bom indicador das condições de vida. Ele reflete o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população: os menores de um ano. Esse coeficiente é definido pelo número de óbitos de menores de um ano de idade por cada mil nascidos vivos. Valores altos refletem, em geral, níveis precários de saúde, de condições de vida e de desenvolvimento sócio-econômico.

De acordo com Duarte (2007) a mortalidade infantil apresenta relações já bem estabelecidas na literatura com uma série de fatores como idade da mãe, prematuridade, baixo peso ao nascer, existência dos serviços de saúde e da acessibilidade da população a eles, saneamento básico adequado, moradia, trabalho, renda, nível de informação, proteção social etc. Para entender o processo saúde-doença por meio da mortalidade infantil, esta pode ser avaliada, também, pelos seus componentes: neonatal (óbitos de crianças durante os primeiros 28 dias de vida em cada mil nascidos vivos) e pós-neonatal (óbitos ocorridos entre o 29º dia

de vida até 11 meses e 29 dias de idade, por cada mil nascidos vivos). O componente neonatal pode ser dividido ainda em precoce (0 a 6 dias) e tardio (7 a 27 dias).

Conforme Duarte (2007), no Brasil a redução da mortalidade neonatal tem sido mais difícil e lenta do que a da mortalidade pós-neonatal, pois esta última é mais suscetível às melhorias globais da condição de vida e às intervenções do setor de saúde.

Utilizando os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), verificou-se que no Brasil em 2000 o coeficiente de mortalidade infantil foi de 27,4/1000 NV e em 2006 foi de 20,7/1000 NV (BRASIL, 2010). Em Mato Grosso, para o ano de 2000 o coeficiente de mortalidade infantil foi de 21,98/1.000 NV e em 2008 foi de 15,41/1000 NV. Em Cuiabá em 2000 foi de 21,05/1.000 NV e em 2008 foi de 16,86/1.000 NV (MATO GROSSO, 2009). Pode-se observar uma queda nos coeficientes apesar de ainda ser considerada alta. Com relação a taxa de mortalidade neonatal precoce no Brasil em 2000 foi de 13,8/1000 NV e em 2006 foi de 10,8/1000 NV (BRASIL, 2010). Em Mato Grosso a taxa em 2000 foi de 11,3/1000 NV e em 2008 foi de 7,82/1000 NV e em Cuiabá a taxa em 2000 foi de 8,22 e em 2008 foi de 7,59/1000 NV (MATO GROSSO, 2009). Pode-se observar que a redução tem sido lenta acompanhando a do país.

Assim, apesar do município de Cuiabá não dispor de uma avaliação recente sobre qualidade de assistência materno-infantil, mais especificamente no Pré-natal, é importante investir em estudos que visam à essa avaliação de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência no pré-natal promovendo ações que garantam melhores condições à saúde reprodutiva das mulheres e consequentemente, a redução do risco de óbito relacionado com à gravidez.

Dessa maneira, por considerar o processo assistencial como a melhor forma de investigar o conteúdo da atenção oferecida no pré-natal, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a assistência pré-natal prestada às gestantes, em duas Unidades de Saúde da Família, do município de Cuiabá, adotando como parâmetro o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) estabelecido em 2000, pelo Ministério da Saúde.

## **1.2. Justificativa**

Fatores de risco relacionados à mortalidade e morbidade materna indicam a necessidade de avaliar a atenção à saúde prestada à mãe no período gravídico puerperal. A

necessidade de avaliar a assistência prestada pelos programas de pré-natal, de forma mais efetiva, justifica-se pela possibilidade de contribuir na oferta de assistência oportuna e adequada à necessidade da mulher durante seu pré-natal, além de promover a redução da mortalidade materna e neonatal.

Para uma unidade de saúde ofertar atenção com qualidade e humanizada são necessárias a provisão de recursos e a organização de rotinas com procedimentos benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias como o parto cesariana. São também fatores determinantes da qualidade, a garantia de privacidade e a autonomia e coparticipação da usuária e de sua família nas decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2006b).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Por essa razão, neste estudo, esse programa servirá como referência na avaliação da assistência pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família em Cuiabá/MT.

Assim, esta pesquisadora, por acreditar ser este um estudo de relevância social e científica, propôs uma pesquisa avaliativa que empregou como modelo de estudo, o estudo de caso múltiplo, e compreendeu avaliação da assistência pré-natal em duas unidades de saúde da família, que oferece atendimento a seus habitantes em uma rede pública de saúde de Atenção Primária, do município de Cuiabá.

Esta proposta foi decorrente da inquietação em observar que, em 2008, o município apresentou uma proporção de nascidos vivos de mães com mais de 7 consultas de pré-natal de 63,29% e a razão de mortalidade materna de 84,2/100.000 nascidos vivos, esta última muito acima dos parâmetros preconizados pela OMS. Além disso, o coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes neonatal e pós-neonatal estavam elevados, apesar de ter apresentado redução, se comparados ao início da década. Observa-se que Cuiabá apresentou em 2008 um coeficiente de mortalidade infantil de 16,86% /1000 NV e um coeficiente de mortalidade neonatal precoce de 7,59%/1000 NV. Essa angústia foi também compartilhada pelo Gestor Estadual, que sempre demonstrou total apoio ao desenvolvimento deste processo avaliativo. A opção também se deu para melhor otimização de recursos financeiros e do tempo na execução do projeto.

### **1.3 Pressuposto Teórico**

Uma assistência pré-natal de qualidade é fundamental para redução das mortalidades materna e perinatal, pois significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, promovendo o bem-estar da gestante e seu conceito (KOFFMAN e BONADIO, 2005). Portanto, neste estudo, parte-se do pressuposto que a qualidade da assistência ao pré-natal em Cuiabá esteja relacionada aos níveis de implementação das ações desenvolvidas nas unidades de saúde.

## **2- MODELO LÓGICO DO PROGRAMA**

Neste capítulo apresentamos o modelo lógico do programa de implementação da assistência pré-natal de duas Unidades de Saúde da Família, do município de Cuiabá. O modelo lógico, também denominado na literatura por modelo teórico, ajuda na descrição dos componentes principais do programa e explica a racionalidade da intervenção para o alcance de efeitos considerando o problema levantado (CRUZ, 2006). Ou seja, o modelo deve auxiliar na descrição da intervenção a ser avaliada.

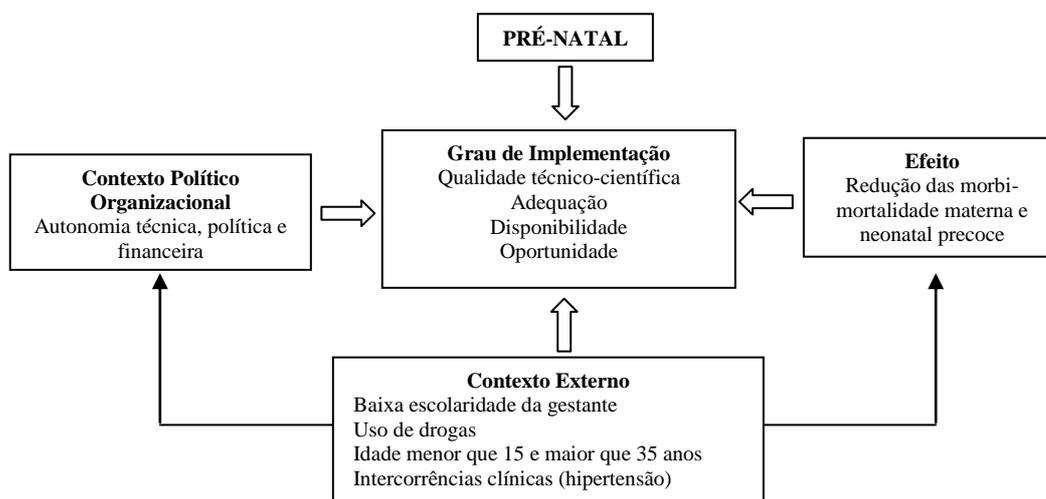
O modelo teórico deve explicar como o programa deveria funcionar. Além disso, sua elaboração deve ser convincente e utilizar o acúmulo produzido pelas experiências e conhecimentos prévios (HARTZ, 1999). Esse modelo é caracterizado como instrumento que possibilita a conexão entre a intervenção e os efeitos esperados de um programa ou intervenção. O modelo descreve teoricamente, em um quadro, a funcionalidade do pré-natal através de uma síntese de seus principais componentes. Ele articula a dimensão estratégica do programa, isto é, o manejo do caso, aos componentes técnicos da assistência (SANTOS, 2005).

O modelo lógico desenvolvido pelo Centers Disease for Control – CDC inclui o conteúdo do programa para produzir, isoladamente e/ou de forma integrada, os efeitos esperados. Este modelo tem como principais vantagens: identificar as lacunas e resultados, evidenciar os produtos e resultados esperados e promover o consenso entre os envolvidos sobre os itens do programa (CDC, 1999).

## 2.1 Modelo Lógico do Programa Assistência Pré-Natal

O Modelo Lógico de Implementação da Assistência Pré-Natal utilizado na presente pesquisa foi adaptado do modelo proposto por Hartz (2005), em que demonstra que a implementação do pré-natal pode sofrer influências do contexto político-organizacional (como relações entre a autonomia técnica, política e financeira com disponibilidade de medicamento, vacinas e exames na USF (Unidade de Saúde da Família), a estrutura física e a capacitação dos profissionais) e do contexto externo (como baixa escolaridade da mãe, uso de drogas, doenças como hipertensão e idade da mãe menor que 15 e maior que 35 anos), conforme apresentado na figura 3.

**Figura 3:** Modelo de Implementação do Programa da Assistência Pré-Natal  
Modelo Lógico do Programa.



Fonte: Adaptado de Hartz, 1997

Entretanto, a pesquisa realizada por Okamura (2006), considera que dentre as principais desvantagens destaca-se que este modelo não compara a teoria do programa com outras experiências, ele elege a intervenção como a alternativa para resolver o problema identificado. E segundo Cruz (2006), ele não inclui efeitos além daqueles inicialmente esperados.

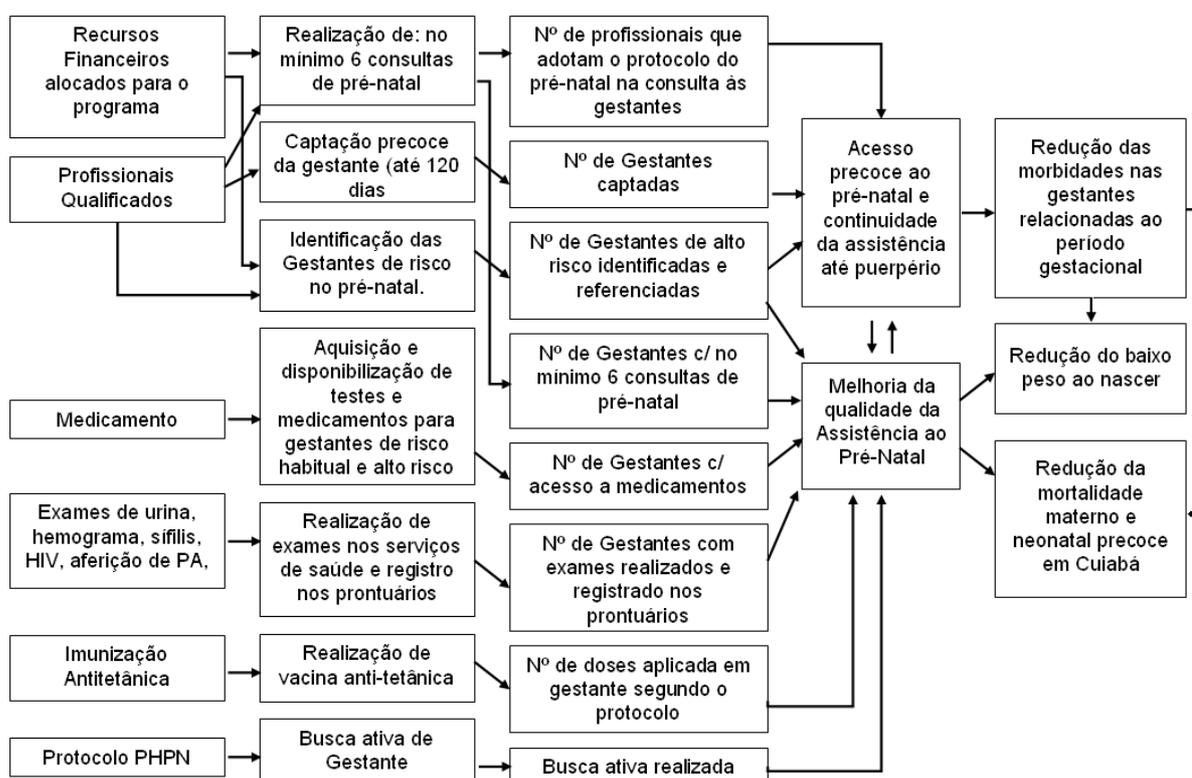
Contudo, para este estudo, foi desenvolvido um modelo priorizando-se os aspectos relacionados a conformidade da assistência pré-natal na rede básica de saúde do município de Cuiabá ao PHPN. Assim, o foco desta avaliação foi descrever as estratégias utilizadas no município e caracterizar os fatores externos e do contexto político-organizacional, relacionados ao pré-natal. Para essa descrição foi elaborado o modelo lógico da intervenção

(figura 4), considerando a dimensão estratégica selecionada e seus componentes estruturais: insumos, atividades, produtos, resultados e impacto.

O modelo lógico aqui construído parte da concepção de que para a redução das mortalidades materna e perinatal, faz-se necessário o pré-natal de qualidade capaz de prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação. Os eixos do programa de assistência pré-natal que nortearam o modelo foram o estabelecido pelo protocolo PHPN, recursos financeiros alocados para o programa, qualificação de profissionais, disponibilização de exames, medicamentos e imunização antitetânica. Os elementos elencados na construção do modelo lógico foram insumos, atividades, resultados e impactos, entretanto foram priorizados os insumos e as atividades, tendo em vista que o resultado e o impacto de uma intervenção como esta só poderá ser evidenciada a médio prazo. Os aspectos político-organizacional e externo foram considerados como fatores influenciadores na implementação do programa.

Segundo o Ministério da Saúde em sua publicação Assistência Pré-Natal, Normas e Manuais Técnicos, (1998), “*a assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde*”. Assim, é evidente a importância do seu funcionamento, especialmente na prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer (GONÇALVES *et al*, 2008) e na redução de mortalidade infantil e materna.

Dentre os objetivos da assistência pré-natal destacam-se: assegurar a evolução normal da gravidez, preparar a gestante para o parto, puerpério e lactação e identificar o mais rápido possível as situações de risco. De acordo com Osis *et al* (1993) essas medidas possibilitam a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério. Com relação a organização do pré-natal, devem ser assegurados para uma assistência efetiva a captação precoce da gestante, o controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo, recursos humanos treinados, área física adequada, equipamento e instrumental mínimo, medicamentos básicos, apoio laboratorial mínimo, sistema eficiente de referência e contrarreferência e avaliação das ações da assistência pré-natal (BRASIL, 1998).

**Figura 4 - Modelo Lógico do Programa****Situação Problema:** Razão de Mortalidade Materna do Município de Cuiabá elevada**Componente:** Assistência Pré-Natal na Atenção BásicaINSUMOS  $\Rightarrow$  ATIVIDADES  $\Rightarrow$  PRODUTOS  $\Rightarrow$  RESULTADOS  $\Rightarrow$  IMPACTO

Estudo realizado por Carvalho e Novaes (2004), relata que os países ocidentais adotam programas de assistência pré-natal baseados no modelo inglês, proposto por Janet Campbell, no início do século XX. Segundo as autoras, com o objetivo central de reduzir a morbidade e mortalidade, tanto materna quanto infantil, o programa de pré-natal preconiza o desenvolvimento de ações preventivas e educativas, identificação das gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez. No Brasil, a partir da implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em meados da década de 80, mudanças significativas têm ocorrido com relação ao aumento da cobertura e da média do número de consultas, bem como quanto ao início precoce do pré-natal. Contudo, embora os indicadores relacionados à mortalidade materna e perinatal venham apresentando melhoras, continuam insatisfatórios em todas as regiões do país (CARVALHO e NOVAES, 2004).

Araújo *et al* (2005) informa que tendo em vista as más condições sociais e econômicas, infecções e uma assistência pré-natal deficiente presentes em países em

desenvolvimento, como o Brasil, são predominantes os partos prematuros e crianças com baixo peso ao nascer. De acordo com os autores, ainda são fatores importantes de óbito nesses países as causas preveníveis e relacionadas com a qualidade de atenção perinatal, diferentemente dos países desenvolvidos onde predominam as malformações congênitas.

Em 2000, foi implantado o PHPN que recomenda a ampliação do acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações para o acompanhamento do pré-natal e promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (SERRUYA *et al*, 2004a). Segundo essas autoras, foi instituído ainda, como estratégia para induzir os municípios brasileiros na implementação de ações para melhoria da qualidade da assistência pré-natal, novos recursos financeiros para o custeio do pré-natal, mediante cumprimento de critérios mínimos e estabelecidos incentivos financeiros para o cadastramento da gestante no PHPN e por conclusão do pré-natal. Entretanto, a partir de outubro de 2009, o Ministério da Saúde aumentou o PAB (Piso de Atenção Básica) fixo de R\$ 17,00 para R\$ 18,00 e deixou de repassar aos municípios o incentivo financeiro de R\$ 10,00 para o cadastro da gestante e R\$ 40,00 para a conclusão do pré-natal. A justificativa para isso é que os municípios devem receber um recurso maior com o PAB fixo, pois é baseado na população.

Além disso, com o objetivo de acompanhar as gestantes cadastradas no PHPN, foi criado também o SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), sistema informatizado que monitora os incentivos financeiros e fornece relatórios e indicadores de qualidade para subsidiar a avaliação da assistência pré-natal (SERRUYA *et al*, 2004a). Entretanto, conforme observado no DATASUS (BRASIL, 2010), apesar da implementação do SISPRENATAL ter ocorrido na maioria dos municípios brasileiros, ainda não conseguiu êxito, provavelmente devido à falta de alimentação sistemática pelos serviços de saúde.

De acordo com o SISPRENATAL, em 2003, o Brasil teve 561.455 gestantes cadastradas no sistema, mas apenas 72.285 tiveram seu pré-natal concluído no sistema, porém em 2008 esse número subiu para 789.301 gestantes cadastradas e 187.544 gestantes tiveram seu pré-natal concluído no sistema, apresentando uma relação de 23,76% (SINASC, 2010).

Mato Grosso no ano de 2003 teve 9.450 gestantes cadastradas mas somente 963 tiveram seu pré-natal concluído no sistema, em 2008 esse número aumentou para 12.839 gestantes cadastradas e 3.794 tiveram seu pré-natal concluído, apresentando uma relação de 29,55%. Entretanto, no mesmo período o número de nascidos vivos foi de 48.126 em 2003 e de 49.665 em 2008, ou seja, apenas 19,63% e 25,85%, respectivamente, de gestantes do

estado foram cadastradas nos sistema (BRASIL, 2010).

Já o município de Cuiabá apresentou em 2003, 1.423 gestantes cadastradas, mas apenas 2 tiveram seu pré-natal concluído e em 2008 o número foi de 1.188 gestantes cadastradas mas somente 5 tiveram o pré-natal concluído no sistema, apresentando uma relação de 0,42% (BRASIL, 2010). Entretanto, no mesmo período, o número de nascidos vivos foi de 8.962 em 2003 e de 9.492 em 2008, ou seja, apenas 15,87% e 12,51% de gestantes do município foram cadastradas nos sistema. Dessa maneira, pode-se analisar que o sistema não conseguiu êxito, pois conforme dados apresentados, faltava alimentação no SISPRENATAL. Pode-se considerar daí a mudança da estratégia do Ministério da Saúde, que suprime o incentivo para o cadastro e para a conclusão do pré-natal e aumenta o PAB fixo.

Assim, apesar da pouca adesão ao SISPRENATAL, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Ele assegura a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania (BRASIL, 2002).

De acordo com Ministério da Saúde em sua publicação “Política de Atenção Básica” (BRASIL, 2006a), a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde; e desenvolve-se através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. Sua forma de trabalho é em equipes, e dirigida às populações com territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária.

Para a realização das ações de Atenção Básica nos municípios são necessários os seguintes itens: Unidade Básica de Saúde (UBS), com ou sem Saúde da Família, inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, etc, consultórios médico e de enfermagem, etc, sala de vacina e equipamentos adequados ao elenco de ações propostas, garantia de fluxos de referência aos serviços especializados e contrarreferência, além de insumos necessários para seu funcionamento (BRASIL, 2006a).

Para essa mesma política, a Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território e é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. São definidas como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional pela Atenção Básica, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

Assim, dentro dos objetivos da Atenção Básica destaca-se: a organização da rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, o fortalecimento do sistema de formação/capacitação de profissionais na área obstétrica e neonatal e o apoio a expansão da rede laboratorial (BRASIL, 2006a).

Segundo Mendes (1993), a literatura nacional tem ressaltado o potencial reformador da atenção básica em favor de melhores resultados sanitários e como princípio ordenador da hierarquização da oferta. Seguindo essa trilha, a pesquisa de Medina (2006) demonstra que um sistema de saúde organizado com base na atenção primária apresenta, em tese, melhores possibilidades de desempenho da rede de serviços de saúde, porque a atenção primária, diferentemente da atenção especializada, possui uma função de integração, é mais acessível, o manejo do paciente é mais adequado ao tipo de queixa apresentada num primeiro contato com os serviços de saúde e ela organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Conforme o disposto pelo MS (BRASIL, 2006a), a Atenção Básica tem o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

O PSF foi criado no Brasil na década de 90 e teve como modelo experiências de países como Cuba, Inglaterra, Canadá, onde a saúde pública alcançou níveis interessantes de qualidade (AYRES *et al*, 2006). O programa existe hoje em quase todo o país e inova pela sua relação entre os profissionais e as comunidades, no entanto trata-se de um projeto complexo pelas inúmeras atribuições e propostas. Entretanto, para implantar ou mantê-lo em um

município não basta simplesmente construir equipe e instalar uma unidade de saúde (AYRES *et al*, 2006).

Ainda de acordo com as mesmas autoras, o objetivo do programa é a promoção da saúde e a prevenção das doenças e, para isso, é necessário preparar o município, os profissionais e as comunidades. O programa tem conseguido excelentes resultados como redução da mortalidade infantil, além de ter conseguido mudanças positivas em outros indicadores. Para além disso, Ayres *et al* (2006) relata em sua pesquisa que o PSF promove acesso a um serviço mais humanizado e contribui em decisões políticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida das comunidades.

Assim, a expansão e a qualificação da atenção básica, organizada pelo PSF, fazem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, centrado em hospitais.

O Programa Saúde da Família é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e é operacionalizada por meio de implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (JUNIOR *et al*, 2010).

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, que atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade (JUNIOR *et al*, 2010). São atribuições das equipes realizarem o pré-natal das gestantes residentes nas áreas delimitadas, promovendo a captação precoce das gestantes, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, realizando consulta de pré-natal e puerpério, solicitando exames e fornecendo medicação e vacina antitetânica, etc.

Segundo Alencar e Gomes (2008), considerando as políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal, o PSF representa um forte mecanismo de organização de acesso a serviços simples e complexos. Para além disso, o programa prioriza as ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral. Na Unidade Saúde da Família o principal objetivo da assistência pré-natal é o acolhimento das necessidades da gestante/puérpera, fortalecendo dentro do contexto social da gestante, o vínculo estabelecido entre sua família e a equipe de saúde. Dessa maneira a humanização da assistência pressupõe uma relação de respeito entre os profissionais de saúde e as gestantes.

Seguindo essa trilha, Dias (2006) expõe em sua pesquisa que nos últimos anos surgiu um movimento que apontou a necessidade de mudança na maneira como se processam os cuidados e a assistência à saúde, fazendo em geral, uma crítica à maneira como a apropriação da tecnologia pela medicina interferiu na relação entre os profissionais e clientes. Segundo o autor, esse conjunto de propostas tem sido denominada frequentemente de humanização. Porém, questiona-se como humanizar atos realizados por seres humanos? Seria possível capacitar os profissionais das unidades de saúde, a agir de forma humana?

De acordo com Serruya *et al* (2004b), não existe consenso na literatura sobre o conceito de “humanização”. Atualmente, a discussão sobre este conceito e seus principais aspectos, como a autonomia e direitos, já faz parte de uma série de instâncias. Ainda segundo os mesmos autores, na assistência ao pré-natal ocorre uma expropriação da autonomia feminina, onde as mulheres são vistas como objeto, fora do contexto, em que a máquina é examinada e não se estabelece nenhum vínculo com o profissional. Não se separa a humanização da qualidade da atenção, e esta exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos (BRASIL, 2004c).

*A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004c).*

Serruya *et al* (2004b) ainda relatou que, dentre à falta de práticas humanizadas pode-se citar a “alta” do pré-natal, no qual segundo esses pesquisadores, era comum que o serviço ambulatorial “desse alta” à mulher, orientando-a a procurar o hospital no momento do parto ou em caso de alguma intercorrência. Todavia, apesar da mudança no serviço, como aumento considerável no número de consultas de pré-natal, ainda não conseguiu se promover redução considerável nos indicadores de mortalidade materna, conforme já informado por esta pesquisadora.

Outro problema é a falta de vínculo entre a assistência pré-natal e o parto, levando as gestantes a peregrinar em busca de vagas nos hospitais. Para além disso, a maioria das mortes maternas ocorre próximo do parto, necessitando de intervenções que possam garantir uma melhor assistência (SERRUYA *et al*, 2004b).

Assim, segundo o Ministério da Saúde, em sua publicação Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes, para que os serviços possam

atingir os princípios de humanização e da qualidade da assistência, deve-se promover acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência (BRASIL, 2004c).

Ainda de acordo com essa política, deve-se organizar a rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contrarreferência possibilitando a continuidade das ações, captação precoce e busca ativa das gestantes. Para além disso, é importante a disponibilidade de insumos e recursos tecnológicos e seu uso apropriado, a capacitação técnica dos profissionais de saúde para o acolhimento humanizado e o uso de práticas educativas voltadas às gestantes. Outro fator muito importante é o estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias (BRASIL, 2004c).

Dentro desse contexto, o sistema de saúde de atenção básica deve assegurar a cobertura de toda a população de mulheres na gestação e após o parto, garantindo a atenção obstétrica e neonatal de maneira integrada, mediante regulação do atendimento nos níveis ambulatorial básico e especializado e do controle de leitos obstétricos e neonatais (BRASIL, 2006b). Assim, a organização do Pré-Natal foi definida pelo MS, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual reafirma diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação à assistência perinatal.

O Programa recomenda: a captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação, realização de, no mínimo, sete consultas de pré-natal, realização dos exames básicos, a oferta do teste anti-HIV e de sífilis, imunização antitetânica, atividades educativas, identificação da gestante de risco e classificação do risco gestacional, promoção da assistência adequada, monitoramento do trabalho de parto, e a realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o parto. A expectativa do programa é que haja uma redução da incidência da sífilis congênita, da morte materna e neonatal (BRASIL, 2006b).

A abordagem sobre a atenção pré-natal e puerperal adotada na publicação do MS, Manual Técnico, Pré-Natal e Puerpério, (BRASIL, 2006b), destaca que a atenção pré-natal deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e o puerpério, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes, e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso, num contexto de humanização da assistência.

Assim, o objeto desta pesquisa, se deu no componente técnico assistência pré -natal na atenção básica, onde foram priorizados os componentes estruturais insumo e atividade. Dentro do componente estrutural insumo, foram priorizados profissionais capacitados, medicamentos disponibilizados, protocolo do PHPN disponível e adoção pelos profissionais do protocolo, salas adequadas para o atendimento pré-natal e recursos visuais disponíveis para atividades educativas. Dentro do componente estrutural atividade, foram priorizadas: captação precoce das gestantes, realização de (no mínimo) 7 consultas de pré-natal, proporção de gestantes com resultados de exames nos prontuários, identificação das gestantes de risco, proporção de gestantes que receberam medicamentos e vacina antitetânica, além de estratégia pedagógica para atividade educativa com as gestantes.

## **2.2 Componente Estrutural Insumo**

A atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada por uma equipe multiprofissional e as consultas podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem. Esta equipe deverá ser minimamente composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2006b). Para garantir a qualidade da assistência pré-natal faz-se necessário que esses profissionais sejam capacitados periodicamente.

Seguindo esta trilha, Serruya *et al* (2004b) considera que os profissionais de saúde carecem de capacitação técnica permanente, uma vez que a grande maioria, após a graduação, não volta a se atualizar, além de inúmeras questões que giram em torno do processo de trabalho médico e que fogem do escopo desta abordagem.

Esta mesma autora considera ainda que a falta de acolhimento nas unidades e a "alta do pré-natal", podem ser interpretadas como falta de humanização dos serviços. Embora as causas para a manutenção desse quadro sejam diversas e, provavelmente não consensuais, é possível que se destaquem a postura mercantilista dos serviços e a falta de compromisso profissional.

Dessa forma, é importante que o profissional de saúde reconheça o estado normal de ambivalência com relação à gravidez, acolha as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável e reconheça as condições emocionais dessa gestante. Além disso, esse profissional deve preparar a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança, assim como o medo do parto, da dor, de o bebê nascer com problemas, entre outros (SERRUYA *et al*, 2004b).

O acesso a medicamentos é também um insumo de grande relevância, considerando que a primeira causa de morte materna, em Cuiabá é a hipertensão. Dessa forma, se faz necessária a disponibilização de medicamentos, acompanhada de orientações relacionadas à promoção da mudança de paradigmas na atenção ao parto e ao nascimento. Além disso, devem ser assegurados medicamentos para gestante com AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e sífilis, evitando a transmissão vertical.

Em relação à estrutura física, espera-se que esta seja adequada para o atendimento à gestante e familiares, com boas condições de higiene e ventilação e de fácil acesso às gestantes. Outro fator fundamental é a garantia da privacidade nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos, isso se consegue com consultório para atendimento individual. Espera-se também encontrar os equipamentos e instrumentais mínimos para o atendimento do pré-natal como: mesa, cadeiras, mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança para adultos, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico e de Pinard, fita métrica, espéculos, material para coleta de exame colpocitológico, sonar Doppler, disco para IMC (Índice de Massa Corporal), etc. O objetivo é que estes equipamentos estejam disponíveis para atender as gestantes sempre que necessitarem (BRASIL, 2006b).

Ainda em relação ao componente estrutural insumo, não podemos nos furtar de abordar o protocolo para atendimento no pré-natal. Estudo realizado por Coutinho *et al* (2003) ressalta que o protocolo é de grande importância para a qualidade do pré-natal, tanto para as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica, quanto para as atividades dos pacientes na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados. Assim, a desobediência às normas e rotinas do PHPN – principalmente a inadequação dos registros das consultas - tem sido apontada pela própria literatura como um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal. Com relação aos recursos visuais, espera-se encontrar nas unidades analisadas cartazes e pôsteres sobre o pré-natal, as DST/AIDS, gravidez na adolescência, etc, afixados na sala de espera e nos consultórios das unidades analisadas.

### **2.3. Componente Estrutural Atividade**

De acordo com o MS (BRASIL, 2006b), para que a assistência pré-natal seja efetiva, elementos como busca ativa e captação precoce da gestante, no primeiro trimestre da gravidez e realização de (no mínimo 7) consultas de pré-natal deve ser garantida. Serruya *et al* (2004b)

considera que a recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada tem por objetivo fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e identificar eventuais fatores de risco.

Outro fator importante no pré-natal é a identificação da gestante de alto risco ou de risco habitual, pois se poderá oferecer uma melhor assistência durante o ciclo gravídico puerperal, reduzindo a mortalidade materna e a mortalidade infantil. Pesquisa realizada por Gouveia e Lopes (2004), considera que as gestantes de risco devem ser consideradas como um grupo com necessidades específicas, onde o sucesso da gestação a termo se confronta com as complicações presentes ou potenciais.

Com relação à oferta dos exames laboratoriais destacam-se: tipagem de sangue, hemoglobina/hematócrito, anti- HIV e VDRL, urina de rotina, glicemia de jejum, todos realizados na primeira consulta e os quatro últimos, repetidos próximo à trigésima semana da gestação (BRASIL, 2006b). Além dos exames laboratoriais, outro insumo importante é a imunização da gestantes contra o tétano neonatal e todos devem ter registro em prontuários. A vacinação das mulheres é medida essencial para a prevenção do tétano neonatal. Conforme MS (Brasil 2006b), a vacina antitetânica deve ser realizada com a vacina dupla tipo adulto (dT – contra a difteria e o tétano) nas mulheres que não têm vacinação prévia ou têm esquema vacinal incompleto. De acordo com protocolo do PHPN, a gestante pode ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto (BRASIL, 2006b).

Além dos exames e da vacina antitetânica, outro insumo que deve ter o registro nos prontuários é o esquema medicamentoso. Vale ressaltar a importância destes serem disponibilizados no próprio município, preferencialmente na própria unidade, facilitando o acesso às gestantes. Assim a gestante não teria que perambular em busca destes insumos tão necessários para o bom andamento de sua gestação.

Para Araújo (1999), outro fator importante é a realização de ações educativas no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, porém com ênfase no pré-natal, pois neste período a mulher deve ser mais bem orientada para que possa ter um parto tranquilo, com menor risco de complicação no puerpério e maior sucesso na amamentação. Conforme o mesmo autor, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver o período gravídico-puerperal. Dentre as ações educativas cita-se: a importância do pré-natal, os cuidados com a higiene, a realização de atividade física, a promoção da alimentação saudável, medos e fantasias

referentes à gestação e ao parto, atividade sexual, incluindo prevenção das DST/AIDS e aconselhamento para o teste anti-HIV, orientações e incentivo para o parto normal, orientação e incentivo para o aleitamento materno, importância do planejamento familiar, cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, gravidez na adolescência, importância das consultas puerperais, etc.

### **3- CONTEXTOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Dentre os inúmeros obstáculos apontados na literatura para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal destaca-se, a desobediência às normas e rotinas do programa, principalmente a inadequação dos registros das consultas (COUTINHO *et al*, 2003). Associa-se a isso, a dificuldade de fixação de profissionais nas unidades básicas de saúde, infraestrutura precária, ausência de medicamentos básicos e insuficiência de exames laboratoriais.

Segundo Felisberto (2004), para a melhoria do quadro acima descrito faz-se necessária a qualificação da atenção à saúde, nas dimensões da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico além de desenvolver avaliações sobre a estrutura, o processo e os resultados das ações e serviços de pré-natal.

Neste capítulo trataremos dos contextos que podem influenciar direta ou indiretamente a assistência pré-natal, entre eles citamos os contextos político-organizacional e externo.

#### **3.1. Contexto político-organizacional**

De acordo com Cruz (2006), a importância do contexto político-organizacional para este estudo é possibilitar a orientação da construção do desenho da avaliação e da abordagem a ser adotada, além da identificação de fatores que possam produzir efeitos durante a avaliação. Como componentes desse contexto destacaram-se a autonomia técnica, gerencial e política e o gasto público para atenção básica do município, que influenciam a implementação do programa pré-natal na USF.

Conforme já relatado nesta pesquisa, a assistência pré-natal é uma das atividades realizadas há tempos nos serviços de saúde no país, porém, a literatura vem demonstrando que apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente nas ações praticadas pelos serviços de saúde, questões como o acesso em algumas regiões do país, a qualidade da atenção

prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as altas taxas de mortalidade materna e perinatal ainda devem ser discutidas (BRASIL, 2000).

Dessa forma, considerando a alta taxa do óbito materno e neonatal precoce no país, muitas ações foram deflagradas. Dentre elas, a assinatura da Declaração do Milênio das Nações Unidas por representantes de 191 países na Cúpula do Milênio, (realizada em setembro de 2000, em Nova York) onde firmaram como meta, reduzir a taxa de mortalidade infantil em dois terços (especialmente, das crianças menores de 05 anos) e melhorar a saúde materna reduzindo a taxa da mortalidade materna em três quartos. Além disso, o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cuja meta era de reduzir em 15% os índices de mortalidade materna até o fim de 2006, e em 75%, até 2015 (BRASIL, 2004b).

Para além disso, considerando a necessidade de garantir assistência pré-natal de qualidade e de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e perinatal, o MS elaborou o PHPN, o qual propõe indicadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal. Dentre suas estratégias destacam-se: melhora do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto e puerpério. O programa foi fundamentado no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (SERRUYA *et al*, 2004a).

Todavia, a despeito de todas as ações acima elencadas, observa-se tanto no país, como no estado de Mato Grosso, uma realidade cuja cobertura adequada, por si só não tem garantido bons resultados na redução dos coeficientes de mortalidade materna e mortalidade neonatal precoce. Esta situação se traduz na inefetividade dos serviços de saúde para garantir um atendimento adequado, não apenas em relação ao número de consultas, mas também ao conteúdo do atendimento oferecido (SILVEIRA, 2001).

Para além disso, como parte do processo de consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde) foi construído o Pacto pela Saúde, em 2006, envolvendo os três níveis de governo. A proposta é que a partir da sua assinatura, os gestores assumam o compromisso de cumprir o conjunto de responsabilidades que compõe o Pacto pela Saúde, que privilegia a ênfase nas necessidades de saúde da população, o compromisso sanitário e a responsabilidade pública. O Pacto pela Saúde se divide em: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006c).

O Pacto pela Vida, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, derivados

da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal, reafirma mais uma vez o papel do PSF como indutor do novo modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006c). Dentre as metas pactuadas no Pacto pela Saúde, destaca-se a redução da mortalidade infantil e materna e o fortalecimento da atenção básica.

De acordo com o que preceitua o Pacto pela Saúde, o município de Cuiabá assinou o Termo de Compromisso de Gestão em 17 de abril de 2008, por meio da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 18, o que não promoveu mudanças significativas, pois seguindo o preceito da NOAS (Norma Operacional da Assistência a Saúde), o município foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, em junho de 1998, tornando-se responsável pela gerência de todas as unidades de saúde, rede própria e contratada.

Assim, a presente pesquisa teve como área de abrangência o município de Cuiabá, que possui uma população de 550.562 habitantes (IBGE 2009) e apresenta-se organizado administrativamente, em quatro regiões, Norte, Sul, Leste e Oeste. A rede da atenção básica é composta por 02 Centros de Atenção Hemoterápica e/ou Hematologia; 07 Policlínicas; 02 Postos de Saúde; 02 Unidades Móveis Terrestres; 18 Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgência/Emergência; 01 Unidade de Vigilância em Saúde; 91 Unidades de Apoio ao Diagnóstico e Terapia; 01 Laboratório Central de Saúde Pública; 05 Centros de Atenção Psicossocial; 730 Consultórios Isolados; 201 Clínicas Especializadas/Ambulatórios de Especialidades; 10 Hospitais Especializados; 14 Hospitais Gerais; 02 Farmácias; 07 Cooperativas; 91 Centros de Saúde/Unidade Básica (BRASIL, 2009). Além disso, Cuiabá apresentou, de acordo com a Coordenadoria de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, uma cobertura populacional de 42,20% pelo PSF, ou seja, 63 unidades de saúde da família, divididas em 60 unidades urbanas e 03 unidades rurais, em 2009. O Estado de Mato Grosso apresentou no mesmo período uma cobertura de 65,08%, sendo que a média para os anos de 2000 a 2009 foram, respectivamente 21,20% e 49,86% para Cuiabá e Mato Grosso (MATO GROSSO, 2010).

Segundo Mendes (2002), não se pode analisar o movimento do PSF no SUS pela simples utilização de uma variável dicotômica, do tipo “há ou não há PSF”. O autor propõe um modelo analítico, composto por quatro momentos distintos: transição incipiente, transição intermediária, transição terminal e consolidação do PSF. Ainda de acordo com esse autor o momento de transição insipiente ou inicial caracteriza-se por uma cobertura populacional entre 10% e 25%, o de transição intermediária por uma cobertura entre 25% e 50%, o de

transição terminal por uma cobertura entre 50% e 70% e finalizando, o momento de consolidação do PSF caracteriza-se por uma cobertura acima de 70%. O autor ainda considera que em todos os momentos haverá a convivência dos modelos convencional e do PSF. Nos dois primeiros momentos é nítida a hegemonia do modelo convencional, no terceiro momento instala-se uma “crise de hegemonia” e no quarto momento, dá-se a hegemonia do PSF. Dessa maneira, pode-se sugerir que o município de Cuiabá encontra-se no momento de transição intermediária, tendo em vista que a cobertura de sua população pelo PSF, em 2009, foi de 42,20% .

De acordo com Souza (2002), o PSF está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde - SUS. Considerado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem demonstrado potencialidade para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção vigente.

Com relação ao financiamento, a Política Nacional de Atenção Básica define que o financiamento da AB deve-se se dar em composição tripartite, ou seja, o Ministério da Saúde, o Estado e o Município devem financiar as ações da Atenção Básica. O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento, que é composto de uma parte fixa e outra variável. O PAB é destinado para viabilizar as ações de Atenção Básica, dentre elas destacam-se: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do PSF, vacinação, atividades educativas a grupos da comunidade, assistência pré-natal e ao parto domiciliar, atividades de planejamento familiar, atividades dos agentes comunitários de saúde, etc (BRASIL, 2006a).

Os recursos da parte fixa do PAB são transferidos mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal e seu cálculo se dá pela multiplicação de um valor per capita fixado (MS) pela população de cada município e do Distrito Federal. O valor per capita/ano até setembro de 2009 era de R\$ 17,00 e a partir de outubro de 2009 passou para R\$ 18,00 (BRASIL, 2006a).

Com relação ao PAB variável é composto de incentivos que o MS repassa aos municípios, sempre que estes façam adesão às formas de organização da atenção básica propostas pelo MS. As estratégias que compõem o PAB variável são: Compensação de Especificidades Regionais, Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, Saúde da

Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, sendo que para os três últimos, os recursos são transferidos mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal (BRASIL, 2006a).

Segundo a política do governo federal, as Secretarias de Estado de Saúde (SES) têm transferido recursos para os municípios através da criação de incentivos financeiros, contribuindo para a autonomia dos gestores municipais. Algumas Secretarias direcionam incentivos a municípios mais pobres, outras de acordo com a cobertura do PSF ou de acordo com a implantação de serviços de média e alta complexidade e outras optaram por transferir recursos de forma global sem vinculá-los ao desenvolvimento de determinados programas. (MARQUES e MENDES, 2003).

Segundo os mesmo autores, alguns estados como Ceará e Mato Grosso dirigiram seus incentivos também para a organização dos sistemas municipais e para ações e serviços de média e alta complexidade. No Ceará a alocação de recursos baseou-se em três eixos: descentralização, regionalização e melhoria da qualidade de vida. Já no Mato Grosso, o PSF e ACS (Agente Comunitário de saúde) são prioridades no Estado e para no a Secretaria Estadual de Saúde, constituem estratégias fundamentais para a Atenção Básica. Essa secretaria, estabelece mecanismos para facilitar a implantação de equipes de saúde da família nas regiões mais carentes do Estado. Mediante portaria, prevê a concessão de incentivo financeiro fundo a fundo, para os municípios que alcançarem a cobertura populacional estabelecida pela SES. Entre os incentivos utilizados pela SES/Mato Grosso, destacam-se: urgência e emergência, saúde bucal, rubéola, estratégia saúde da família, diabetes mellitus e Programa Assistência Farmacêutica.

Contudo, o financiamento é ainda um desafio para a Saúde no Brasil e pode ser analisado em vários aspectos, entre eles destacam-se: quantidade do gasto e da qualidade do gasto. Segundo Moro *et al* (2010), se associarmos longevidade, desenvolvimento tecnológico, complexidade de tratamento, que aumentam os gastos totais com saúde em relação aos recursos garantidos, às ações e serviços de saúde, percebe-se claramente o seu subfinanciamento. Entretanto o maior desafio é garantir a melhoria da capacidade e da eficiência da gestão e dos sistemas de saúde, que tenha como objetivo, a introdução de novos conceitos e técnicas de gestão pública no SUS, promovendo uma alocação equilibrada dos recursos. Se levarmos em consideração a complexidade da saúde que requer do gestor soluções complexas, eficientes, estruturação de redes integradas à saúde, observaremos a necessidade de um equilíbrio das ações com o gasto público em saúde.

### 3.2. Contexto Externo

Neste processo de avaliação da qualidade do pré-natal, existem fatores externos que interferem diretamente na qualidade da consulta do pré-natal como: idade da gestante menor que 15 e maior que 35 anos, situação familiar instável e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente, significando, geralmente mulheres com baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular) e precárias condições sócio-econômicas, uso de drogas lícitas ou ilícitas, crença, religião, condições geográficas (BRASIL, 2006b).

A gravidez na adolescência é um tema de grande relevância social, principalmente pela vulnerabilidade em termos biológicos e pelas condições de sobrevivência das crianças, pois a gravidez em idade muito jovem eleva os riscos de mortalidade para a mulher e seus filhos (SIMÕES, 1997). Segundo o mesmo autor, a gravidez na adolescência atinge classes menos favorecidas economicamente e ainda em período de formação da educação básica, provocando um agravamento de vulnerabilidade social nas crianças e em suas famílias. Seguindo esta trilha, Yazaki (2003) relata em seu estudo, as diferenças existentes na estrutura etária da fecundidade conforme a condição socioeconômica das mulheres, onde grupos menos instruídos e com menor condição socioeconômica apresentam maior fecundidade.

Além disso, intercorrências clínicas crônicas também podem interferir na qualidade do pré-natal como cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus), hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo, portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST, etc. Esses casos devem ser acompanhados na atenção especializada e a ausência dessa referência pode interferir na qualidade da atenção dispensada na Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

Assim, o que se observa no contexto atual é que, a situação de vulnerabilidade das mulheres frente ao óbito materno nos leva a perceber o grande desafio da assistência pré-natal, à medida que muitas mulheres estão expostas aos fatores externos citados anteriormente.

Portanto, ao propor um estudo que tem por finalidade avaliar a assistência pré-natal, não há como desconsiderar fatores como idade da gestante, escolaridade, síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia/eclâmpsia além das síndromes hemorrágicas e demais condições já citadas.

## **4- OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo Geral**

Avaliar a implementação da assistência pré-natal oferecida às gestantes, assistidas em duas Unidades de Saúde da Família, do município de Cuiabá/MT, segundo as normas do PHPN.

### **4.2. Objetivos Específicos**

- Verificar se as estratégias utilizadas na assistência pré-natal, em duas Unidade de Saúde da Família no município de Cuiabá, estão em conformidade com as normas preconizadas pelo PHPN/MS;
- Descrever, analisar e estimar o grau de implementação da assistência pré-natal oferecida às gestantes, segundo as subdimensões disponibilidade, qualidade técnico-científica, oportunidade e adequação;
- Identificar os fatores dos contextos externo e político-organizacional que facilitam ou dificultam o nível de implementação.

## **5- MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO**

### **5.1 Pergunta Avaliativa**

De forma a melhor orientar o modelo teórico dessa avaliação buscou-se responder a seguinte pergunta avaliativa: Qual o grau de implementação da assistência pré-natal em duas Unidades de Saúde da Família do município de Cuiabá, considerando a conformidade ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento?

### **5.2 Interessados Potenciais na Avaliação**

De acordo com Furtado (2001), as abordagens centradas nos usuários da avaliação têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação visando à sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de implicados.

O compartilhamento de responsabilidades e a negociação da atuação dentro de um programa é muito importante para atingir os objetivos propostos. Esta negociação é fundamental na sustentação da avaliação uma vez que representantes da população,

profissionais de saúde e gestores, possuem objetivos e percepções distintas sobre os serviços, e priorizam aspectos diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde (MEDINA, 2006).

Furtado (2001) define stakeholders ou usuários potenciais da avaliação, como grupos ou indivíduos potencialmente beneficiários pelo processo avaliativo. De modo geral, os grupos de interesse são formados por pessoas com características comuns (gestores, usuários etc.) que têm algum interesse no impacto do objeto da avaliação, isto é, estão de alguma maneira envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e por eventuais consequências do processo avaliativo.

Entre os diversos atores interessados nesta avaliação, conforme apresentado no Quadro 1, citamos os Gestores Estadual, Regional e Municipal e a Direção da Regional a qual o município de Cuiabá pertence, cuja responsabilidade foi em apoiar a avaliação, objetivando o planejamento das ações e a otimização dos recursos financeiros na tomada de decisão. A coordenação estadual da saúde da mulher, que teve a responsabilidade de fornecer os dados secundários, corretamente, para reorganização dos serviços.

O Diretor da Atenção Básica do Município de Cuiabá, que agilizou as respostas, em tempo, para a Vigilância Epidemiológica, proporcionando regularidade no abastecimento das informações e para auxiliar a organização e implementação das ações de saúde da atenção básica no município. O Núcleo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, que participou na disponibilização das informações referentes à atenção básica para conhecer a realidade da qualidade do pré-natal no município de Cuiabá e assim poder contribuir com o fortalecimento de suas ações.

O Responsável pela Unidade de Saúde da Família, que apoiou a realização do estudo, para auxiliar o diretor da atenção básica na reorganização dos serviços. Os profissionais de saúde, das unidades em análise, que participaram na disponibilização das informações referentes ao pré-natal de sua unidade, para aplicação das recomendações na rotina de trabalho.

**Quadro 01:** Quadro de Interessados Potenciais da Avaliação.

<b>Usuários Potenciais</b>	<b>Responsabilidade no Projeto</b>	<b>Interesse na Avaliação</b>	<b>Uso provável dos Achados</b>
Gestores Estadual, Regional e Municipal de Saúde	Apoiar a avaliação	Receber informações para a definição de ações do Planejamento e para otimização dos recursos financeiros	Tomada de decisão para promover uma reorganização da rede de serviço de assistência pré-natal
Coordenação Estadual da Saúde da Mulher	Participar do processo de avaliação fornecendo os dados secundários corretamente	Orientação para reorganização e/ou adequação de serviços.	Recomendações para reorganização dos serviços
Diretor da Atenção Básica, de Cuiabá	Agilizar as respostas em tempo para a vigilância epidemiológica	Regularidade no abastecimento das informações	Organizar e implementar as ações de saúde da atenção básica no município
Núcleo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica	Participar na disponibilização das informações referentes à atenção básica	Conhecer a realidade do pré-natal no município de Cuiabá	Fortalecer as ações de monitoramento e avaliação da atenção básica
Responsável pela Unidade de Saúde da Família	Dar apoio dentro da USF para a realização do estudo	Receber informações para a definição de ações de Planejamento e para a avaliação na sua USF	Auxiliar o Diretor da Atenção Básica na reorganização do serviço de assistência pré-natal
Profissionais da Unidade de Saúde da Família	Serem sujeitos na pesquisa e participarem na disponibilização das informações referentes ao pré-natal em sua unidade	Melhoria das práticas profissionais adotadas através do manejo adequado da assistência pré-natal em conformidade com normas estabelecidas no PHPN	Aplicação das recomendações na rotina de trabalho.

### 5.3- Desenho da Avaliação

Apresentamos neste momento o modelo teórico de avaliação da intervenção do programa pré-natal em duas USF do município de Cuiabá. Considerando aspectos metodológicos, de acordo com Bunge (1974), modelo teórico é um “sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo, que é por sua vez, uma representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal”, ou seja, faz parte das teorias científicas. Ainda de acordo com o mesmo autor, o modelo teórico é apresentado por meio de diagramas com descrição das ideias, pois “os componentes das teorias são ideias e não imagens”.

O foco do modelo teórico da avaliação é o desenho da avaliação do programa com suas questões avaliativas identificadas, onde a construção do desenho da avaliação pressupõe a definição do tipo de avaliação, a forma de coleta e análise de dados e a disseminação de seus resultados. O modelo é estruturado no qual se pode contemplar suas dimensões, componentes, objetivos, metas, indicadores (CRUZ, 2006).

Nesta pesquisa a avaliação de implementação compreendeu duas etapas, a descrição do nível de implementação onde foram desenvolvidas as matrizes de informação, relevância e de análise e julgamento e a análise explicativa para o nível de implementação observado, considerando-se os fatores de contexto externo e político-organizacional. Assim foram construídas três matrizes específicas: a) matriz de informação, b) matriz de relevância e c) matriz de análise e julgamento. A primeira matriz, de informação, apresenta um conjunto de indicadores que expressam o modelo lógico de avaliação desta intervenção.

A matriz de relevância destaca quais desses indicadores são mais relevantes para a implementação do pré-natal e à qual subdimensão da avaliação esses indicadores se relacionam prioritariamente. A terceira matriz, de análise e julgamento, tem a finalidade de estabelecer se o pré-natal está em conformidade com o PHPN. Estudo realizado por Cruz (2006) considera que esta matriz fornece critérios para verificar as diferenças entre a proposta do programa e o resultado encontrado na intervenção, indicando o grau de desempenho do programa.

Neste estudo, tendo em vista contribuir para a melhoria do programa pré-natal, optamos por fazer uma análise de implementação, pois permite estudar os processos relacionados à operacionalização do programa, além de apresentar suas fragilidades e as mudanças que poderão se dar no processo. Dentre os diversos desenhos metodológicos estruturados em pesquisas avaliativas, optou-se pelo estudo de caso, uma vez que o pesquisador responsável tem pouco controle sobre os acontecimentos. Além disso, assistência pré-natal como foco desse presente estudo é um fenômeno contemporâneo inserido na vida cotidiana, que permite o aprofundamento na organização do programa e nas relações desta com os contextos político-organizacional e externo para alcançar o resultado esperado (YIN, 2005).

#### **5.4 Aspectos Conceituais da Avaliação de Programas**

A avaliação é uma atividade muito antiga, presente desde os primórdios da humanidade, entretanto o conceito de avaliação de programas públicos surgiu, no cenário mundial, após a Segunda Grande Guerra pela necessidade de avaliar as políticas públicas existentes objetivando a melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997). No Brasil, a avaliação de políticas vem crescendo nos

últimos anos, passando a fazer parte das preocupações dos gestores do setor público, apesar de ainda ser incipiente (UCHIMURA e BOSI, 2002).

Segundo Hartz (2005), os estudos avaliativos requisitados pelo Ministério da Saúde, não são só para atender as exigências de financiadores externos mas também devido a uma mudança de cultura institucional onde técnicos e dirigentes a tomam como prioridade para melhor orientar a tomada de decisão.

De acordo com Contandriopoulos (2006), os sistemas de saúde estão em crise, pois a tensão entre a expectativa de atender a população e o controle dos gastos públicos nos dão a sensação de que o sistema não corresponde à necessidade da população, precisando de reforma. Assim, segundo o mesmo autor, é imprescindível que as decisões dos gestores sejam acompanhadas de avaliações sistemáticas.

Parte-se do princípio neste estudo que existem diferentes concepções sobre avaliação. Nesse sentido, quer se deixar claro qual concepção orientou o modelo de avaliação proposta para orientar a resposta à pergunta avaliativa selecionada.

Num processo de construção teórica, Contandriopoulos (2006) ampliou a concepção ao desenvolver a ideia de que “avaliação consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos fazerem diferentes julgamentos, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.” O que o autor enfatiza é o necessário julgamento de valor ou mérito de uma intervenção destacando critérios fundamentais de metavaliação como precisão, propriedade e utilidade. Avança ainda mais no sentido de uma abordagem mais responsiva da avaliação, ou seja, mais participativa na emissão de valores para a garantia do uso.

Esse mesmo autor ainda define a intervenção como sendo um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos), organizados com o objetivo de produzir bens ou serviços que venham modificar uma situação problema. Já Vieira da Silva (2005) considera que a definição da intervenção feita pelo autor limita o escopo da avaliação à dimensão instrumental da ação. A autora propõe ajustar a definição de avaliação substituindo o conceito de intervenção por práticas sociais, pois a avaliação toma por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho.

Apesar de não haver consenso do que seja avaliação, vários autores defendem a concepção de que a avaliação sempre implica um julgamento de valor. Dessa forma, o julgamento sobre uma intervenção é o que vai diferenciar, de fato, a pesquisa avaliativa de qualquer outro tipo de pesquisa (CRUZ, 2006).

Patton (1997), define que “a avaliação é a coleta de dados sistemática de informações sobre atividades, características e efeitos de programas para o uso de pessoas específicas, para reduzir as incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo e resultando”. De acordo com esse autor, a avaliação deve ser julgada pela sua utilidade e pelo seu uso onde é necessário, para corrigir distorções evidenciadas. Ele enfatiza a importância dos usuários potenciais da avaliação e do uso das informações para promoção das mudanças necessárias.

Dentre as definições existentes para avaliação, neste trabalho, optou-se por aquela proposta por Contandriopoulos, (2006) “a avaliação baseia-se fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Segundo Sousa (2006), normalmente a avaliação e o monitoramento são utilizados para melhorar as ações do programa, para prestar contas e produzir conhecimento por meio da pesquisa avaliativa. Este estudo objetiva a melhoria do programa a partir dos achados da avaliação, privilegiando a abordagem de análise de implementação. De acordo com a mesma autora, essa abordagem possibilita o planejamento, o acompanhamento e sobretudo a tomada de decisões, visando melhores resultados dos programas.

Conforme Aguilar e Ander-Egg (1994), a avaliação se classifica em formativa e somativa. A formativa visa gerar informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante a sua execução e a somativa produz julgamentos sobre aspectos fundamentais do programa. É utilizada frequentemente, para deliberar sobre a continuidade ou encerramento de uma intervenção.

Segundo Figueiró *et al* (2010), para avaliar intervenções podem ser utilizados dois tipos de estudos avaliativos: avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando sua estrutura, seu processo e os resultados obtidos com critérios e normas existentes. A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de uma intervenção utilizando métodos científicos.

Seguindo esta trilha, Contandriopoulos (1997) relata que avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre a intervenção. Neste estudo a intervenção é a assistência pré-

natal, comparando sua estrutura, seu processo e os resultados obtidos com critérios e normas preconizados no PHPN, ou seja, aos objetivos aos quais a intervenção se propôs atingir.

Assim, a opção pela realização de fazer uma análise de implementação se deu visando contribuir para a melhoria do programa de assistência pré-natal. Essa abordagem permite estudar os processos relacionados à operacionalização do programa, bem como apresentar suas fragilidades e as possíveis mudanças que se podem dar no processo, além de permitir a identificação dos fatores políticos, organizacionais e externos que influenciam positiva ou negativamente esse processo.

Na visão de Denis & Champagne (1997), a avaliação de implementação de um programa visa identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção. Ela foca precisamente sobre a relação entre a intervenção e o contexto da produção de efeitos, o que é particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes, como o objeto desta pesquisa. A análise de implementação aumenta o conhecimento das intervenções, fornece informação indispensável aos que tomam decisões, identifica efeitos imprevistos, etc, relacionando-se diretamente à capacidade de utilizar os resultados de uma pesquisa para tomar decisões sobre como melhorar o programa.

Numa linha de pensamento semelhante, Hartz (1997) informa que a avaliação de implementação está relacionada diretamente à capacidade de utilizar os resultados das pesquisas para tomar decisões sobre como melhorar o programa.

## **5.5 Material e Método**

De acordo com Denis & Champagne (1997), três tipos de estratégias de pesquisa são propícios à análise de implementação: o estudo de caso, o estudo comparativo e a experimentação. Porém, uma atenção maior foi dada ao estudo de caso, pois é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar com uma quantidade pequena de unidades de análise, onde a potência explicativa decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades.

Assim, para apreender o processo das atividades da assistência pré-natal oferecida às gestantes, foi utilizado como estratégia de pesquisa o Estudo de Caso, em uma abordagem de avaliação de insumos e atividades, de caráter normativo e formativo e focada na utilização. Na concepção de Yin (2005), o estudo de caso é utilizado em muitas situações para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos

e de grupo. Além disso, o uso de estudo de caso tem um lugar de destaque na pesquisa avaliativa por explicar os supostos vínculos causais em intervenções da vida real, por descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre e por explorar as situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados, entre outros.

Na perspectiva de Cruz (2006), o estudo de caso tornou-se uma importante modalidade de pesquisa qualitativa, por ser uma estratégia de pesquisa que se refere à descrição aprofundada, a uma análise mais detalhada. Ainda segundo a mesma autora, o caso no estudo é tomado como unidade significativa de um todo, como o fornecedor de uma fonte de explicações, sendo assim suficiente para fundamentar um julgamento fidedigno ou para tomar decisões a seu respeito.

Para além disso, as evidências para um estudo de caso podem vir de múltiplas fontes de dados, aumentando assim a validade de construção de um caso. Assim seguindo essa orientação metodológica, optou-se pela convergência de dados ou triangulação de métodos, utilizando diferentes fontes de dados como questionário com diversos atores, observação direta, análise de prontuários, sistema de informação e a elaboração de modelo teórico causal (YIN, 2005). Para Minayo (2005), triangulação significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, ou seja, a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação.

Nesta pesquisa foram utilizados métodos mistos, quantitativo e qualitativo. Para Minayo (1993), uma pesquisa quantitativa, não é mais “objetiva” e “melhor”, que uma qualitativa, assim como uma abordagem qualitativa em si não garante a compreensão, em profundidade, do problema investigado. Entretanto, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo, é importante considerar todo o arsenal de métodos e técnicas, que ambas as abordagens desenvolveram, para que fossem consideradas científicas. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. A dimensão abordada foi a da conformidade, e as subdimensões disponibilidade, qualidade técnico-científica, adequação e a oportunidade, que neste estudo são consideradas como dimensões da conformidade, descritas no referencial teórico.

Assim, este estudo fez parte do conjunto de iniciativas e estratégias da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, como forma de reorientar o processo de trabalho no Estado e nos municípios, considerando problemas relacionados à Atenção Primária ofertada pelo estado.

## **5.6 Seleção de Casos**

O Município de Cuiabá é a capital do estado de Mato Grosso e está localizado na região Centro-Oeste. Sua população foi estimada em 2009, para 550.562 habitantes possuindo um território de 3.538 km. Enquanto microrregião estadual, o município se localiza na denominada Baixada Cuiabana, instância representante da SES/MT, cujo Escritório Regional de Saúde tem sede em Cuiabá (IBGE, 2009).

Foram selecionadas 02 unidades de saúde da família consideradas bem sucedidas no programa de implementação da assistência pré-natal. Para a seleção dos casos foi utilizada a técnica de consenso, que teve como participantes representantes da área técnica da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, que forneceram informações chave para a definição das unidades. Como critério de inclusão, foi considerado o tempo de implantação, a primeira unidade com mais tempo de implantação (9 a 10 anos) e a segunda com menos tempo de implantação (1 a 2 anos). Como critério de exclusão foram consideradas unidades que não eram cadastradas e/ou credenciadas como Saúde da Família. Assim dentre os 118 bairros existentes em Cuiabá, foram selecionados Jardim Vitória II e Pedra 90 I para desenvolver a pesquisa. Foi definida ainda a Unidade de Saúde da Família de Nossa Senhora da Guia, como piloto do estudo.

Diante da complexidade do objeto da pesquisa, foram priorizados a verificação da conformidade com as normas do PHPN, das estratégias utilizadas na assistência pré-natal, estimar o grau de implementação da atenção pré-natal e identificar os fatores dos contextos externo e político-organizacional que facilitam ou dificultam a implementação do pré-natal em duas Unidades de Saúde da Família no município de Cuiabá.

## **5.7 Instrumentos de Coleta de Dados**

Com relação ao trabalho de campo, vale ressaltar que para a definição das unidades, objetos desta pesquisa, ocorreram alguns problemas. Dentre o grupo de unidades com mais tempo de implantação foi escolhida, em uma reunião na SMS Cuiabá, a unidade do Jardim Vitória II, nomeada nesta pesquisa de caso I. Porém, com relação ao grupo com menos tempo de implantação houve várias alterações, a princípio seria no Parque Atalaia, após algum tempo, a pesquisadora foi informada da mudança para a Unidade do Grande Terceiro. Todavia, quando a pesquisadora foi levada à unidade do Grande Terceiro verificou-se que não se tratava de PSF, o que inviabilizou a continuidade da pesquisa. O fato foi comunicado à

SMS Cuiabá a qual informou a substituição da unidade do Grande Terceiro por outra unidade, a do Pedra 90 I, nomeada nesta pesquisa de caso II.

Cabe ainda relatar sobre o processo de greve dos profissionais médicos que se instalou no município de Cuiabá, durante mais de 70 dias, o qual culminou com a mudança do Secretário Municipal de Saúde. Diante desse episódio, a pesquisadora foi informada, que essa mudança levou à alteração na direção e na coordenação da Atenção Básica, além de mudança na equipe de técnicos. Esse processo provocou um atraso no início desta pesquisa, mas não houve prejuízo na coleta de dados.

Assim, o trabalho de campo foi realizado entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010. A coleta dos dados ocorreu durante 34 dias, aproximadamente 20 horas/semanais, pelo responsável pela pesquisa. Apesar de tratar-se de duas unidades de análise a coleta não necessitou de uma logística complexa, porém para cada unidade selecionada foram aplicados os questionários com o responsável pela unidade e com os profissionais da unidade. Além disso foi realizada a análise dos prontuários, observação direta institucional e a verificação da farmácia e do laboratório. No caso I foram estudados 30 prontuários de gestantes e no caso II 39. No caso I foi realizada 01 observação direta institucional com atendimento a gestante e no caso II foram realizadas 02 observações.

Para a seleção dos prontuários foi solicitado ao assistente administrativo que separasse 50 prontuários (período 2008 a 2009) de gestantes que estivessem no terceiro trimestre de gestação ou finalizado o pré-natal para preencher o questionário prontuário. Porém no caso I só foram entregues à pesquisadora 30 prontuários e no caso II 39. Foi informado no primeiro caso que alguns prontuários estavam nas mãos dos ACS e a pesquisadora não teve acesso àqueles. No segundo caso a justificativa foi que a unidade era nova, com menos de 2 anos de implantação, por isso o número menor que 50 de gestantes. A seleção dos prontuários não foi realizada no primeiro dia de trabalho, pois alguns prontuários estavam em mãos dos ACS e outros não estavam arquivados corretamente.

Para a aplicação dos questionários os encontros foram marcados de acordo com a disponibilidade dos profissionais e foram conduzidos pelo responsável pela pesquisa em local apropriado na própria unidade. Com relação à seleção dos profissionais o critério utilizado foi aleatório, pois as unidades analisadas possuíam poucos profissionais. No caso I, além do responsável pela unidade foram convidados a participar da pesquisa 03 profissionais e no caso II, 02 profissionais. Conforme Quadro 02.

**Quadro 02:** Distribuição dos Instrumentos Aplicados na Pesquisa.

Casos	Prontuários	Obs. Direta	Questionários			Verificação da Farmácia	Verificação do Laboratório	Diário de Campo
			Direção Atenção Básica	Responsável pela USF	Profissional			
Caso I	30	1	1	1	3	1	1	Sim
Caso II	39	2	1	1	2	1	1	Sim

Com relação aos profissionais do caso I, participaram da pesquisa a enfermeira responsável pela unidade, 01 auxiliar administrativo, 01 técnica de enfermagem e 01 agente comunitária de saúde. No caso II, além do responsável pela unidade foram convidados a participar da pesquisa 01 técnica de enfermagem e 01 médica. Além desses, participou da pesquisa a Direção da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

Para a verificação da farmácia e do laboratório, participaram da pesquisa 02 profissionais em cada unidade. No caso I para a verificação da farmácia participou uma técnica de enfermagem e no caso II uma auxiliar administrativo; e para a verificação do laboratório, tanto no caso I como no caso II participou uma técnica em laboratório.

As observações diretas se deram nos dias definidos pelas unidades para atendimento das gestantes, pois em cada unidade é definido um dia na semana para atender as gestantes. No caso I ocorreu em uma terça-feira e no caso II em uma quarta-feira, com a médica e na quinta-feira, com a enfermeira. O procedimento para seleção das gestantes a serem observadas durante a consulta foi aleatório. A pesquisadora consultou a profissional que estava atendendo e esta consultou a gestante. Após obter-se o consentimento de ambas as partes, iniciou-se a observação, que ocorreu na sala de espera da unidade e no consultório. Todas contaram com autorização dos profissionais e das gestantes participantes.

Para a aplicação do roteiro de verificação da farmácia e do laboratório, os encontros foram também marcados de acordo com a disponibilidade dos profissionais no local de trabalho dos mesmos e foram conduzidos pela responsável pela pesquisa.

As técnicas utilizadas compreenderam o levantamento de dados primários (observação direta e questionários semi-estruturados) e dados secundários (extraídos de sistemas de informação e documentos impressos como prontuário de pré-natal).

Com relação aos dados primários, primeiramente procedeu-se a elaboração e validação do instrumento “questionário semi-estruturado”. O questionário é uma técnica importante que

permite a troca de informações, subsidiando o pesquisador para a compreensão da visão dos sujeitos da pesquisa acerca dos temas investigados. Finalizada a validação, o projeto juntamente com o questionário, foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP. De acordo com a resolução 196/96 (CNS, 1997), a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), conforme parecer nº 141/09. Durante o desenvolvimento da dissertação foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos A e B). O documento foi entregue aos participantes da pesquisa, nas unidades de análise, bem como foi informado sobre a garantia da não divulgação dos nomes dos participantes, da confidencialidade das informações oferecidas e sobre o benefício da pesquisa. O material será guardado em local fechado e seguro que ficará sob a responsabilidade da autora da pesquisa por um período de 5 anos.

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê, deu-se início ao processo de coleta de dados primários, utilizando para tal o questionário semiestruturado, que foi realizado: com a Direção da Atenção Básica de Cuiabá, com os Responsáveis pelas Unidades e com os Profissionais de Saúde das Unidades em análise.

Essa coleta ocorreu no período de 22/12/09 a 26/01/10 e o consentimento prévio dos participantes na pesquisa foi obtido através de um instrumento no qual se procurou fornecer o máximo de informações possíveis aos participantes sobre a pesquisa e sobre os aspectos éticos, com a preocupação de se adquirir o envolvimento, o compromisso e a motivação necessária para a cooperação com o trabalho. Concomitante, deu início a definição de indicadores validados na matriz de análise, e logo após, se procedeu a validação desses indicadores.

Outra técnica utilizada foi a observação direta na unidade de análise em estudo. Essa se mostrou adequada metodologicamente para o estudo de caso, pois tem como objetivo, buscar aprofundar as questões relativas à maneira como está organizada a rotina da unidade de saúde e a conduta dos profissionais, contextualizando o processo de assistência à gestante. Foi avaliada a planta física, recursos humanos, recursos materiais, etc. Foi utilizado um roteiro de visita à instituição (Anexo H) com o objetivo de registrar elementos relativos à estrutura física da unidade de análise e a relação dos atores com essa unidade. As observações tiveram como referência as atividades dos profissionais relacionadas ao pré-natal, que é o objeto de interesse desta pesquisadora. Além disso, foi realizada observação direta durante o

atendimento da gestante. Para isso, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Gestante, o qual foi assinado pela gestante, consentindo sua participação.

Com relação aos dados secundários, esses foram extraídos dos sistemas de informações oficiais e dos prontuários das gestantes das unidades de saúde da família. Procurou-se verificar a série histórica de alguns indicadores relacionados ao pré-natal, além de avaliar a organização dos serviços, a disponibilidade de medicamentos e a oferta de exames no momento oportuno para a gestante.

Com relação aos incentivos financeiros, esses foram extraídos dos sistemas oficiais, como Fundo Nacional de Saúde – FNS e Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS. Procurou-se verificar o montante de recursos transferidos, fundo a fundo, ao município para a modalidade Atenção Básica.

A coleta de informações contou com o registro, em diário de campo, onde foram inseridas as informações relacionadas à dinâmica institucional, no que diz respeito às ações de assistência pré-natal. A organização das informações foi mediante a elaboração do modelo teórico da avaliação do programa assistência pré-natal com sua dimensão, subdimensões, componente estrutural insumo e componente estrutural atividade.

## **5.8 Dimensão da Avaliação**

De acordo com pesquisa de Serapioni (2009), no começo do século XX a qualidade da atenção à saúde interessava apenas a pequenos grupos de médicos, com o objetivo de controlar e reduzir a variação dos resultados terapêuticos. Somente a partir dos estudos pioneiros de Donabedian (1989) que a garantia da qualidade se desenvolve e se difunde, em muitos países, com o apoio da OMS. A partir daí vários métodos foram criados para monitorar e avaliar a qualidade técnica da atenção à saúde, entre eles a auditoria médica, a acreditação profissional e ultimamente a medicina baseada em evidências e as guidelines.

Entretanto, de acordo com o autor, o debate sobre a qualidade da atenção à saúde se referia à capacidade dos profissionais da saúde, de escolher as práticas assistenciais consideradas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico-científico. Entretanto, a partir do final dos anos 80, a qualidade focaliza-se nos aspectos organizacionais e nos processos gerenciais, onde a qualidade concentra-se na gestão dos processos de saúde orientados às expectativas do usuário.

Segundo estudo de Aguilar e Ander-Egg (1994), a ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação que têm como característica principal o julgamento de valor. Entretanto, o conceito de qualidade é complexo levando a diversas interpretações, o que contribui para a redução da precisão. Assim, de acordo com Frias (2010), a qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade, onde os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde devem ser considerados.

No campo da avaliação, Donabedian foi o primeiro a sugerir que as abordagens de garantia da qualidade poderiam ser divididas em estruturais, de processo e de resultado. Na abordagem estrutural são considerados os recursos em termos de força de trabalho em saúde, instalações e equipamentos que são descritos e comparados com critérios e padrões estabelecidos. A abordagem de processo considera que se todos fazem aquilo que, à luz do conhecimento corrente, é considerado correto, é mais provável que o resultado seja mais apropriado do que se o protocolo estabelecido não for seguido (VUORI, 1988).

Segundo Vuori (1988), o fundamento da abordagem de resultado é o mais evidente de todos, além de ser, talvez, a mais antiga tentativa de avaliar a qualidade do atendimento. Ele indica “áreas de problemas potenciais” que podem ser mais bem estudadas pelas abordagens de processo e de estrutura.

Na construção do modelo teórico foi contemplada a dimensão conformidade, entendida como a adesão das atividades do pré-natal às normas estabelecidas no PHPN, tomadas como padrão ouro e que constituirá a base sobre a qual serão realizados os julgamentos. As subdimensões adotadas foram: disponibilidade, oportunidade, qualidade técnico-científica e adequação. A disponibilidade, tomada aqui como uma subdimensão da conformidade, é a relação entre os serviços e recursos existentes e a necessidade dos usuários. Refere-se à existência e à dispensação de medicamentos e a oferta de exames fundamentais (PENCHANSKY e THOMAS, 1981). A oportunidade refere-se à existência dos recursos no lugar e no momento em que é requerido e necessário para os usuários, ou seja, é necessário que os exames e que os medicamentos estejam disponíveis no momento que o usuário necessitar. A qualidade técnico-científica do cuidado de saúde, segundo Vuori (1988), é a aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente

A adequação representa a relação entre a forma como os serviços se organizam para receber o usuário e como o usuário deve se adaptar a essa organização. Isto é, como os

serviços estão organizados, os fluxos estabelecidos, e como esses serviços são oferecidos aos usuários do sistema de saúde (VUORI, 1988).

Essas subdimensões da conformidade representam pontos fundamentais para o programa de Pré-Natal, pois abrangem desde a existência do medicamento, da disponibilidade de exames, de ações de prevenção, promovendo interface da usuária com o serviço.

Assim, em síntese, este estudo se propôs realizar uma pesquisa avaliativa, na qual se buscou avaliar a dimensão conformidade e suas subdimensões, qualidade técnico-científica, adequação, oportunidade e a disponibilidade, da assistência pré-natal ofertada às usuárias do Sistema Único de Saúde, de duas Unidades de Saúde da Família, do município de Cuiabá/MT.

## **5.9 Análise de Dados e Julgamento**

Nesta pesquisa a avaliação de implementação compreendeu duas etapas, a descrição do nível de implementação onde foram desenvolvidas as matrizes de informação, relevância e de análise e julgamento e a análise explicativa para o nível de implementação observado.

### **5.9.1 Matriz de Informação**

A matriz de informação apresenta um conjunto de indicadores que melhor representam o objeto da pesquisa. Entre os diversos atributos necessários, os indicadores devem ser: mensuráveis na população geral, ser coletados e analisados de forma oportuna, relevantes para a política e para a prática dos serviços, pois avaliam ações que podem levar a melhoria da situação de saúde, além de refletir resultados de ações quando medidos no tempo. Essa matriz emprega a conformidade como a dimensão a ser perseguida pela pesquisa e como subdimensões a disponibilidade, a oportunidade, a qualidade técnico-científica e a adequação. A partir dos objetivos específicos e buscando responder a pergunta avaliativa foram construídas duas categorias de indicadores: de insumos e atividades. Para cada categoria foram construídos indicadores segundo as quatro subdimensões da conformidade. Conforme quadros 04 e 05.

Para os intervalos dos escores dos indicadores (insumos e atividades) da matriz de informação adotou-se o modelo baseado no estudo de Cosendey *et al* (2003), dividindo a

pontuação em quartis. Para as variáveis dicotômicas (sim ou não) foi considerada a pontuação máxima (quatro) ou mínima (um), conforme quadro 03.

**Quadro 03:** Padrões Estipulados para Pontuação dos Indicadores.

<b>Pontuação dos Indicadores Observados</b>	
<b>Pontuação Esperada</b>	<b>Variáveis Dicotômicas</b>
0 a 25% = 1	Sim = 4
26 a 50% = 2	
51 a 75% = 3	Não = 1
76 a 100% = 4	

**Quadro 04:** Matriz de Informação Componente Estrutural Insumo.

<b>Dimensão da Avaliação</b>	<b>Subdimensão da Avaliação</b>	<b>Indicadores ou Critérios</b>	<b>Fonte de Informações</b>	<b>Como Medir</b>	<b>Pontuação</b>
<b>CONFORMIDADE</b>	<b>DISPONIBILIDADE</b>	Proporção de profissionais capacitados para o atendimento no pré-natal	Questionário com o responsável pela unidade Questionário com o profissional Questionário com a Direção da Atenção Básica	Nº de profissionais capacitados para o atendimento do pré-natal/nº total de profissionais X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Nº de medicamentos do protocolo de tratamento para gestantes no pré-natal disponíveis na unidade	Roteiro de verificação da farmácia	Nº de medicamentos disponíveis na unidade para o atendimento do pré-natal	Até 3 - 1 4 a 6 - 2 7 a 9 - 3 acima de 10 - 4
		Existência de protocolos na Unidade de Saúde para atendimento do pré-natal	Roteiro de Observação Direta Institucional	Exigido protocolo na unidade para atendimento do pré-natal	Sim 4 Não 1
		Recursos visuais disponíveis para atividades educativas	Questionário com o profissional	Possui recursos visuais para atividade educativa	Sim - 4 Não - 1
	<b>ADEQUAÇÃO</b>	Existência de salas adequadas para atendimento pré-natal com temperatura ambiente agradável	Questionário com o responsável pela unidade Roteiro de Observação Direta Institucional Roteiro de Verif. Farmácia e do Laboratório	Possui salas adequadas para o atendimento pré-natal	Sim - 4 Não - 1
	<b>QUALIDADE TECNICO CIENTÍFICA</b>	Proporção de profissionais que adotam o protocolo do pré-natal às gestantes	Questionário com o responsável pela unidade Questionário com o profissional de saúde Roteiro de Observação direta institucional Questionário com Direção Atenção Básica	Nº de profissionais que adotam o protocolo/nº total de profissionais X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4

**Quadro 05:** Matriz de Informação Componente Estrutural Atividade.

Dimensão da Avaliação	Subdimensão da Avaliação	Indicadores ou Critérios	Fonte de Informações	Como Medir	Pontuação
<b>CONFORMIDADE</b>	<b>OPORTUNIDADE</b>	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal antes de 120 dias de gestação	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes que iniciaram o pré-natal antes de 120 dias de gestação/nº total de gestantes X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de gestantes que receberam medicamentos (hipertensão, sífilis, HIV) quando necessário	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes que receberam medicamentos/ nº total de gestantes X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de gestantes com resultados de exames registrados no prontuário conforme PHPN:	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro 1º VDRL/nº total de prontuário X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		1º VDRL			
		2º VDRL	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro 2º VDRL/nº total de prontuário X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		VDRL no parceiro	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro de parceiro testados para VDRL/nº total de prontuários X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Toxoplasmose	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro toxoplasmose/nº total de prontuários X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		EAS	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro de EAS/nº total de prontuários X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Anti HIV	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro de Anti HIV/nº total de prontuário X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Tipagem Sanguínea e fator RH	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro de tipagem sanguínea e fator RH/nº total de prontuários X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Dosagem de hemoglobina e hematócrito	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro de dosagem de hemoglobina e hematócrito/nº total de prontuários X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Glicemia em jejum	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro de glicemia de jejum/nº total de prontuário X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Hepatite	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro de hepatite/nº total de prontuários X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4

<b>CONFORMIDADE</b>	<b>OPORTUNIDADE</b>	Preventivo de Câncer	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com registro de preventivo de câncer/nº total de prontuários X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de gestantes que receberam imunização contra o tétano neonatal em momento oportuno	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes que receberam imunização contra o tétano neonatal/nº total de gestantes X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
	<b>QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA</b>	Proporção de gestantes com mais de 6 consultas no pré-natal	Roteiro Análise Prontuário	Nº de gestantes com mais de 6 consultas/nº total de gestantes X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
		Proporção de gestantes de risco identificadas	Roteiro Análise Prontuário	nº de gestantes de risco encaminhadas/nº total gestantes X 100	Até 25% - 1 26% a 50% - 2 51% a 75% - 3 Acima de 75% - 4
	<b>ADEQUAÇÃO</b>	Adoção de estratégia pedagógica para atividade educativa	Questionário com o responsável pela unidade Questionário com profissional	Adota estratégia pedagógica para atividade educativa	Sim - 4 Não - 1

### 5.9.2 Matriz de Relevância

A matriz de relevância aponta os aspectos relativos à implementação do pré-natal e sua relação com a conformidade e com suas subdimensões disponibilidade, oportunidade, qualidade técnico-científica e adequação.

Neste trabalho, a matriz de relevância foi construída (quadros 6 e 7) com base no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que possibilita priorizar os fatores que interferem na qualidade da atenção pré-natal. Foram construídas duas matrizes de relevância, uma para o componente estrutural insumo e outra para o componente estrutural atividade. Assim, em reunião com a área técnica da saúde da criança e da mulher, da Secretaria de Estado de Saúde, foi definida para cada subdimensão, a relevância dos indicadores como: muito relevante (RRR) que recebeu 3 pontos; relevante (RR) que recebeu 2 pontos; e pouco relevante (R) que recebeu 1 ponto. Ela indicou quais componentes estruturais deviam ser priorizados no momento da elaboração da matriz de análise e julgamento, ou seja, quais foram muito relevantes, relevantes e pouco relevantes (quadros 6 e 7).

**Quadro 6:** Matriz de Relevância Componente Estrutural Insumo.

Componente Estrutural: Insumo	Dimensão da Conformidade		
	Disponibilidade	Qualidade Técnico-Científica	Adequação
Recursos Humanos	RRR	RR	
Testes para diagnósticos (especialmente para sífilis) e Medicamentos: analgésicos, antiácidos, Antibióticos (penicilina), sulfato ferroso, anti-hemético, anti-hipertensivos, remédio para sífilis e AIDS	RRR		
Protocolo Clínico	RR		
Verificação da adequação da área física			RR
Recursos visuais disponíveis para atividades educativas	RR		

Fonte: Adaptado de Souza, 2006

RRR = 3 Muito Relevante, RR = 2 Relevante, R = 1 Pouco Relevante

**Quadro 7:** Matriz de Relevância Componente Estrutural Atividade.

Componente Estrutural: Atividade	Dimensão da Conformidade		
	Oportunidade	Qualidade técnico científica	Adequação
Captação precoce da gestante	RRR		
Realização de mais de 06 consultas de pré-natal		RRR	
Estabelecimento de esquema medicamentoso no pré-natal, quando necessário	RRR		
Solicitação/Verificação dos resultados dos exames realizados no pré-natal	RRR		
Verificação da Vacinação Antitetânica	RRR		
Verificação da ocorrência de atividades educativas com gestantes			RR
Identificação de gestantes de risco		RRR	

Fonte: Adaptado de Souza, 2006

RRR – Muito Relevante = 3, RR – Relevante = 2, R – Pouco Relevante = 1

### 5.9.3 Matriz de Análise e Julgamento

Para construção da matriz de análise e julgamento foram selecionados os insumos e as atividades identificadas (componentes estruturais) como muito relevantes, relevantes e pouco relevantes. Foram construídas duas matrizes de análise e julgamento, uma para o componente

estrutural insumo e outra para o componente estrutural atividade para cada caso. Em seguida, procedeu-se a identificação dos indicadores por dimensão da avaliação e seus componentes, estabelecendo-se a pontuação de cada um. A finalidade desta matriz é avaliar a conformidade da assistência pré-natal ao PHPN (quadros 9 e 10). A classificação do grau de implementação foi definida por meio de tercis, baseada no modelo de Cosendey *et al* (2003). O grau de implementação demonstrado no quadro 8 foi definido como: implementado para os valores de 80% ou mais, parcialmente implementado para os valores de 40% a 79,9% e implementação crítica ou não implementada para os valores de 39,9% ou menos.

**Quadro 8:** Parâmetros para Classificação do Grau de Implementação.

Percentual	Grau de implementação
80,0% ou mais	Implementado
De 40,0 ~ 79,9%	Parcialmente implementado
Menor ou igual 39,9 %	Implementação crítica ou não implementada

Fonte: Adaptado de Cosendey *et al*, 2003

Todos os dados obtidos foram processados em bancos de dados, criados em planilhas do software Excel, e exportados para análise no SPSS versão 17.0. Os dados foram tabulados segundo subdimensões da avaliação, constituindo-se em matrizes de julgamento. Essas matrizes estão apresentadas na análise de dados e julgamento e estão organizadas a partir dos índices de disponibilidade, oportunidade, qualidade técnico-científica e adequação, selecionados como critérios da conformidade nesta avaliação. Nestas matrizes são apresentados os percentuais obtidos para os indicadores, as pontuações esperadas e as pontuações alcançadas, visando identificar o grau de implementação.

Vale destacar que para a avaliação desses resultados, foram trianguladas as informações provenientes da coleta de dados como: questionários com o responsável pela unidade, com os profissionais das unidades, com a Direção da Atenção Básica de Cuiabá, com as observações diretas realizadas com as gestantes.

Os padrões utilizados para os escores dos indicadores de insumos e atividades (quadro 8, página 49) foram baseados no estudo de Cosendey *et al* (2003), adaptando-os a partir da utilização de tercis. Nas variáveis dicotômicas foi considerada a pontuação máxima (quatro) ou mínima (um).

**Quadro 9:** Matriz de Análise e Julgamento, Componente Estrutural Insumo, Cuiabá, 2010.

DIMENSÃO	SUBDIMENSAO	CRITÉRIOS/INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA (PM)	PONTUAÇÃO OBSERVADA (PO)	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO	
CONFORMIDADE	OPORTUNIDADE	Proporção de profissionais capacitados para o atendimento no pré-natal	12			
		Nº de testes e medicamentos do protocolo de tratamento para gestantes no pré-natal disponíveis na unidade	12			
		Existência de protocolos na Unidade de Saúde para atendimento do pré-natal	8			
		Recursos visuais disponíveis para atividades educativas	8			
		<b>Índice de Implementação</b>	40			
		QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA	Proporção de profissionais que adotam o protocolo do pré-natal às gestantes	8		
	<b>Índice de Implementação</b>		8			
	ADEQUAÇÃO	Proporção de salas disponíveis para atendimento pré-natal com temperatura ambiente agradável	8			
		<b>Índice de Implementação</b>	8			
	<b>GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO</b>			56		

Fonte: Adaptado de Santos, 2008

**Quadro 10:** Matriz de Análise e Julgamento, Componente Estrutural Atividade, Cuiabá, 2010.

DIMENSÃO	SUBDIMENSAO	CRITÉRIOS/INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA (PM)	PONTUAÇÃO OBSERVADA (PO)	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO	
CONFORMIDADE	OPORTUNIDADE	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal antes de 120 dias de gestação	12			
		Proporção de gestantes testadas que receberam medicamentos (hipertensão, sífilis, HIV) quando necessário	12			
		Proporção de gestantes com registro de resultados de exames durante a gravidez conforme PHPN:				
		1º VDRL realizado na 1ª consulta	1.2			
		2º VDRL por volta da 30ª semana	1.2			
		VDRL Parceiro realizado na 1ª consulta	1.2			
		Toxoplasmose	1.2			
		EAS (dois exames)	1.2			
		Anti HIV	1.2			
		Tipagem Sanguínea e fator RH	1.2			
		Hepatite	1.2			
		Glicemia em jejum (duas vezes)	1.2			
		Dosagem de hemoglobina e hematócrito	1.2			
		Preventivo de Câncer	12			
		Proporção de gestantes que receberam imunização contra o tétano neonatal em momento oportuno	12			
		<b>Índice de Implementação</b>	60			
	QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA	Proporção de gestantes com mais de 6 consultas no pré-natal	12			
		Proporção de gestantes de risco identificadas	12			
		<b>Índice de Implementação</b>	24			
	ADEQUAÇÃO	Adoção de estratégia pedagógica para atividade educativa	8			
		<b>Índice de Implementação</b>	8			
	<b>GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO</b>			92		

Fonte: Adaptado de Santos, 2008.

## **6- ESTRATÉGIA DE DIFUSÃO DOS ACHADOS**

Considerando que o estudo objetiva a melhoria do programa, é necessário que os resultados encontrados por esta pesquisadora sejam divulgados, pois só a partir do conhecimento do resultado da pesquisa o gestor poderá promover mudanças na qualidade das ações de assistência pré-natal. Assim, os relatórios com os respectivos resultados serão encaminhados aos Gestores de Saúde Municipal e Estadual, aos Conselhos Municipal de Cuiabá e Estadual de Saúde além de serem apresentados na reunião da Comissão Intergestores Bipartite.

Além disso, ao término do estudo, serão realizadas oficinas na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESP/MT) para disseminação dos resultados a todos os profissionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde (SES), da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS) e das unidades em análise. Espera-se assim, contribuir para melhorar a qualidade do pré-natal no município de Cuiabá, enfatizando-se a implementação consistente de boas práticas nas consultas de Pré-Natal, reduzindo assim as morbidades nas gestantes e a mortalidade materna e neonatal do município de Cuiabá. Além disso, os resultados serão apresentados nos encontros que discutirão a qualidade da assistência pré-natal. A opção por esses espaços de difusão deu-se por reunir os usuários potenciais desta avaliação e pela possibilidade de comprometê-los com as recomendações feitas para a melhoria do programa.

O resultado da pesquisa será entregue à direção da coordenação da atenção básica do município, às unidades de análise e estará disponível para os demais interessados na biblioteca da ENSP.

## **7- RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **7.1. Caracterização das Unidades, da Direção da Atenção Básica, do Responsável pela Unidade, dos Profissionais de Saúde e dos Prontuários**

Com o objetivo de esclarecer elementos sobre o perfil dos sujeitos da pesquisa, foi feita uma breve caracterização dos serviços, dos responsáveis pelas unidades, dos prontuários e profissionais envolvidos com a implementação da assistência pré-natal no município de Cuiabá. Para isso, foram utilizados dados coletados dos questionários (com os profissionais de saúde, com o diretor, dos prontuários), dos prontuários, das observações diretas e dos roteiros de verificação dos laboratórios e das farmácias.

## **Caracterização das Unidades**

Em relação ao contexto organizacional foram analisados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e informações fornecidas nos questionários, pelos profissionais de saúde e pelos responsáveis das unidades (BRASIL, 2009).

### **Caso I**

A unidade selecionada está localizada na região Norte, no Bairro Jardim Vitória. Verificou-se que, quanto à cobertura de rede de água o bairro possuía 49,28% de seus domicílios com canalização em pelo menos um cômodo e 43,19% canalizados apenas na propriedade. Com relação à rede de esgoto, verificou-se que o bairro possuía 17,68% de seus domicílios ligados à rede geral e 74,84% possuíam fossas rudimentares (CUIABÁ, 2007).

O bairro possui 03 USF: Jardim Vitória I, Jardim Vitória II e Jardim Vitória III. O espaço físico da unidade analisada abriga 02 unidades, Jardim Vitória II e Jardim Vitória III. A unidade analisada atende 06 microáreas, localizadas entre as ruas 08 e 19, recebendo uma população de aproximadamente 3.848 hab. No momento da pesquisa, a equipe não estava completa, faltava o profissional médico. Porém, na outra unidade, que ocupa o mesmo espaço físico, a equipe estava completa. A unidade possui 02 Clínicas Básicas, 01 sala de curativo, 01 sala de imunização e 01 sala de nebulização. Possui Central de Esterilização de Materiais e de Prontuário de Paciente próprio. É credenciada como estratégia saúde da família, serviço de atenção ao paciente com tuberculose, ao pré-natal, parto e nascimento próprio (BRASIL, 2009). Verificou-se que a unidade possuía farmácia para atendimento de 02 unidades e posto de coleta laboratorial para atendimento de 03 unidades.

Observou-se ainda que a unidade é credenciada ao serviço de pré-natal e mantida pela gestão municipal de Cuiabá. O atendimento é ambulatorial e por meio do Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico. A unidade está cadastrada no CNES como atendimento por demanda espontânea; porém, durante o trabalho de campo, observou-se que trabalha com marcação de consultas e que o dia instituído para a assistência pré-natal é as terças-feiras à tarde. Fora disso, o atendimento só pode ser feito para urgência e emergência.

### **Caso II**

A unidade selecionada está localizada na região Sul, no Bairro Pedra 90. Verificou-se que quanto à cobertura de rede de água o bairro possuía 47,32% de seus domicílios com canalização em pelo menos um cômodo e 28,51% canalizados apenas na propriedade. Com relação à rede de esgoto verificou-se que o bairro possuía 2,23% de seus domicílios ligados à

rede geral, 50,77% possuíam fossas sépticas e 44,39% possuíam fossas rudimentares (CUIABÁ, 2007).

O bairro possui 04 PSF: Pedra 90 I, Pedra 90 II, Pedra 90 III e Pedra 90 IV. O espaço físico da unidade analisada abriga 02 unidades, Pedra 90 I e Pedra 90 II. A unidade analisada atende 06 microáreas, recebendo uma população de aproximadamente 4.211 habitantes. No momento da pesquisa a equipe estava completa. A unidade possui 02 Clínicas Básicas, 02 outros consultórios não médicos, 01 sala de curativo, 01 sala de imunização e 01 sala de nebulização. Possui Central de Esterilização de Materiais e de Prontuário de Paciente próprio. É credenciada como estratégia saúde da família, serviço de atenção ao paciente com tuberculose, ao pré-natal, parto e nascimento próprio (BRASIL, 2009). Verificou-se que a unidade possuía farmácia e posto de coleta laboratorial, para atendimento de 02 unidades.

Observou-se ainda que a unidade é credenciada ao serviço de pré-natal e mantida pela gestão municipal de Cuiabá. O atendimento é ambulatorial e por meio do Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico. A unidade está cadastrada no CNES, como atendimento por demanda espontânea; porém, durante o trabalho de campo observou-se que trabalha com marcação de consultas, e que o dia instituído para a assistência pré-natal é as quartas-feiras, com médica e às quintas feiras, com enfermeira. Fora disso, o atendimento só pode ser feito para urgência e emergência.

### **Caracterização da Direção da Atenção Básica**

A Diretora da Atenção Básica do município é nutricionista, funcionária estatutária da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, com 11 anos de serviços prestados. Assumiu a direção da Atenção Básica há 8 meses. Tem Especialização em Saúde Coletiva e Administração Hospitalar e não trabalha em outra instituição.

### **Caracterização do Responsável pela Unidade**

#### **Caso I**

A responsável pela unidade é enfermeira, com 23 anos de formada e há 9 anos trabalha atuando como responsável pela unidade. Apesar de trabalhar à noite na UTI de um hospital de Cuiabá, o PSF é sua principal fonte de renda.

## **Caso II**

A responsável pela unidade também é enfermeira e está trabalhando há sete meses na unidade, atuando como responsável técnica. O PSF é sua única fonte de renda.

Pela formação e experiência profissional das responsáveis pelas unidades, observou-se que a do Caso I possuía mais experiência no trabalho que a do Caso II e possuía também mais conhecimento com relação ao PHPN. Porém, observou-se que tanto a do Caso I quanto a do Caso II não conheciam a organização dos serviços como um todo, haja vista que as informações sobre capacitação dos profissionais foram divergentes.

## **Caracterização dos Profissionais de Saúde**

### **Caso I**

Quanto aos profissionais da unidade, a maioria era do sexo feminino, apenas 01 técnico de enfermagem era do sexo masculino. Estão registrados no CNES 10 profissionais de saúde entre eles: 01 médico, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 técnico de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. Entretanto, no momento da pesquisa, a equipe não estava completa, faltando o profissional médico. A média de tempo dos profissionais na unidade variou de 4 a 10 anos.

### **Caso II**

Nessa unidade todos os profissionais eram do sexo feminino e a equipe estava completa. Estão registrados no CNES 10 profissionais de Saúde entre eles: 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem e 07 agentes comunitários de saúde. A média de tempo dos profissionais na unidade é de menos de 1 ano, pois a unidade tem menos de 2 anos de implantada.

## **Caracterização dos Prontuários das Gestantes**

Com relação aos prontuários, foram analisados 69 de gestantes que fizeram o pré-natal no período de outubro de 2008 a outubro de 2009 em duas Unidades de Saúde da Família do município de Cuiabá-MT.

### **Caso I**

Com relação à idade verificou-se que 39,99% das gestantes apresentaram idade entre 10 e 19 anos. Quanto à escolaridade das gestantes, chamou atenção a ausência de informação sobre essa variável em 80% dos prontuários analisados. 6,7% eram analfabetas e 10% apresentavam entre 1º grau incompleto e 1º grau completo e 3,3% apresentavam 2º grau completo. Com relação à situação conjugal, 80% dos prontuários não apresentavam essa informação apenas 20% apresentaram a informação de casada.

### **Caso II**

Com relação à idade verificou-se que 33,33% apresentaram idade entre 10 e 19 anos. Quanto à escolaridade das gestantes, chamou atenção a ausência de informação sobre essa variável em 94,87%, 5,12% das gestantes apresentavam entre 2º grau incompleto e 2º grau completo. Com relação à situação conjugal, 92,30% dos prontuários não apresentavam informações, 5,12% e 2,56% apresentavam informação de solteira e casada, respectivamente.

## **7.2 Caracterização do Grau de Implementação da Assistência Pré-Natal**

Para caracterizar o grau de implementação da assistência pré-natal, foi construída a matriz de análise e julgamento de 02 unidades de saúde da família pesquisadas, com seus resultados e discussão, identificando os pontos críticos para recomendações. Esses resultados envolveram indicadores relacionados aos componentes estruturais explicitados no modelo lógico do programa e ainda à dimensão definida para a avaliação dessa intervenção. Foram avaliados separadamente os indicadores relativos aos insumos (subdimensões de disponibilidade, qualidade técnico-científica e adequação) e às atividades (oportunidade, qualidade técnico-científica e adequação), vindos de diferentes fontes de informações tendo em vista que nem todas as informações são registradas em prontuários.

Os indicadores relativos aos insumos referiam-se à profissionais capacitados para o pré-natal, nº de medicamentos disponíveis na unidade, existência de protocolo do pré-natal e de recursos visuais na unidade, adoção do protocolo pelos profissionais na assistência pré-natal e salas adequadas disponíveis para o atendimento pré-natal.

Os indicadores relativos às atividades referiam-se a captação precoce da gestante, gestantes que receberam medicamentos quando necessário, gestantes com resultados de exames registrados nos prontuários e gestantes que foram imunizadas, gestantes com mais de

6 consultas de pré-natal, identificação de gestantes de risco e adoção de estratégia pedagógica.

### 7.2.1 Componente Estrutural Insumo

#### Subdimensões: Disponibilidade, Qualidade Técnico-Científica e Adequação

Com relação aos insumos da subdimensão disponibilidade, foram eleitos quatro grupos: profissionais capacitados para o pré-natal, número de medicamentos disponíveis na unidade, existência de protocolo do pré-natal e de recursos visuais na unidade. A matriz de análise e julgamento é apresentada e comentada a seguir (quadro 11).

**Quadro 11:** Matriz de Análise e Julgamento, Componente Estrutural Insumo, Cuiabá, 2010.

DIMENSÃO	SUB-DIMENSAO	CRITÉRIOS/INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA (PM)	PONTUAÇÃO OBSERVADA (PO)		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO	
				CASO I	CASO II	CASO I	CASO II
CONFORMIDADE	DISPONIBILIDADE	Proporção de profissionais capacitados para o atendimento no pré-natal	12	9	6	75 parcialmente implementado	50 parcialmente implementado
		Nº de testes e medicamentos do protocolo de testagem e tratamento para gestantes no pré-natal disponíveis na unidade	12	9	12	75 parcialmente implementado	100 implementado
		Existência de protocolos na Unidade de Saúde para atendimento do pré-natal	8	2	2	25 implementação crítica	25 implementação crítica
		Recursos visuais disponíveis para atividades educativas	8	2	2	25 implementação crítica	25 implementação crítica
		<b>Índice de Implementação</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>55 parcialmente implementado</b>	<b>55 parcialmente implementado</b>
	QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA	Proporção de profissionais que adotam o protocolo do pré-natal às gestantes	8	8	6	100 implementado	75 parcialmente implementado
		<b>Índice de Implementação</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>100 implementado</b>	<b>75 parcialmente implementado</b>
	ADEQUAÇÃO	Proporção de salas disponíveis para atendimento pré-natal com temperatura ambiente agradável	8	8	8	100 implementado	100 implementado
		<b>Índice de Implementação</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>100 implementado</b>	<b>100 implementado</b>

		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO	56	38	36	67,9 Parcialmente implementado	64,3 parcialmente implementado
--	--	-----------------------	----	----	----	-----------------------------------	-----------------------------------

A equipe de profissionais existentes nas unidades era composta por enfermeira, médico (somente caso II), auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Foi considerado o indicador profissionais capacitados para classificação do grau de implementação do pré-natal nessas unidades. Assim, as unidades apresentaram um grau de parcialmente implementado, com 75% caso I e 50% caso II no que se refere aos recursos humanos capacitados (gráfico 1). De acordo com PHPN, a capacitação de profissionais para atenção pré-natal é um insumo de grande importância para melhorar a qualidade das consultas. Segundo Cotta *et al* (2006), a capacitação é um dos quesitos fundamentais para o atendimento no pré-natal, pois o profissional deve ter domínio do conhecimento técnico-científico, gerenciamento de seu tempo, exercício de criatividade, trabalho em equipe, consciência da qualidade e maior humanização das atividades de assistência ao pré-natal. Assim, a unidade deve realizar capacitações periódicas a 100% dos profissionais, promovendo uma assistência pré-natal mais adequada às gestantes.

Ainda dentro da subdimensão disponibilidade, um insumo de grande importância são os medicamentos que devem estar disponíveis no momento em que a gestante necessitar. De acordo com a enfermeira responsável pelo caso I, nunca houve desabastecimento de medicamentos destinados à gestante. Afirmação sustentada pela técnica de enfermagem, responsável pela farmácia da unidade. Entretanto ao responder o roteiro de verificação da farmácia, a mesma técnica informou a presença de poeira, lixo exposto, incidência de luz solar sobre os medicamentos além de existirem caixas de remédio em contato direto com o chão, realidade esta incompatível com o protocolo.

Para além disso, de acordo com o mesmo roteiro, não existe geladeira ou freezer próprio no setor, ou seja, medicamentos que necessitem de refrigeração não podem estar disponíveis na unidade, como é o caso de insulina para gestantes diabéticas. Ao questionar como era realizada a conservação de insumos, a técnica não respondeu. O controle de estoque é realizado em uma planilha Mapa Diário de Medicação onde a técnica anota o medicamento que saiu do estoque com dados do paciente. A prescrição de medicamentos para gestante é realizada para uso durante 01 mês ou até 15 dias, quando esta vem à unidade para fazer controle. As gestantes HIV positiva são atendidas no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e as com sífilis são atendidas na própria unidade. Com relação à reposição de

medicamentos, a SMS a realiza de 15 em 15 dias, mas se ocorrer alguma falta, a técnica ou a responsável pela unidade se dirige ao almoxarifado e retira os medicamentos que estão em falta.

Com relação ao número de medicamentos do protocolo para tratamento das gestantes disponíveis na unidade, pode-se observar que de uma lista de 12 tipos de medicamentos 4 medicamentos não estavam disponíveis na unidade no momento da verificação, entre eles destacamos antiácidos, supositórios de glicerina, remédio para cólica e anticonvulsivantes. Também não se encontrava disponível a insulina para gestantes que viessem a ser diagnosticadas com diabetes.

No caso II, tanto a responsável como a auxiliar administrativo, responsável pela farmácia, informaram que nunca houve desabastecimento de medicamentos destinados a gestante. O controle de estoque também é realizado em uma planilha Mapa Diário de Medicação e a prescrição de medicamentos para gestante também é realizada para uso durante 01 mês ou até 15 dias. As gestantes HIV positivas são atendidas no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e as com sífilis são atendidas na própria unidade. Com relação à reposição de medicamentos, a SMS a realiza de 15 em 15 dias, mas se ocorrer alguma falta a técnica ou a responsável pela unidade se dirige ao almoxarifado e retira os medicamentos que estão em falta. Com relação ao número de medicamentos do protocolo para tratamento das gestantes disponíveis na unidade, pode-se observar que de uma lista de 12 tipos de medicamentos 2 não estavam disponíveis na unidade no momento da verificação, entre eles destacamos supositórios de glicerina e anticonvulsivantes. Também não se encontrava disponível a insulina para gestantes que viessem a ser diagnosticadas com diabetes.

Assim, as unidades apresentaram um grau de implementação de parcialmente implementado (75%) e implementado (100%) para os casos I e II respectivamente, no que se refere à disponibilidade de medicamentos (gráfico 1).

Observou-se ainda, no caso I e no caso II, a ausência de protocolo na unidade para o atendimento pré-natal. Também não foi encontrado na unidade nenhum material educativo específico do pré-natal, tais como, pôsteres, cartazes, afixados nas salas de espera e corredor. Além disso, também não foram encontrados materiais educativos relativos à DST e gravidez na adolescência, ou seja, a disponibilidade de protocolo e de materiais educativos para o atendimento da gestante estava comprometida (quadro 12). Cabe ressaltar que apesar dos profissionais informarem que conhecem e utilizam o protocolo do PHPN, durante o período em que a pesquisadora realizou a observação direta, este não foi encontrado nas duas

unidades analisadas. Com relação aos recursos visuais, foi relatado pela responsável das unidades que é vedada a fixação de cartazes nas unidades.

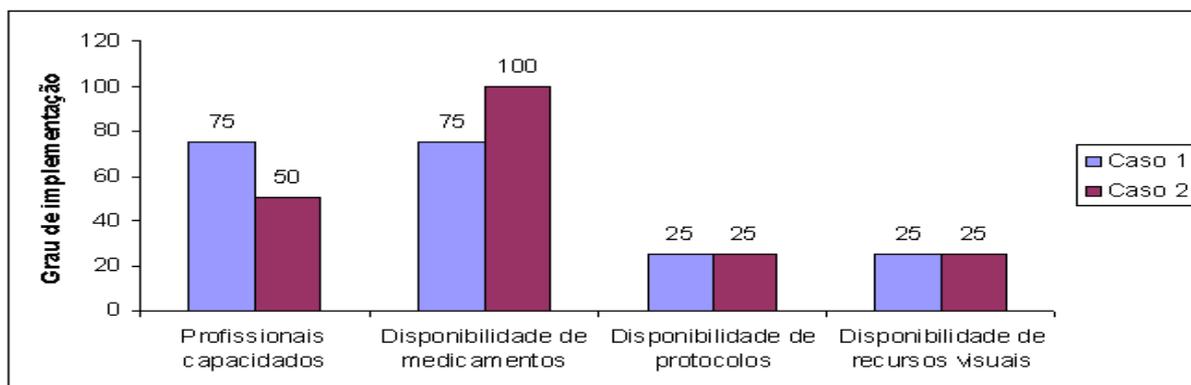
**Quadro 12:** Análise dos Indicadores da Subdimensão Disponibilidade, Componente Estrutural Insumo Casos I e II Cuiabá/MT, 2009.

Componente Estrutural Insumo	Caso I	Caso II
Capacitação Profissional com evidência	60%	50%
Existência de protocolo na unidade	Não	Não
Existência de recursos visuais na unidade	Não	Não

Desta maneira, as unidades apresentaram um grau de implementação crítica (25% cada unidade) no que se refere à disponibilidade de protocolo e recursos visuais (gráfico 1).

Assim, em relação à subdimensão disponibilidade tanto o caso I quanto o caso II apresentaram um índice de disponibilidade de parcialmente implementado com 55% de implementação (quadro 11).

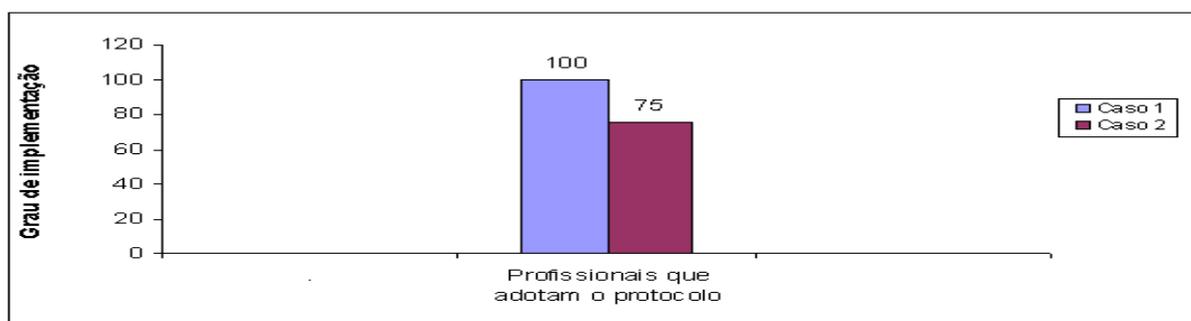
**Gráfico 1:** Grau de Implementação dos Insumos, segundo a Subdimensão Disponibilidade, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.



Com relação ao insumo da subdimensão qualidade técnico-científica, foi definido apenas um grupo, adoção do protocolo pelos profissionais na assistência pré-natal. No caso I, tanto a responsável pela unidade como os profissionais responderam que adotam o protocolo do pré-natal no atendimento às gestantes. Já no caso II, a responsável pela unidade informou que não adota o protocolo do pré-natal no atendimento às gestantes, contudo os profissionais informaram que adotam. Assim, em relação à subdimensão qualidade técnico-científica, as unidades apresentaram implementada (100%) e parcialmente implementada (75%),

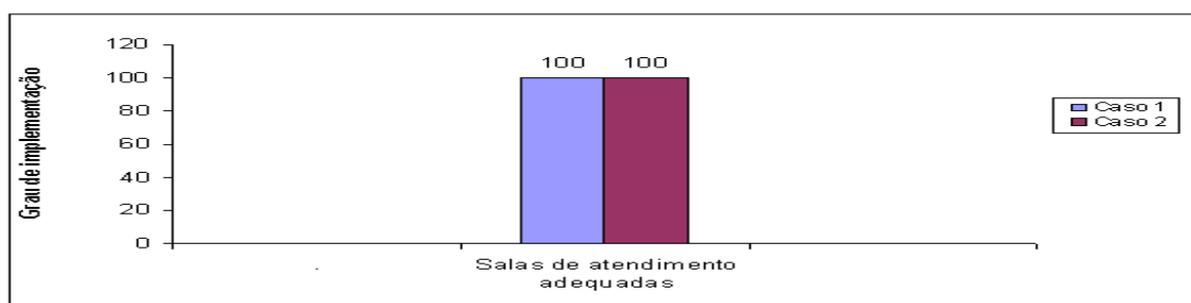
respectivamente caso I e caso II (gráfico 2). Observou-se uma falta de sintonia entre a responsável pela unidade e os profissionais do caso II, levando esta pesquisadora a indagar se estes profissionais adotam o protocolo ou se pelo menos o conhecem.

**Gráfico 2:** Grau de Implementação dos Insumos, segundo a Subdimensão Qualidade Técnico-Científica, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.



Com relação ao insumo da subdimensão adequação, foi definido apenas um grupo, salas adequadas disponíveis para o atendimento pré-natal. Assim, quanto à estrutura física, tanto do caso I como do caso II, observou-se que são limpas, confortáveis, bem iluminadas e de fácil acesso para as gestantes. A sala de espera possui ventilador, TV, cadeiras, bebedouro, etc. Existem 02 salas/consultórios que atendem ao pré-natal, mas não são exclusivas do programa, pois como já informado, a unidade trabalha com marcação de consultas e com um dia na semana para atendimento das gestantes, no caso I e dois dias na semana, no caso II. A sala/consultório possui mesa ginecológica, escada, mesa e cadeira, ar condicionado, banheiro azulejado e é bem iluminada. De um modo geral, as salas conferem total privacidade às gestantes. Vale ressaltar que as recepções, das duas unidades, atendem 02 USF. A adequação do ambiente físico foi examinada através da observação do atendimento às gestantes. Assim, o nível de implementação observado foi de 100%, isto é implementado (gráfico 3). Ou seja, o ambiente da unidade de atendimento estava em conformidade com as recomendações.

**Gráfico 3:** Grau de Implementação dos Insumos, segundo a Subdimensão Adequação, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.



A avaliação sobre a disponibilidade dos insumos demonstrou que o programa encontra-se parcialmente implementado, apresentando índices de 67,9% e 64,3%, respectivamente nos casos I e II, sendo que a disponibilidade de protocolos para o atendimento do pré-natal e recursos visuais para atividades educativas foram os indicadores que se encontravam com implementação crítica, devido a ausência desses nas unidades analisadas.

1

Com relação ao caso I, pode-se observar que o índice de implementação da subdimensão disponibilidade foi de 55%, da qualidade técnico-científica foi de 100% e da adequação foi de 100%. Com relação ao caso II pode-se observar que o índice de implementação da disponibilidade foi de 55%, da qualidade técnico-científica foi de 75% e da adequação foi de 100%. A subdimensão que apresentou indicadores com índice de implementação crítico, foi a disponibilidade com os indicadores disponibilidade de protocolo e recursos visuais. O grau de implementação do componente estrutural insumo para o caso I foi de 67,9% e 64,3% para o caso II, apresentando-se parcialmente implementados.

## **7.2.2 Componente Estrutural Atividade**

### **Subdimensões: Oportunidade, Qualidade Técnico-Científica e Adequação**

Com relação às atividades da subdimensão oportunidade foram eleitos quatro grupos: captação precoce da gestante, gestantes que receberam medicamentos quando necessário, gestantes com resultados de exames registrados nos prontuários e gestantes que foram imunizadas, conforme demonstrado na matriz de análise e julgamento componente estrutural atividade, quadro 13.

**Quadro 13:** Matriz de Análise e Julgamento, Componente Estrutural Atividade, Cuiabá/MT, 2010.

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	CRITÉRIOS/INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA (PM)	PONTUAÇÃO OBSERVADA (PO)		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO	
				CASO I	CASO II	CASO I	CASO II
CONFORMIDADE	OPORTUNIDADE	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal antes de 120 dias de gestação	12	9	12	75 parcialmente implementado	100 implementado
		Proporção de gestantes que receberam medicamentos (hipertensão, sífilis, HIV) quando necessário	12	6	3	50 parcialmente implementado	25 implementação crítica
		Proporção de gestantes com registro de resultados de exames durante a gravidez conforme PHPN:					
		VDRL realizado na 1ª consulta	1,2	1,2	0,3	100 implementado	25 implementação crítica
		2ª VDRL por volta da 30ª semana	1,2	0,3	0,3	25 implementação crítica	25 implementação crítica
		VDRL Parceiro realizado na 1ª consulta	1,2	0,3	0,3	25 implementação crítica	25 implementação crítica
		Toxoplasmose	1,2	1,2	0,9	100 implementado	75 parcialmente implementado
		EAS (duas vezes)	1,2	0,9	0,9	75 parcialmente implementado	75 parcialmente implementado
		Anti HIV	1,2	1,2	0,3	100 implementado	25 implementação crítica
		Tipagem Sanguínea e fator RH	1,2	0,9	0,6	75 parcialmente implementado	50 parcialmente implementado
		Hepatite	1,2	0,6	0,6	50 parcialmente implementado	50 parcialmente implementado
		Glicemia em jejum (duas vezes)	1,2	0,9	0,6	75 parcialmente implementado	50 parcialmente implementado
		Dosagem de hemoglobina e hematócrito	1,2	0,6	0,6	50 parcialmente implementado	50 parcialmente implementado
		Preventivo Câncer	12	3	3	25 implementação crítica	25 implementação crítica
		Proporção de gestantes que receberam imunização contra o tétano neonatal em momento oportuno	12	9	12	75 parcialmente implementado	100 implementado
		<b>Índice de Implementação</b>		<b>60</b>	<b>35,1</b>	<b>35,4</b>	<b>58,5</b> parcialmente implementado

<b>CONFORMIDADE</b>	<b>QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA</b>	Proporção de gestantes com mais de 6 consultas no pré-natal	12	9	9	75 parcialmente implementado	75 parcialmente implementado
		Proporção de gestantes de risco identificadas	12	12	12	100 implementado	100 implementado
		<b>Índice de implementação</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>87,5 implementado</b>	<b>87,5 implementado</b>
	<b>ADEQUAÇÃO</b>	Adoção de estratégia pedagógica para atividade educativa	8	8	8	100 implementado	100 implementado
		<b>Índice de Implementação</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>100 implementado</b>	<b>100 implementado</b>
		<b>GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO</b>	<b>92</b>	<b>64,1</b>	<b>64,4</b>	<b>69,7 Parcialmente implementado</b>	<b>70 parcialmente implementado</b>

De acordo com o PHPN, o pré-natal deve ser iniciado no primeiro trimestre da gestação, pois assim a gestante pode usufruir de um acompanhamento completo da gestação e do pós-parto. No caso I, observou-se que 70% das gestantes avaliadas iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, apresentando-se parcialmente implementado (75%), ou seja, naquela unidade as gestantes estão parcialmente sendo captadas no momento oportuno. Já no caso II, observou-se que 84,6% das gestantes iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, com um grau de implementação de 100%, ou seja, nessa unidade as gestantes estão sendo captadas no momento oportuno (gráfico 4).

Nos prontuários avaliados do caso I foram encontrados 46,7% com registros de providências/tratamento para gestantes com resultado de exames positivo ou com alguma queixa e 53,3% sem registros. Apresentando nesse indicador, uma implementação parcial (50%). No caso II, apenas 25,6% dos prontuários avaliados foram encontrados registros de providências/tratamento para gestantes com resultado de exames positivo ou com alguma queixa e 74,4% sem registros, apresentando um índice de implementação crítica, 25%, (quadro 4). Observou-se um percentual muito alto de prontuários sem registro de tratamento nas duas unidades, levando esta pesquisadora a questionar se essas gestantes não apresentaram queixas ou se simplesmente não foi anotado nos prontuários.

No caso I, do total de prontuários analisados (30), apenas 49,39% tiveram o resultado registrado, e no caso II dos prontuários analisados (39), apenas 27,27% tiveram o resultado registrado. Além disso, tanto no caso I quanto no caso II não havia registros de exames de

VDRL no parceiro, em 100% dos prontuários analisados, informação esta muito importante para se prevenir a sífilis vertical (quadro 14).

**Quadro 14:** Análise dos Indicadores da Subdimensão Oportunidade Componente Estrutural Atividade Casos I e II Cuiabá/MT, 2009.

<b>Componente Estrutural Insumo</b>	<b>Caso I</b>	<b>Caso II</b>
Gestantes com registro VDRL	90,00%	23,1%
Gestantes com registro 2ª VDRL	3,33%	7,7%
Gestantes com registro de parceiro testados para VDRL	0%	0%
Gestantes com registro para toxoplasmose	93,33%	53,8%
Gestantes com registro de EAS	53,33%	53,8%
Gestantes com registro de Anti HIV	86,67%	23,1%
Gestantes com registro de tipagem sanguínea e fator RH	63,33%	28,2%
Gestantes com registro de dosagem de hemoglobina e hematócrito	46,67%	35,9%
Gestantes com registro de glicemia em jejum	56,67%	33,3%
Gestantes com registro de hepatite	46,67%	30,8
Gestantes com registro de preventivo câncer	3,33%	10,3%
<b>Percentual de exames registrados nos prontuários</b>	<b>49,49</b>	<b>27,27</b>

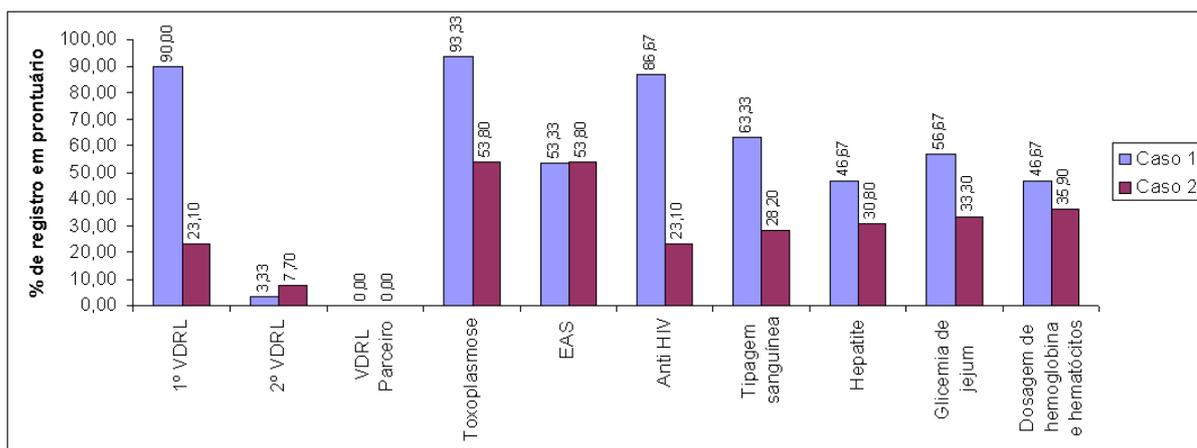
O índice de implementação neste indicador, nos dois casos, foi crítico. Os dados encontrados nos levam a questionar se a sorologia para o parceiro está sendo solicitada ou não faz parte da rotina na unidade básica de saúde.

Com relação à segunda solicitação de VDRL para a gestante, foi encontrado registro em apenas 3,33% dos prontuários avaliados, do caso I, ou seja, em 96,7% não havia o registro do resultado. Exames como dosagem de hemoglobina e hematócrito e hepatite também tiveram baixo registro nos prontuários, apenas 46,67%. Assim, o caso I com relação ao registro de exames nos prontuários apresentou uma implementação crítica para 2ª solicitação do VDRL e para VDRL parceiro. Com relação aos exames de EAS, tipagem sanguínea e fator RH, hepatite, dosagem de hemoglobina e hematócrito e glicemia de jejum apresentaram uma implementação parcial. Contudo, em relação aos exames de 1ª solicitação de VDRL, toxoplasmose e anti HIV apresentaram implementados. O registro dos resultados dos exames foi muito baixo nessa unidade, como já observado por esta pesquisadora. Isso pode dificultar a tomada de decisão pelo profissional quando observado algum problema com a gestante. Para além disso, em 100% dos prontuários analisados não foi observado cartão da gestante,

onde também deveriam ser registrados todos os procedimentos realizados.

No caso II, tanto na 1ª solicitação de VDRL como na segunda o percentual de registro foi muito aquém do esperado, com 23,1% e 7,7%, respectivamente, apresentando índice de implementação crítico (25%). Nesta unidade dois outros indicadores apresentaram implementação crítica: o anti-HIV, com um percentual de registro em prontuário de apenas 23,1% e tipagem sanguínea e fator RH, com um percentual de registro em prontuário de 28,2%. Com relação aos exames de toxoplasmose, EAS, dosagem de hemoglobina e hematócrito, glicemia em jejum e hepatite apresentaram índice de implementação parcial (gráfico 4). Nesta unidade o registro nos prontuários foi mais baixo do que no caso I, podendo nos levar a acreditar que os profissionais não receberam capacitação/treinamento.

**Gráfico 4:** Grau de Implementação da Atividade Proporção de Gestantes com Registro de Resultado de Exames, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.



Para além disso, o exame preventivo de câncer que deveria ser realizado rotineiramente nas consultas ginecológicas, foi encontrado registro, no caso I, em apenas 3,33% dos prontuários avaliados, ou seja, em 96,67% não havia o registro desse exame e no caso II foi encontrado em apenas 10,3%. Em relação à imunização contra o tétano neonatal verificou-se que no caso I, em 66,7% dos prontuários das gestantes analisados constava a informação, porém em 33,3% não constava tal informação, apresentando uma implementação parcial (75%). No caso II, observou-se que o registro ocorreu em 92,3% dos prontuários pesquisados, apresentando-se implementado (100%), conforme gráfico 5.

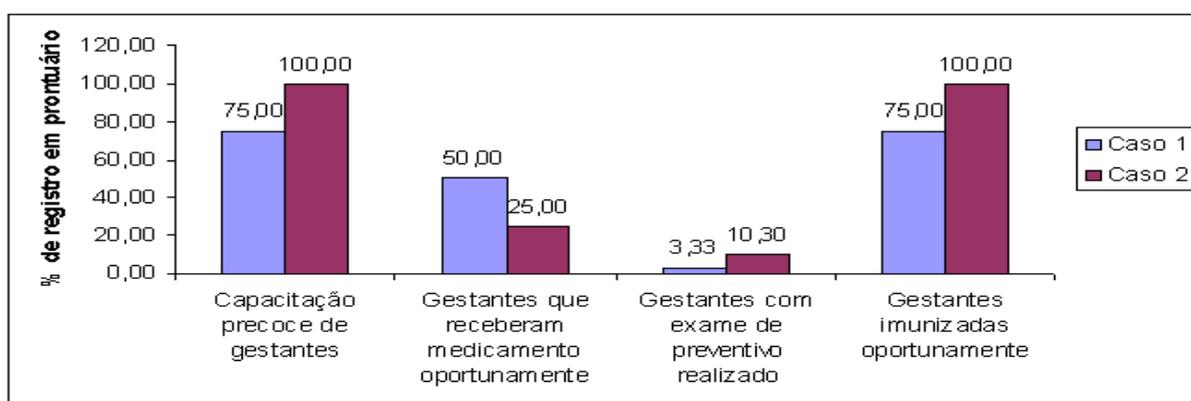
Para exames laboratoriais, a unidade do caso I agenda a coleta uma vez por semana, quando os pacientes devem se encaminhar para fazer a coleta, pois o posto atende 03 PSF, entretanto as gestantes têm prioridade no agendamento. Os exames são acondicionados em caixa de isopor por aproximadamente 4 horas, até a chegada da equipe do laboratório que vem

retirá-los. O ambiente não é refrigerado, o espaço é pequeno, possui uma pia, uma cadeira para coleta e armário com materiais necessários. O laboratório busca as amostras para proceder o exame e, após aproximadamente 08 dias, entrega o resultado. Os resultados são registrados em um livro com os códigos de barras enviado pelo laboratório.

Quanto ao caso II, a unidade agenda a coleta uma vez por semana, quando os pacientes devem se encaminhar para fazer a coleta, pois o posto atende 03 PSF, entretanto as gestantes têm prioridade no agendamento. Os exames ficam sobre uma mesa por aproximadamente 4 horas, até a chegada da equipe do laboratório que vem retirá-los. O ambiente não é refrigerado, o espaço é pequeno, possui uma pia, uma cadeira para coleta e armário com materiais necessários. O laboratório busca as amostras para proceder o exame e, após aproximadamente 08 dias, entrega o resultado. Os resultados são registrados em um livro com os códigos de barras enviado pelo laboratório.

Dessa maneira, o grau de implementação para o componente estrutural atividade na dimensão oportunidade, no caso I, foi de 58,5% e no caso II foi de 59%, ou seja, parcialmente implementado.

**Gráfico 5:** grau de Implementação das Atividades, segundo a Subdimensão Oportunidade, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.



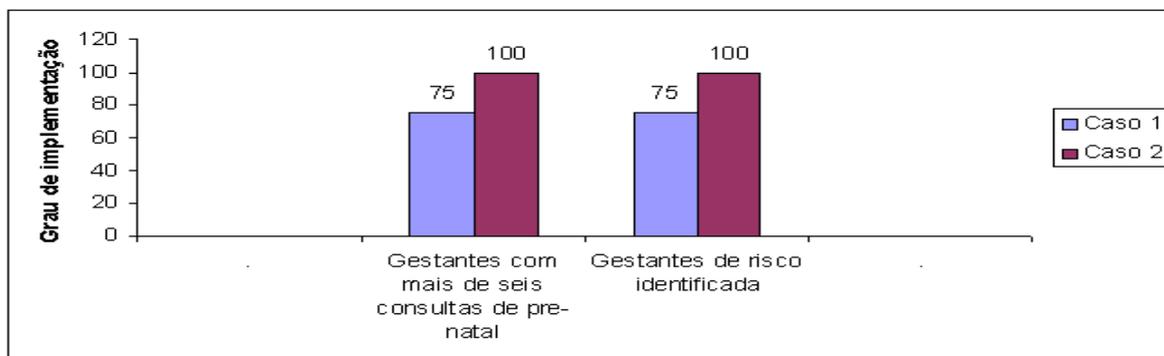
Com relação às atividades da subdimensão qualidade técnico-científica foram eleitos dois grupos: gestantes com mais de 6 consultas de pré-natal e identificação de gestantes de risco. No caso I observou-se que 60% das gestantes tiveram entre 6 e 9, 26,66% tiveram entre 2 e 4 consultas e 13,33% tiveram de 10 e 14 consultas. Já em relação à consulta de puerpério apenas 16,7% das gestantes apresentavam a informação referente à consulta e 83,3% não apresentavam esta informação. No caso II, 66,66% das gestantes tiveram de 6 e 9 consultas e 25,64% tiveram de 2 e 4 consultas. Com relação à consulta de puerpério apenas 15,4% das gestantes apresentavam registro no prontuário e 84,6% não apresentavam esse registro

(quadro 15). Assim, foi observado que o índice de implementação apresentado nos dois casos foi parcial (75%). Outro indicador observado foi a identificação das gestantes de risco. No caso I, observou-se que apenas 6,7% das gestantes foram identificadas como de risco e no caso II, 2,6%, conforme tabela 07. Verificou-se que, em ambos os casos o índice foi implementado, com 87,5% para o caso I e caso II (gráfico 6).

**Quadro 15:** Análise dos Indicadores da Subdimensão Qualidade Técnico-Científica Componente Estrutural Atividade Casos I e II Cuiabá/MT, 2009.

Componente Estrutural Atividade	Caso I	Caso II
10 a 14 Consultas	13,33%	-
6 a 9 Consultas	60%	66,66%
2 a 4 Consultas	26,66%	25,64%
Consulta puerpério	16,7%	15,4%
Identificação da gestante de risco	6,7%	2,6%

**Gráfico 6:** Grau de Implementação das Atividades, segundo a Subdimensão Qualidade Técnico-Científica, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.

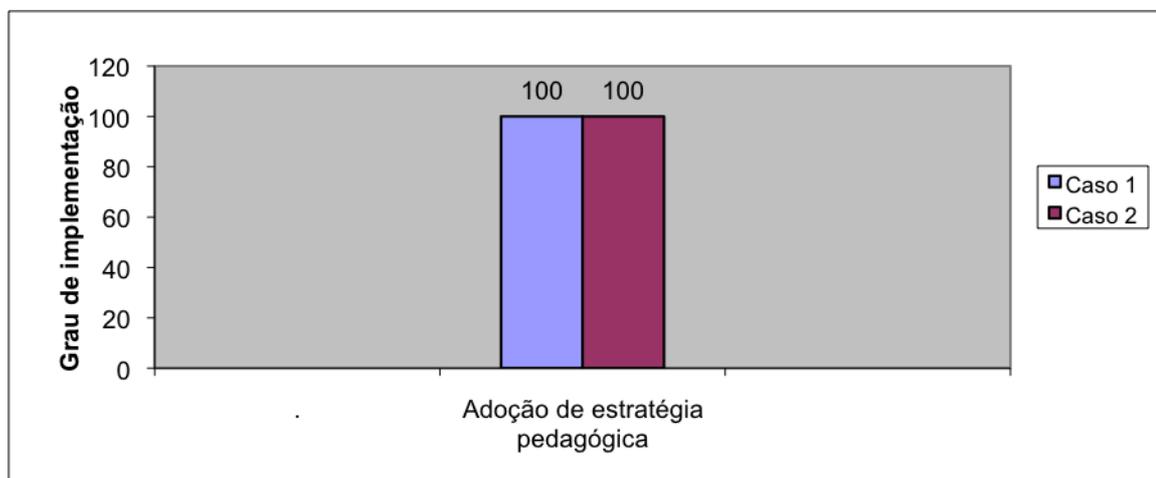


Segundo as Normas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Brasil, 2002), um indicador de processo que avalia a efetividade da assistência pré-natal é o percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, ou seja, as unidades analisadas apresentaram 26% e 25,64%, respectivamente caso I e caso II, de gestantes com número de consultas pré-natal inferior ao recomendado.

Com relação às atividades da subdimensão adequação, foi definido apenas um grupo, adoção de estratégia pedagógica pelos profissionais na unidade. Tanto no caso I como no caso II, os profissionais responderam que sempre adotam práticas educativas com as gestantes (75% e 100%, respectivamente). Além disso, a responsável informou que a unidade possui sala para realização de atividades educativas com as gestantes. Assim, conforme gráfico 7, em

relação à subdimensão adequação, as unidades apresentaram implementada (100%).

**Gráfico 7:** Grau de Implementação das Atividades, segundo a Subdimensão Adequação, Casos I e II, Cuiabá/MT, 2009.



Assim o componente atividade apresentou grau de implementação de 69,7% e 70%, parcialmente implementados nos dois casos.

Com base nos achados deste estudo pode-se concluir, de maneira geral, que o grau de implementação do Programa de Implementação da Assistência Pré-Natal em 02 unidades de saúde da família foi considerado parcialmente implementado, representado pelos valores de 68,8% (média dos insumos e atividades) e <sup>1</sup> 67,15% (média dos insumos e atividades) respectivamente para os caso I e caso II.

É importante ressaltar que na observação direta realizada pela pesquisadora, as condições do ambiente das unidades foram consideradas implementadas, pois proporcionam à gestante conforto e comodidade, apesar do problema detectado, relacionado à marcação de consultas.

A avaliação sobre a disponibilidade dos insumos demonstrou que o programa encontra-se parcialmente implementado, apresentando um índice de 55% nos casos I e II, sendo que a disponibilidade de protocolos para atendimento do pré-natal e recursos visuais para atividades educativas foram os indicadores que se encontravam com implementação crítica, devido a ausência dos mesmos nas unidades analisadas. Com relação ao indicador da qualidade técnico-científica o programa encontra-se implementado no caso I, apresentando um índice de 100% e parcialmente implementado, no caso II, apresentando um índice de 75%. Já a adequação do programa encontra-se 100% implementada nos dois casos. Assim, o componente estrutural insumo encontra-se parcialmente implementado nas duas unidades

analisadas, apresentando um grau de implementação de 67,9% e 64,3%, respectivamente nos casos I e II (gráficos 8 e 9).

O nível de implementação das atividades do programa, no que se refere a oportunidade, foi considerado parcialmente implementado, sendo que a oportunidade do registro de alguns exames foi considerada com implementação crítica como por exemplo a 2ª solicitação do VDRL nas gestantes, solicitação de VDRL nos parceiros, preventivo de câncer nas gestantes, etc, principalmente no caso II. Sabe-se da importância do exame de VDRL nas gestantes e em seus parceiros para impedir a transmissão da sífilis vertical. De acordo com o SINAN (Brasil, 2010) em 2008 o município de Cuiabá teve registro de 29 casos de gestantes com sífilis que realizaram o VDRL. Entretanto, destas, apenas 18 foram diagnosticadas até o 2º trimestre da gestação e apenas 2 gestantes tiveram o parceiro tratados concomitantemente. Assim como o índice de registro nos prontuários foi muito baixo, podem-se levantar duas situações possíveis: o médico/enfermeiro não está solicitando os exames ou não está sendo registrando os dados/resultados nos prontuários. Importante assinalar que as duas situações revelam séria omissão. Todavia, ressalta-se que o sub-registro nos prontuários vem sendo detectado por outros autores, não sendo esta uma evidência nova nos processos da assistência do pré-natal.

Considerando que os registros nos prontuários e no cartão devem permitir o acompanhamento da gestante e subsidiar a atuação dos profissionais envolvidos no atendimento, promovendo um suporte adequado, o elevado percentual de ausência no registro pode indicar comprometimento da qualidade da assistência prestada (ARAÚJO *et al*, 2008). Segundo a autora, a análise dos registros pode ser utilizada na avaliação da qualidade da assistência pré-natal. De acordo com Coutinho *et al* (2003), a desobediência às normas e rotinas do pré-natal, principalmente relacionada à ausência de registro nos prontuários, tem sido apontada como um dos principais obstáculos na busca da qualidade da assistência pré-natal e, nos casos analisados essa situação pode estar influenciando na qualidade ofertada às gestantes.

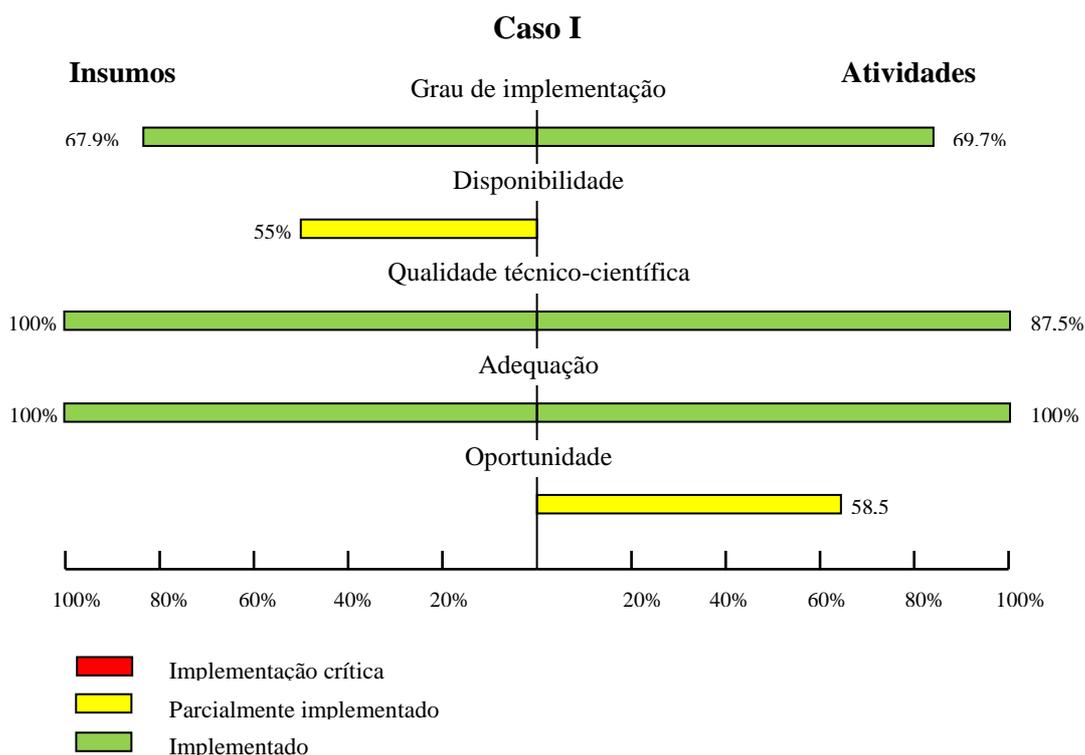
Outro indicador relacionado à subdimensão oportunidade, muito importante para auferir qualidade ao programa de implementação do pré-natal, é a captação precoce da gestante, e apesar de apresentar uma alta taxa, não podemos nos furtar de observar que 30% das gestantes deixaram de ser captadas precocemente no caso I. Assim, os índices de implementação da subdimensão oportunidade encontrados foram de 58,5% e 59%, parcialmente implementados, nos casos I e II respectivamente.

Ainda com relação às atividades do programa, no que se refere à qualidade técnico-científica observou-se que 26,15% (média dos casos I e II) das gestantes tiveram entre 2 e 4 consultas e, com relação à consulta no puerpério, observou-se que 83,95% (média dos casos) não apresentavam esta informação nos prontuários. Enfatizamos a importância da gestante realizar no mínimo 07 consultas de pré-natal e a consulta no puerpério, pois, através delas, o médico acolhe a mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar da mãe. Sabe-se ainda que, no período do puerpério ocorrem grandes modificações, daí a necessidade da puérpera ser assistida por uma equipe qualificada, proporcionando-lhe segurança e conforto. Além disso, na consulta puerperal podem-se identificar problemas relacionados à amamentação, a higienização do coto umbilical, etc. Estudo realizado por Serruya *et al* (2004a) relata que, apesar de ser um critério indispensável no conjunto da assistência pré-natal, a consulta puerperal tem baixíssima frequência nas UBS. De acordo com a pesquisa, os serviços reconhecem a necessidade da consulta, mas admitem a ausência de estratégias para a sua realização e justificam com a alegação de que “as mulheres não voltam”. Entretanto, segundo a mesma autora, dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI) mostram que os recém-nascidos vão aos Postos de Saúde para serem vacinados e geralmente vão com suas mães.

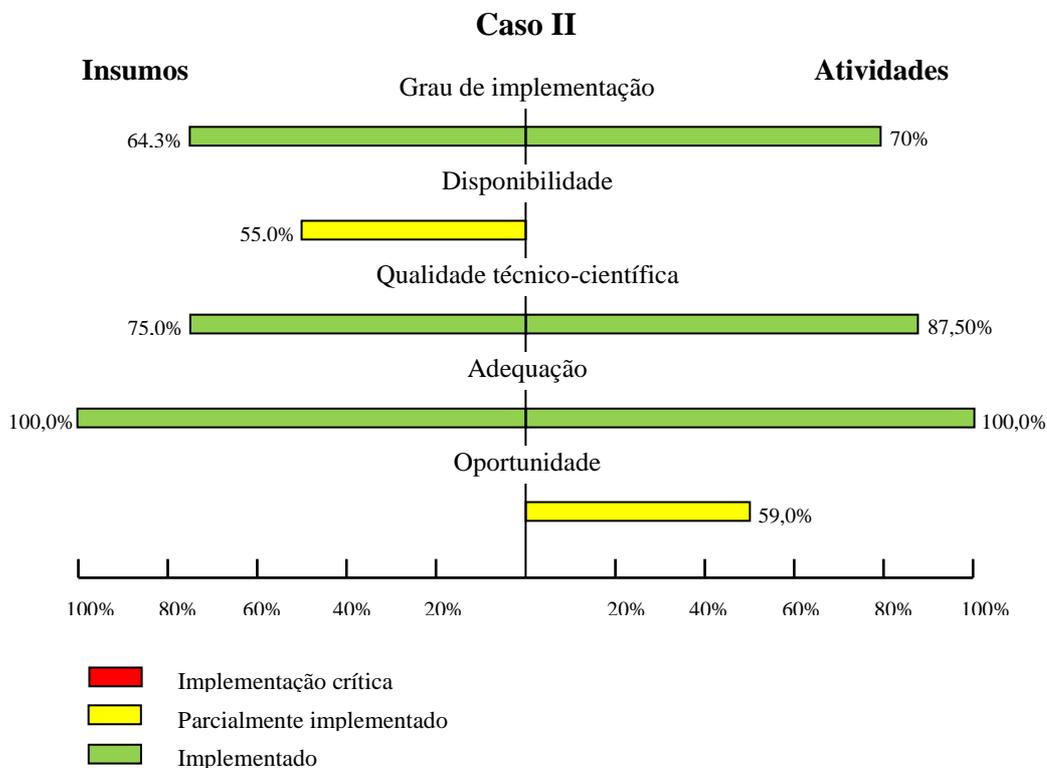
Uma situação ocorrida, relacionada à subdimensão oportunidade a ser destacada, foi o caso de uma puérpera que chegou à unidade para realizar uma consulta e não foi atendida, pois não havia agendado a consulta. Quando questionada pela atendente sobre a ausência da consulta, esta respondeu que havia pouco tempo que havia se mudado e que a ACS ainda não havia realizado o cadastro. Foi solicitado que retornasse para sua casa e aguardasse a visita da ACS. Esse caso retrata uma perda de oportunidade pois de acordo com o PHPN a gestante e a puérpera devem ser atendidas no momento que chegam na unidade, não devendo realizar marcação de consulta. Assim, o índice de implementação da subdimensão qualidade técnico-científica encontrado foi de 87,5%, implementado, nos dois casos.

Com relação ao índice de implementação da subdimensão adequação foi de 100%, implementado nos dois casos. O componente estrutural atividade encontra-se parcialmente implementado nas duas unidades analisadas, apresentando um grau de implementação de 69,7% e 70%, respectivamente nos casos I e II (gráficos 8 e 9).

**Gráfico 8:** Grau de Implementação da Assistência Pré-Natal, segundo Componentes Estruturais e Dimensões da Conformidade.



**Gráfico 9:** Grau de Implementação da Assistência Pré-Natal, segundo Componentes Estruturais e Dimensões da Conformidade.



Outra informação importante diz respeito à estrutura física do laboratório das unidades, onde a coleta de material é realizada em um dia da semana. Após a coleta do material, a

unidade aguarda que o laboratório, credenciado pelo município, passe para buscar. Entretanto, durante esse período o material coletado dos usuários, no caso I, é acondicionado em uma caixa de isopor por aproximadamente 4 horas, quando a equipe do laboratório passa pela unidade para retirar as amostras. No caso II a situação é mais complicada, pois as amostras ficam sobre uma mesa esperando a equipe do laboratório. Nos dois casos analisados não existe uma geladeira para acondicionar as amostras. Porém, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária em sua publicação, Segurança e Controle de Qualidade no Laboratório de Microbiologia Clínica, em 2004, tanto o laboratório como o posto de coleta devem possuir instruções escritas para o transporte e acondicionamento da amostra de paciente, estabelecendo prazo, condições de temperatura e padrão técnico para garantir a sua integralidade e estabilidade (BRASIL, 2004a).

Dessa maneira, podemos concluir que os objetivos específicos desta pesquisa foram respondidos, verificando-se que as estratégias utilizadas na assistência pré-natal em duas unidades de saúde da família não estão em conformidade com as normas preconizadas pelo PHPN/MS, considerando os fatos aqui relatados. Com relação ao grau de implementação da assistência pré-natal segundo suas subdimensões observou-se no caso I 55% de implementação na disponibilidade, 93,75% de implementação na qualidade técnico-científica, 100% na adequação e 58,5% na oportunidade. No caso II observou-se 55% na disponibilidade, 81,25% na qualidade técnico-científica, 100% na adequação e 59% na oportunidade.

### **7.3- Estudo dos Fatores que influenciam no Grau de Implementação para o Programa Assistência Pré-Natal**

Este estudo compreendeu a análise de quatro conjuntos de desfecho que fazem parte do contexto externo: escolaridade da mãe, gravidez na adolescência, dados relativos à renda, trabalho das gestantes e gasto total que o município realiza com a Atenção Básica.

A escolaridade da mãe pode influenciar a qualidade da assistência pré-natal. Conforme estudo de Brito *et al* (2001), a escolaridade é um importante indicador de risco para transmissão do HIV e da Sífilis. De acordo com esse autor, foi verificada uma mudança expressiva no perfil da escolaridade dos casos notificados de AIDS entre adultos e adolescentes, pois até 1982, a totalidade dos casos apresentava nível superior ou médio, já nos anos 1999/2000, entre os casos com escolaridade informada 74% eram analfabetos ou tinham

completado o ensino fundamental e apenas 26% dos casos apresentavam mais de 11 anos de escolaridade ou ensino superior. Para além disso, segundo estudo de Theme Filha *et al* (1999), a baixa escolaridade materna está associada a um risco maior de mortalidade materna.

No presente estudo foi considerada baixa escolaridade aquelas que possuíam entre 0 e 4 anos de estudo regular. Ao analisar os prontuários, verificou-se que em 80% dos prontuários do caso I e 94,87% do caso II, a informação sobre a escolaridade estava ausente. De acordo com estudo de Haidar *et al* (2001), a escolaridade materna é um fator importante podendo predispor ao surgimento de situações de risco para a mãe e para o recém-nascido.

Com relação à gravidez na adolescência, observou-se que esta variável esteve muito presente nos dois casos analisados, apresentando 39,99% no caso I e 33,33% no caso II (tabela 1). Segundo estudo de Goldenberg *et al* (2005), em todo o Brasil a ocorrência de gravidez na adolescência (15 a 19 anos) vem aumentando, levando essa população a uma gravidez de risco. O Brasil apresentou em 2008 28.476 gestantes adolescentes, obtendo um percentual de 0,98% (MS/DATASUS). Mato Grosso e Cuiabá apresentaram, no mesmo período, 602 e 86 gestantes adolescentes, obtendo um percentual de 1,21% e 0,91%, respectivamente (SES/MT, SINASC). Os dados relativos à renda e trabalho das gestantes estavam ausentes em 100% dos prontuários das duas unidades. A ausência desta informação coloca um desafio aos profissionais de saúde que atendem a população da área, pois essas gestantes necessitam de atenção especial, como por exemplo no caso de adolescentes grávidas que podem apresentar vários problemas como estado nutricional inadequado e relutância em procurar a unidade de saúde precocemente para iniciar o pré-natal. Outra variável importante é a informação sobre a situação conjugal e dados relativos à renda e trabalho das gestantes. No caso I não havia registro de informação conjugal em 80% dos prontuários analisados e no caso II não havia o registro em 92,30% (tabela 1).

**Quadro 16:** Perfil das Gestantes de acordo com a Revisão de Prontuários em duas Unidades de Saúde da Família, Cuiabá/MT, 2009.

Casos	Percentual de gestantes adolescentes	Percentual de gestantes com baixa escolaridade	Situação Conjugal	Renda e Trabalho
Caso I	39,99%	80% sem inform. 6,7% analf. 10% 1º grau comp. e incomp.	80% sem inform.	100% sem inform.
Caso II	33,33%	94,87% sem infor. 5,12% 2º grau comp. e incomp.	92,3% sem inform.	100% sem inform.

Outro insumo muito importante é a previsão de recurso financeiro alocado para o desenvolvimento da atenção pré-natal. Sabe-se que esse programa conta exclusivamente com recurso público, pois faz parte do Sistema Único de Saúde. Assim, por se tratar de uma USF inserida no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, o financiamento para a atenção básica é tripartite, ou seja, o município recebe recursos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso, além do investimento próprio em saúde, para cada USF implantada.

Com relação ao recurso enviado pelo Ministério da Saúde, verificou-se que nos anos de 2008 e 2009 o município de Cuiabá recebeu do fundo nacional de saúde o montante de R\$ 14.819.530,25 e R\$ 15.678.901,75, respectivamente (Brasil, 2010b). Com relação ao recurso enviado pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, verificou-se que em 2008 o município de Cuiabá, recebeu do fundo estadual de saúde o montante de R\$ 20.719.803,55 e no ano de 2009 o município recebeu o montante de 35.626.604,22, conforme quadro 17 (MATO GROSSO, 2010). Com relação ao gasto próprio do município de Cuiabá com a Atenção Básica foi de R\$ 127.246.437,04 em 2008 e de R\$ 111.198.953,65 em 2009 (BRASIL, 2010a).

**Quadro 17:** Gasto com Atenção Básica Cuiabá/MT, 2008 e 2009, financiado pelo MS, SES/MT e SMS.

Incentivos	Ano	
	2008	2009
<b>Recurso do Ministério da Saúde</b>		
Atenção Básica	14.819.530,25	15.678.901,75
<b>Recurso do Estado de Mato Grosso</b>		
Atenção Básica	1.877.003,30	3.451.667,52
<b>Recurso da Secretaria Municipal de Cuiabá</b>		
Atenção Básica	127.246.437,04	111.198.953,65
<b>Total</b>	<b>143.942.970,59</b>	<b>130.329.522,92</b>

Ao analisar o percentual de gasto com a Atenção Básica das capitais da região Centro-Oeste, observou-se que o município de Cuiabá vem proporcionando um gasto relativo com esse nível de assistência (quadro 18).

**Quadro 18:** Percentual de Gasto com Atenção Básica Região Centro-Oeste, 2008 e 2009.

<b>Percentual de Gasto com Atenção Básica</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Brasília (DF)	0,41%	2,75%
Campo Grande (MS)	33,62%	19,61%
Cuiabá	54,50%	40,59%
Goiânia (GO)	97,62%	49,72%

Fonte: Siops

Assim, pode-se avaliar que, dentre as capitais da região Centro-Oeste, Cuiabá vem se destacando no gasto com Atenção Básica. Apesar da redução no percentual entre os anos de 2008 e 2009 o município tem priorizado esse nível de assistência na questão do financiamento.

## **8- LIÇÕES APRENDIDAS**

O objetivo desta pesquisa foi promover uma avaliação da implementação da assistência pré-natal em duas USF do município de Cuiabá, visando identificar os fatores que possam estar auxiliando ou dificultando essa implementação. Aplicado em duas unidades de saúde da família, buscou-se apresentar o passo-a-passo do programa do pré-natal. Assim, a partir da elaboração do modelo lógico, foram identificados: a pergunta avaliativa, o desenho do estudo, a relevância do estudo, a dimensão da avaliação e suas subdimensões para os componentes estruturais insumos e atividades, o elenco de indicadores, as matrizes de análise e julgamento e os parâmetros para a classificação do grau de implantação. Sabe-se que, para garantir a condução de uma avaliação relevante e que possa contribuir para a implementação do programa, faz-se necessário um estudo bem elaborado. Dessa maneira, os interessados potenciais poderão obter uma visão geral do programa possibilitando uma tomada de decisão mais acertada.

### **8.1- Recomendações para o Programa de Implementação da Assistência Pré-Natal**

De acordo com os achados da pesquisa, serão destacadas as seguintes recomendações, com o objetivo de contribuir com o processo de implementação da Assistência Pré-Natal. Para melhor sistematizá-las, optou-se por separá-las por tipo de caso e subdimensões avaliados, com o objetivo de orientar mudanças que devam ser discutidas junto aos usuários potenciais

dessa avaliação, para a melhoria do programa.

No que se refere à disponibilidade dos insumos para a implementação da assistência pré-natal tanto no caso I como no caso II recomendamos:

- Proporcionar capacitação aos profissionais de saúde no atendimento ao pré-natal e incentivar o trabalho em equipe;
- Promover uma melhoria na estrutura física da farmácia, armazenando os medicamentos em local adequado;
- Adquirir geladeira para armazenar medicamentos que necessitam de refrigeração e para acondicionar o exame de sangue coletado nos laboratórios das unidades;
- Disponibilizar, na unidade, o protocolo para o atendimento às gestantes e estimular sua adoção pelos profissionais de saúde sua adoção nas práticas de atendimento;
- Disponibilizar nas unidades de saúde, recursos visuais como cartazes, pôsteres, etc sobre a assistência pré-natal, planejamento familiar, gravidez na adolescência, DSTs, etc;
- Promover a divulgação dos objetivos da assistência pré-natal a fim de torná-los acessíveis e visíveis a todos os profissionais e usuáries da Unidade Saúde da Família;
- Implantar um processo de avaliação da qualidade da assistência pré-natal visando identificar avanços e desafios no atendimento às gestantes;
- Garantir atendimento a todas as gestantes que procuram atendimento no momento oportuno, não através de marcação de consultas;
- Garantir atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde sempre que necessário;

Com relação à subdimensão oportunidade dos casos I e II, consideramos os seguintes pontos que merecem destaque:

- Estimular a captação precoce das gestantes na comunidade pelos profissionais de saúde;
- Orientar quanto ao registro nos prontuários dos resultados de exames, dos sintomas apresentados pelas gestantes, dos procedimentos realizados, das prescrições, das orientações feitas pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família, seguindo as normas e rotinas da assistência pré-natal;
- Garantir a realização dos exames complementares, quando necessário;
- Proporcionar às gestantes a escolha da maternidade para o parto, vinculando a USF às

maternidades;

Com relação à subdimensão qualidade técnico-científica é muito importante que os profissionais busquem e estimulem as gestantes para realizarem o mínimo de 7 consultas de pré-natal, distribuídas ao longo do pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e quatro no terceiro trimestre, intercalando consultas médicas e de enfermagem. Além disso é muito importante realizar a análise do risco gestacional em todas as consultas médicas e o acompanhamento de gestantes de risco habitual e de alto risco na própria unidade, encaminhando as gestantes de alto risco para unidades de média ou alta complexidade, quando houver necessidade.

Não menos importante também é o monitoramento da gestante ao programa, realizando visitas domiciliares para buscar as gestantes faltosas.

Com relação à adoção de estratégia pedagógica no pré-natal vale ressaltar que entre as várias formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupos, as dramatizações, etc, que podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. É muito importante que se façam grupos separados para adultos e adolescentes, pois são públicos com entendimentos diferenciados. Para se mudar hábito é necessário uma ampla e repetida divulgação impressa e falada com a participação dos profissionais e das usuárias. Nesse sentido um fator muito importante para seu sucesso é o conhecimento do nível de escolaridade das usuárias envolvidas.

## **8.2- Considerações Finais**

Vale ressaltar que as ações do Programa da Implementação da Assistência ao Pré-Natal vêm sendo implementadas de forma sistemática nas duas unidades selecionadas para o estudo. Contudo, pelo acúmulo de evidências encontradas, foi possível observar que o caso I apresenta maior relação entre a intenção e a ação, no que se refere às ações da assistência pré-natal. Por meio de uma visão mais ampliada da qualidade mencionada no estudo, pode-se verificar que existem vários fatores dos contextos político-organizacional e externo, que interferem na implementação da intervenção refletindo na qualidade da consulta pré-natal oferecida às gestantes daquelas unidades.

O estudo comparativo mostrou que apesar de considerarmos os esforços dos dois casos em fornecer uma consulta de pré-natal de qualidade, o caso I tem estratégias mais apropriadas para garantir essa qualidade do que o caso II, por ter mais preparo dos profissionais. Porém, não se pode justificar aqui, que uma unidade com mais de 10 anos de funcionamento

apresente uma melhor qualidade do que uma unidade com menos de 2 anos de funcionamento, pois uma das estratégias do Programa Saúde da Família é a reorientação do modelo do atendimento dos serviços de saúde de demanda espontânea para um atendimento centrado na captação precoce das gestantes, na realização das consultas de pré-natal e puerpério, solicitando exames e fornecendo medicação e vacina antitetânica, etc.

Cabe salientar ainda, que não houve nível satisfatório sobre a capacitação de profissional. O caso I apresentou-se com 75% de implementação, e o caso II com 50% de implementação, ou seja, parcialmente implementado (Quadro 19). Portanto este estudo aponta como uma das estratégias a serem adotadas, a capacitação sistemática para as equipes locais, considerando-se a alta rotatividade e a reduzida disponibilidade de horários dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos. O ideal seria que essas capacitações ocorressem na própria unidade de trabalho, caso contrário, pode ocorrer baixa adesão. Além disso, reforça-se a necessidade de uma contínua e sistemática sensibilização junto aos profissionais de saúde, considerando que normalmente há uma longa distância entre a compreensão da importância de realização de algum procedimento e a efetiva incorporação dessa prática de forma rotineira.

Ainda em relação aos profissionais, é fundamental um trabalho mais articulado com o programa de saúde da mulher, o PSF e o ACS, para conhecerem a importância da realização dos exames, além de envolverem a referência laboratorial promovendo a agilização no retorno oportuno dos resultados dos exames.

Com relação à oportunidade das atividades, os níveis de implementação foram considerados parcialmente implementado, os indicadores que contribuíram para a redução do nível de implementação foram 2ª solicitação de VDRL para gestante, solicitação de VDRL para parceiros e solicitação de preventivo de câncer, principalmente no caso II (Quadro 20).

**Quadro 19: Grau de Implementação dos Insumos.**

<b>Subdimensão Disponibilidade</b>					
Insumos	Indicadores	CASO I		CASO II	
		Grau de implementação do indicador	Grau de implementação do insumo	Grau de implementação do indicador	Grau de implementação do insumo
Recursos Humanos	Proporção de profissionais capacitados para o atendimento no pré-natal	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado
Medicamentos	Nº de medicamentos do protocolo de tratamento para gestantes no pré-natal disponíveis na unidade	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Implementado	Implementado
Protocolos	Existência de protocolos na Unidade de Saúde para atendimento do pré-natal	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica
Recursos Visuais	Recursos visuais disponíveis para atividades educativas	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica
<b>Índice de Implementação</b>		Parcialmente Implementado		Parcialmente Implementado	
<b>Subdimensão: Qualidade Técnico - Científica</b>					
Recursos Humanos	Proporção de profissionais que adotam o protocolo do pré-natal às gestantes	Implementado	Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado
<b>Índice de Implementação</b>		Implementado		Parcialmente Implementado	
<b>Subdimensão: Adequação</b>					
Área Física	Proporção de salas disponíveis para atendimento pré-natal com temperatura ambiente agradável	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
<b>Índice de Implementação</b>		Implementado		Implementado	
<b>Grau de Implementação Total</b>		Parcialmente Implementado		Parcialmente Implementado	

**Quadro 20:** Grau de Implementação das Atividades.

<b>Subdimensão: Oportunidade</b>					
Atividades	Indicadores	CASO I		CASO II	
		Grau de implementação do indicador	Grau de implementação do insumo	Grau de implementação do indicador	Grau de implementação do insumo
Captação precoce da gestante	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal antes de 120 dias de gestação	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Implementado	Implementado
Estabelecimento de esquema medicamentoso no pré-natal	Proporção de gestantes que receberam medicamentos (hipertensão, sífilis, HIV) quando necessário	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Implementação Crítica	Implementação Crítica
Verificação dos resultados dos exames realizados no pré-natal	Proporção de gestantes com registro de resultados de exames durante a gravidez conforme PHPN: VDRL	Implementado	Implementado	Implementação Crítica	Implementação Crítica
	2ª VDRL	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica
	VDRL Parceiro	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica
	Toxoplasmose	Implementado	Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado
	EAS	Parcialmente Implementado	Parcialmente implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado
	Anti HIV	Implementado	Implementado	Implementação Crítica	Implementação Crítica
	Tipagem Sanguínea e fator RH	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado
	Hepatite	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado
	Glicemia em jejum	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado
	Dosagem de hemoglobina e hematócrito	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado
	Preventivo de câncer	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica	Implementação Crítica
Verificação da Vacinação Antitetânica	Proporção de gestantes que receberam imunização contra o tétano neonatal em momento oportuno	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Implementado	Implementado
<b>Índice de Implementação</b>		Parcialmente Implementado		Parcialmente implementado	
<b>Subdimensão: Qualidade Técnico - Científica</b>					
Realização de no mínimo 06 consultas de pré-natal	Proporção de gestantes com mais de 6 consultas no pré-natal	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado	Parcialmente Implementado
Identificação de gestantes de risco	Proporção de gestantes de risco identificadas	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
<b>Índice de Implementação</b>		Implementado		Implementado	
<b>Subdimensão: Adequação</b>					
Verificação da ocorrência de atividades educativas com gestantes	Adoção de estratégia pedagógica para atividade educativa	Implementado	Implementado	Implementado	Implementado
<b>Índice de Implementação</b>		Implementado		Implementado	
<b>Grau de Implementação Total</b>		Parcialmente Implementado		Parcialmente Implementado	

O que se tentou evidenciar com o estudo é que para se ter um pré-natal de qualidade são necessárias mudanças de ordem estrutural e organizacional. Ficou claro que aspectos ligados à disponibilização de insumos (protocolos clínicos e recursos visuais) e às atividades (registro em prontuário, captação precoce da gestante e oferta de 6 ou mais consultas de pré-natal e de puerpério) não são suficientes para garantir a qualidade do pré-natal. Mesmo tendo sido demonstrado que o caso I tem uma intervenção mais adequada do que o caso II, é muito importante promover uma articulação entre essas duas unidades para o fortalecimento de suas ações. Além disso, faz-se necessário estimular a cultura do monitoramento e avaliação como uma potente ferramenta para a produção de informações úteis na tomada de decisão e consequentemente na melhoria da qualidade do programa.

Com relação ao recurso financeiro investido na Atenção Básica, observou-se que o município, segundo o Siops, tem um percentual razoável de investimento financeiro nesse nível de atenção, além disso recebe recursos do Estado e do Ministério da Saúde. Assim, pode-se analisar que os problemas identificados nesta avaliação são decorrentes basicamente, do processo assistencial, necessitando de que a SMS de Cuiabá reorganize a Atenção Básica, enfatizando as ações preconizadas pelo PHPN para o pré-natal.

Enfim, muito há que ser feito, e esta avaliação deve ser vista como um instrumento que pretende subsidiar uma discussão no coletivo, acerca do que não está sendo efetivo, para que o gestor possa redirecionar as práticas, e dessa forma atingir, melhores indicadores de saúde nessas unidades e no município como um todo. O trabalho pode chamar a atenção para futuros estudos, no intuito de promover avaliação no programa de implementação da assistência pré-natal nas unidades de saúde da família.

## 9- BIBLIOGRAFIA

AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.

ALENCAR, N. G. e GOMES, L. C. Avaliação da Assistência Pré-natal na Percepção de Gestantes em uma Unidade com Programa de Saúde da Família. 2008: Saúde Coletiva, ano/vol. 4, número 019. Editora Bolina, São Paulo, pp. 13-17.

AYRES, R. C. V. *et al.* Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. In: O Mundo da Saúde São Paulo: 2006: abril/junho 30 (2): 306-311.

ARAÚJO, R. T. Importância da educação para a saúde na assistência pré-natal expresso por gestantes de um Centro de Saúde. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO NORDESTE, 16., 1999, Anais da RENE.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Análise da Qualidade dos Registro nos Prontuários de Gestantes com exame de VDRL Reagente. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 4-9, jan./mar, 2008.

ARAÚJO, B. F. *et al.* Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, PE; 5 (4): p. 463-469, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Normas e Manuais Técnicos. 3ª edição. Secretaria de Políticas Públicas, Departamento de Gestão de Políticas, Área Saúde da Mulher, Brasília, DF, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: manual técnico. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Segurança e Controle de Qualidade no Laboratório de Microbiologia Clínica. Regulamento Técnico para Laboratórios Clínicos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria 648/GM. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual Técnico Pré Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais. Série Pacto pela Saúde. Vol. 1. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, DF, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade. 3ª edição. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, DATASUS). Brasília, 2009. <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 20/07/2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. [www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0201](http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0201). Acesso em 14 de julho de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. [http://siops.gov.br/rel\\_LRF.php](http://siops.gov.br/rel_LRF.php). Acesso em 18 de agosto de 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. <http://www.fns.saude.gov.br>. Acesso em 20 de agosto de 2010b.

BRITO, A. M. *et al.* AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista Sociedade Brasileira de Medicina Trop.* vol.34 no.2 Uberaba Mar./Apr. 2001.

BUNGE, M. Teoria e realidade . São Paulo: Perspectiva, 1974.

CARVALHO, D. S. e NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S220-S230, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), Framework for Program Evaluation in Public Health. *MMWR*, 48:1-40. 1999.

COUTINHO, T. *et al.* Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *RBGO* - v. 25, nº 10. 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A., (org.) *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS), Département de Administration de La Santé, Université de Montréal, Canadá, 2006.*

COSENDEY, M. A *et al.* Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(2): 395- 406, mar-abr, 2003.

COTTA, R. M. M *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3) : 7 – 18.

CRUZ, M. M. Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para jovens: Estudo de Caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá./ Perfil Socioeconômico dos Bairros de Cuiabá. ano 2007. IPDU - Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano. Cuiabá: 2007.124 p.

DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F. Avaliação do Programa Materno-Infantil: Análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). *Avaliação de Saúde. Dos modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997. Cap 4, pg. 96.

DIAS, M. A. B. Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do IFF/FIOCRUZ, 2006.

DINIZ, S. G. e CHACHAM, A. Dossiê Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde, 2002.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7):1511-1528, jul, 2007.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.* , Recife, 2004; 4(3): 317-321.

FIGUEIRÓ, A. C *et al.* Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais* (I. Samico, org.), pp. 1 – 13, Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010.

FRIAS, P. G. *et al.* Atributos da Qualidade em Saúde. In: Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais (I. Samico, org.), pp. 1 – 13, Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciências e Saúde Coletiva, vol.6 no. Rio de Janeiro, 2001.

GOLDENBER, P. *et al.* Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1077-1086, jul-ago, 2005.

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

GOUVEIA, H. G e LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2004 março-abril; 12(2):175-82.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. A & VIEIRA-da-SILVA, L. M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HARTZ, Z. A. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. Ciência & Saúde Coletiva: 341-354. 1999.

Haidar, F. H. *et al.* Escolaridade Materna: Correlação com os Indicadores Obstétricos. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):1025-1029, jul-ago, 2001.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio), 2009, Indicadores e Dados Básicos/Brasil, <http://www.ibge.gov.br>.

JUNIOR, N.C. *et al.* A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

KOFFMAN, M. D. e BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife*, 5 (Supl 1): S23-S32. 2005.

MARQUES, R. M e MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciências e Saúde Coletiva*, vol.8 no.2 Rio de Janeiro 2003.

MATO GROSSO - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Desenvolvido pela Coordenadoria de Tecnologia de Informação da SES/MT. Disponível em <<http://www.ses.mt.gov.br/aplicativo/indicadores>. Acesso em 04 de junho de 2009.

MATO GROSSO – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Desenvolvido pela Coordenadoria de Tecnologia de Informação da SES/MT. Disponível em <<http://www.ses.mt.gov.br/aplicativo/fundoafundo>. Acesso em 20 de agosto de 2010.

MEDINA, M. G. O Contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso. (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2006.

MENDES, E. V. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262. 1993.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Avaliação por triangulação de métodos – Abordagem de programas sociais. FIOCRUZ, 2005. 2:71-103.

MORO, A. *et al.* O Financiamento da saúde: o papel do estado, dos municípios e do Ministério da Saúde. In: Realidades e Perspectivas da Gestão Estadual do SUS (CONASS, org.), pp. 143-148, Brasília: Conass, 2010.

OKAMURA, M. Avaliação da Implantação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 124p, 2006.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 1998.

OSIS, M. J. D. *et al.* Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo (Brasil). Revista de Saúde Pública; 27:49-53. 1993.

PATTON, M. Q. Utilization-focused evaluation. The new century test. Thousands Oaks-London-New Delhi: SAGE Publications, 1997.

PENCHANSKY, D.B.A & THOMAS, J.W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Med Care, February, 19(2):127-40. 1981

PIROTTA, K. C. M. O pré-natal e o puerpério na região da Baixada Santista: um panorama da atenção entre as mulheres com filhos menores de 24 meses. In: Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista /Organizado por Maria Mercedes Loureiro Escuder, Paulo Henrique Nico Monteiro e Ligia Rivero Pupo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 215p. (Temas em Saúde Coletiva, 8).

SANTOS, E. M. Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação. Programa Nacional de DST/AIDS, Assessoria de Monitoramento e Avaliação. 2005.

SANTOS, E. M. *et al.* Avaliação do Grau de Implementação do Programa de Controle de Transmissão Vertical do HIV em Maternidades do “Projeto nascer”, Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, Junho 2009: 65-82.

SERRUYA, S. J. *et al.* O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004a.

SERRUYA, S. J. *et al.* O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n.3: 269-279, 2004b.

SILVEIRA, D. S. *et al.* Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(1):131-139. 2001.

SIMÕES, C. C. da S. A mortalidade infantil na transição da mortalidade no Brasil: um estudo comparativo entre o Nordeste e o Sudeste. 1997. 180 f. Tese (Doutorado)-Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

SOUZA, H. M. Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do Programa Saúde da Família um estudo de caso em um estado selecionado. Rio de Janeiro, 2002.

SOUSA, M. G. G. Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco. Brasília, 2006.

THEME-FILHA, M. M. *et al.* Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Apr. 1999.

UCHIMURA, K. Y. e BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2002;18:1561-9.

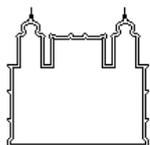
VUORI, H. Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. *Seminário de Avaliação dos serviços de saúde. Aspectos Metodológicos OPAS, ENSP*. Rio de Janeiro, Brasil, 1988.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação. In: Hartz, Z. M. A & Vieira-da-Silva, L. M. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/ Fiocruz, 2005.

YAZAKI, L. M. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. *Estudos Avançados*, São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Estudos Avançados, v. 17, n. 49, p. 65-86, set./dez. 2003.

YIN, R K. *Estudo de Caso, Planejamento e Métodos*. 3ª Edição. Porto Alegre: Bookman. 2005.

## **APÊNDICES**



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **Avaliação da Implementação da Assistência Pré-Natal no Município de Cuiabá: um estudo de caso**

Caro Diretor, Responsável pela Unidade, Profissional,

A assistência pré-natal é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e perinatal e se trata de um programa desenvolvido nas unidades de atenção básica. Como atividade do mestrado profissional de Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/Fiocruz, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, foi desenvolvido o projeto intitulado “Avaliação da Implementação da Assistência Pré-Natal no Município de Cuiabá: um estudo de caso”, que tem como propósito avaliar a qualidade do processo da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) nesta Unidade de Saúde da Família, descrevendo suas estratégias, caracterizando os fatores externos e do contexto político organizacional, além de relacionar as recomendações para a melhoria da qualidade técnica do serviço no município.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, com a duração de aproximadamente quinze minutos, sobre aspectos operacionais da assistência pré-natal. Esclarecemos que sua participação é voluntária e a qualquer momento poderá desistir de participar, sem comprometimento de seu exercício profissional. Sua participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, uma delas em sua posse e a outra com a pesquisadora. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguraremos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O nome, endereço e outras informações pessoais serão removidas dos formulários (questionários) que receberão apenas um código para a identificação dos participantes. Porém, em decorrência da especificidade da amostra existe risco de identificação do cargo ocupado pelo sujeito da pesquisa. Espera-se que as conclusões, cientificamente embasadas, possam ser utilizadas pelos gestores de saúde local, a fim de alcançar ações mais efetivas, melhorando a qualidade da assistência pré-natal, reduzindo assim as morbidades nas gestantes e as mortalidades materna e neonatal no município de Cuiabá. Para maiores esclarecimentos a pesquisadora coloca-se à disposição.

Declaro estar ciente das informações contidas neste Termo de Consentimento e concordo em participar do estudo,

Participante -----Pesquisador Responsável-----

Cuiabá, -----

Pesquisadora: Ingrid Botelho Saldanha Handell

Mestranda em Saúde Pública

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Sala 610

Manguinhos Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

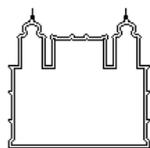
Tel: (21)2598-2444

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Manguinhos – RJ

CEP: 21041-210

Tel.: (21) 2598-2863



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública



## APÊNDICE B

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E SIGILO

#### **Avaliação da Implementação da Assistência Pré-Natal no Município de Cuiabá: um estudo de caso**

Cara Gestante,

A assistência pré-natal é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a redução das mortalidades materna e perinatal e se trata de um programa desenvolvido nas unidades de atenção básica. Como atividade do mestrado profissional de Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/Fiocruz, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, foi desenvolvido o projeto intitulado “Avaliação da Implementação da Assistência Pré-Natal no Município de Cuiabá: um estudo de caso”, que tem como propósito avaliar a qualidade do processo da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) nesta Unidade de Saúde da Família, descrevendo suas estratégias, caracterizando os fatores externos e do contexto político organizacional, além de relacionar as recomendações para a melhoria da qualidade técnica do serviço no município.

Sua participação consistirá em permitir a pesquisadora participar de uma consulta de pré-natal. Esclarecemos que sua participação é voluntária e a qualquer momento poderá desistir de participar. Sua participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, uma delas em sua posse e a outra com a pesquisadora. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguraremos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O nome, endereço e outras informações pessoais serão removidas dos formulários (questionários) que receberão apenas um código para a identificação dos participantes. Espera-se que as conclusões, cientificamente embasadas, possam ser utilizadas pelos gestores de saúde local, a fim de alcançar ações mais efetivas, melhorando a qualidade da assistência pré-natal, reduzindo assim as morbidades nas gestantes e as mortalidades materna e neonatal no município de Cuiabá. Para maiores esclarecimentos a pesquisadora coloca-se à disposição.

Declaro estar ciente das informações contidas neste Termo de Consentimento e concordo em

participar do estudo,

Gestante Participante -----Pesquisador Responsável-----

Cuiabá, -----

Pesquisadora: Ingrid Botelho Saldanha Handell

Mestranda em Saúde Pública

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Sala 610

Manguinhos Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

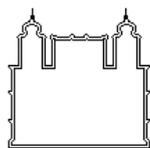
Tel: (21)2598-2444

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Manguinhos – RJ

CEP: 21041-210

Tel.: (21) 2598-2863



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública



## APÊNDICE C

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E SIGILO

Caro Responsável pela Unidade

A assistência pré-natal é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a redução das mortalidades materna e perinatal e se trata de um programa desenvolvido nas unidades de atenção básica. Como atividade do mestrado profissional de Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/Fiocruz, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, foi desenvolvido o projeto intitulado “**Avaliação da Implementação da Assistência Pré-Natal no Município de Cuiabá: um estudo de caso**”, que tem como propósito avaliar a qualidade do processo da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) nesta Unidade de Saúde da Família, descrevendo suas estratégias, caracterizando os fatores externos e do contexto político organizacional, além de relacionar as recomendações para a melhoria da qualidade técnica do serviço no município.

A solicitação feita é de que sejam disponibilizadas para consulta da autora desta pesquisa, prontuários de aproximadamente 50 gestantes atendidas nesta unidade no período entre setembro de 2008 e setembro de 2009. As informações obtidas serão confidenciais e asseguraremos seu sigilo de forma a não divulgar a sua identificação nominal, endereço e outras informações pessoais constantes que receberão apenas um código. Espera-se que as conclusões, cientificamente embasadas, possam ser utilizadas pelos gestores de saúde local, a fim de alcançar ações mais efetivas, melhorando a qualidade da assistência pré-natal, reduzindo assim as morbidades nas gestantes e a mortalidade materna e neonatal no município de Cuiabá.

Declaro estar ciente das informações contidas neste Termo de Responsabilidade e Sigilo e concordo com os termos acima mencionados.

Responsável pela Unidade .....

Pesquisador Responsável.....

Data: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Para maiores esclarecimentos a pesquisadora coloca-se à disposição.

Pesquisadora: Ingrid Botelho Saldanha Handell

Mestranda em Saúde Pública

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)

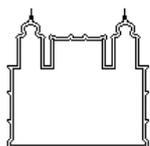
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala: 610 Manguinhos Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210

Tel: (21)2598-2444

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314 Manguinhos Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210

Tel.: (21) 2598-2863



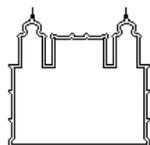
## APÊNDICE D

### ROTEIRO ANÁLISE PRONTUÁRIO

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE</b>
1. Nome da Unidade:
2. Município:
3. Data:
4. Coletador (Nome):
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE</b>
5. Nome da Gestante.
6. Data de nascimento ____/____/____
7. Idade ( ) (anos)
8. Escolaridade: ( ) 1. Nenhuma/analfabeta 2. 1º grau incompleto 3. 1º grau completo 4. 2º Grau completo
5. Superior completo.
9. Situação conjugal ( ) 1. Solteira 2. Companheiro/casada 3. Divorciada/separada 4. Viúva
10. Situação de Renda da Gestante ( ) 1. Informada 2. Não informada
11. Endereço:
12. Bairro:
13. CEP:
14. Telefone para contato:
15. Município:
<b>III. CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL DA UNIDADE</b>
16. Identificação da Gravidez ( ) 1. Data da última menstruação DUM 2. Exame Laboratorial 3. Exame de Ultrassonografia 4. Outro
17. Início da gravidez _____
18. Realizou pré-natal:

( ) 1. Sim            2. Não
19. Nº de consultas
20. Presença de cartão pré-natal no prontuário ( ) 1. Sim            2. Não
21. Trimestre de início de pré-natal ( ) 1. 1º Trimestre            2. 2º Trimestre            3. 3º Trimestre
22. A gestação foi identificada como de alto risco? ( ) 1. Sim            2. Não
23. Há registro das medidas/aferições no quadro de consultas da Ficha de Pré-Natal? ( ) 1. Sim            2. Não            3. Só parte
24. Foi realizada anamnese? ( ) 1. Sim            2. Não
25. Há registro de dados de morbidades e / ou fatores de risco? ( ) 1. Sim            2. Não            3. Prejudicado
26. Quanto aos exames de rotina, há registro do resultado de: a-) VDRL ( ) 1. Sim            2. Não b-) Houve a 2ª solicitação de rotina? ( ) 1. Sim            2. Não c-) No caso do VDRL positivo, foi solicitada a presença do parceiro? ( ) 1. Sim            2. Não d-) Toxoplasmose ( ) 1. Sim            2. Não e-) EAS ( ) 1. Sim            2. Não f-) Anti-HIV ( ) 1. Sim            2. Não g-) Tipagem sanguínea e fator RH ( ) 1. Sim            2. Não h-) Caso RH negativo, foi solicitada tipagem sanguínea e fator RH do parceiro? ( ) 1. Sim            2. Não i-) Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito ( ) 1. Sim            2. Não j-) Glicemia em jejum ( ) 1. Sim            2. Não k-) Sorologia para Hepatite B ( ) 1. Sim            2. Não
27. No caso dos exames com resultados positivo ou com alterações foram registrados as providências e / ou tratamentos? ( ) 1. Sim            2. Não
28. Quanto à vacinação antitetânica, há registro das doses? ( ) 1. Sim            2. Não





Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública



**APÊNDICE E**  
**QUESTIONÁRIO COM O RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DE SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE</b>
1. Nome da Unidade:
2. Entrevista em:
3. Entrevistador (nome):
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:</b>
4. Nome:
5. Formação acadêmica:
6. Capacitação Profissional em pré-natal:
7. Há quanto tempo trabalha na unidade?
8. Breve histórico da instituição:
9. Há quanto tempo atua como responsável pela unidade?
10. Descreva o trabalho que realiza:
<b>III. PERFIL DO SERVIÇO</b>
11. Perfil da Instituição:
12. Horário de Funcionamento:
<b>IV. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO – PRÉ-NATAL</b>
13. A unidade aderiu ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento? (    ) 1. Sim                      2. Não
14. Descreva, de forma resumida, as ações desenvolvidas pelo PHPN na unidade.
15. Você conhece e utiliza o protocolo do PHPN para atendimento da gestante e da puérpera? (    ) 1. Sim                      2. Não

16. Mencione o principal objetivo desse programa para a unidade.
17. Quantos profissionais estão diretamente envolvidos com as atividades do PHPN?
18. Os profissionais do programa foram capacitados para realizar suas atividades? ( ) 1. Sim                      2. Não
19. Quantos profissionais foram capacitados?
20. São feitas reuniões de equipe? (Periodicidade, finalidade, quem participa)
21. Como acontece o planejamento das atividades do programa (quem planeja, em que momentos, quais as prioridades atuais)?
22. Como o programa se mantém financeiramente?
23. E quando faltam insumos, quais as estratégias adotadas?

<b>V. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA DA UNIDADE</b>
24. Possui sala / consultório para a realização do Pré-natal? ( ) 1. Sim                      2. Não Quantas: _____
25. Possui sala para realização de atividades educativas para gestantes (grupo de gestantes)? ( ) 1. Sim                      2. Não
26. Quais os profissionais que prestam assistência à gestante? (marcar quantas opções forem necessárias) ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem ( ) Outro
27. Qual o tipo de vínculo trabalhista dos profissionais que atendem no pré-natal?

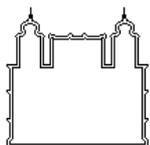
<b>VI – CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL DA UNIDADE</b>
--

<p>28. As consultas de Pré-natal são intercaladas entre médico e enfermeiro?</p> <p>( ) 1. Sim                      2. Não</p>
<p>29. Se sim, como são intercaladas?</p>
<p>30. Quantas consultas o médico realiza por turno de atendimento?</p> <p>( ) 1. Dezesseis, inclusive 2 a 4 consultas de primeira vez</p> <p>2. Vinte, inclusive 2 a 4 consultas de primeira vez</p> <p>3. Dezesseis, não atende primeira vez</p> <p>4. Vinte, não atende 1ª vez</p> <p>5. Dezesseis, independe de ser 1ª vez ou não</p> <p>6. Não se aplicam</p> <p>7. Dez por turno de 4 h</p>
<p>31. Quantos turnos o enfermeiro faz por semana, apenas na atenção pré-natal ?</p> <p>( ) 1. Seis turnos de 5h</p> <p>2. Três turnos de 5h</p> <p>3. Três turnos de 4h</p> <p>4. Seis turnos de 4 h</p> <p>5. Outros – especificar : _____</p> <p>6. Não há enfermeiro</p>
<p>32. Quantas consultas o enfermeiro atende por turno?</p> <p>( ) 1. Dezesseis, só de primeira vez</p> <p>2. Dez, só de primeira vez</p> <p>3. Dezesseis, independente de ser primeira vez ou não</p> <p>4. Dez, independe de ser 1ª vez ou não</p> <p>5. Vinte , só de 1ª vez</p> <p>6. Vinte, independe de ser 1ª vez ou não</p> <p>7. Não se aplica</p> <p>8. Somente a 1º vez, de acordo c/ a demanda</p>
<p>33. Houve algum período sem profissional para realizar as consultas de Pré-natal?</p> <p>( ) 1. Sim, as gestantes eram referenciadas para uma unidade próxima</p> <p>2. Sim, era feito o agendamento das gestantes em uma unidade próxima</p> <p>3. Sim, orientava-se a gestante a procurar outra unidade</p>

4. Não
34. Há grupo de gestantes na unidade? (   ) 1. Sim                      2. Não
35. Quem realiza?
36. Como é feita a captação de gestantes? (   ) 1. a demanda é espontânea 2. através de grupos educativos na unidade 3. através de grupos educativos/ palestras na comunidade 4. a unidade oferece o teste para gravidez – TI 5. as opções 1 e 4 6. pelo ACS
37. Há reserva de horários na agenda ou de números na porta de entrada para gestantes em gravidez avançada e para gestante no 1ª trimestre? (   ) 1. sim para as duas situações 2. sim, só para o início de pré-natal tardio 3. sim, só para gestante no 1º trimestre 4. não há reserva, a paciente deve voltar para tentar atendimento ( sobra de número) 5. não há reserva, a gestante é agendada para a data mais próxima independente da idade gestacional e do tempo de espera
38. As gestantes do pré-natal de alto risco são referenciadas para Hospital? (   ) 1. Sim                      2. Não Em caso negativo, o que é feito?
39. Se referenciada, há algum controle para saber se foi absorvida? (   ) 1. Sim                      2. Não Qual?
40. Quanto à gestante hipertensa que não vai para o Hospital referência, como é realizado seu tratamento?
41. A gestante adolescente é referenciada? (   ) 1. Sim                      2. Não Em caso negativo, por quê?
42. Se referenciada, há algum controle para saber se foi absorvida?

( ) 1. Sim Qual? 2. Não
43. A coleta de material para exames laboratoriais é realizada diariamente? ( ) 1. Sim Em caso negativo, qual a frequência? 2. Não
44. Qual é a média de tempo para a chegada de resultados de exames: Urina (EAS) _____ Sangue: Tipagem sanguínea e fator RH _____ Hemograma completo _____ Anti-HIV _____ Toxoplasmose _____ VDRL _____ Glicemia em jejum _____ Hemoglobina e Hematócrito _____
45. As gestantes que necessitam dos seguintes exames são encaminhados para: Ecodoppler _____ Cardiotocografia _____ Ultrassonografia obstétrica _____ Proteinúria de 24h _____ Urinocultura _____
46. Há alguma dificuldade na realização de algum desses exames? ( ) 1. Sim Em caso afirmativo, qual? 2. Não
47. Houve desabastecimento de medicamentos destinados a gestante? ( ) 1. Sim Em caso afirmativo, especificar o medicamento e o período _____ Como solucionou o problema? _____ 2. Não
48. A unidade utiliza todos os impressos do pré-natal? (cartão da gestante, ficha perinatal, também chamada de controle PRÉ-NATAL, gráfico de acompanhamento nutricional da gestante, mapa de registro diário e ficha de cadastramento de gestante- sis prenatal) ( ) 1. Sim Em caso negativo, por quê? 2. Não
49. A unidade possui no setor de G.O., o contra – arquivo somente para gestante?

<p>(    ) 1. Sim                      2. Não</p> <p>Em caso negativo, por quê?</p> <p>Nesse caso, como é feito o controle?</p>
<p>50. Quanto aos instrumentos, como: aparelho de pressão arterial, estetoscópio clínico, balança antropométrica, fita métrica flexível, espéculos, Sonar e \ ou estetoscópio de Pinard, disco obstétrico e disco para IMC, há todos?</p> <p>(    ) 1. Sim                      2. Não</p> <p>Especificar o que não tem</p>
<p>51. De que forma é realizado o acolhimento da puérpera? Tem impresso próprio para anotações dos acolhimentos ? Quem atende inicialmente?</p>
<p>52. Na sua opinião, qual(is) os aspectos positivos do pré-natal? E quais são os aspectos negativos?</p>
<p>53. O que você sugeriria para melhorar a assistência ao pré-natal?</p>



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública



**APÊNDICE F**  
**QUESTIONÁRIO COM O PROFISSIONAL DA UNIDADE DE**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA**

Nº. do questionário \_\_\_\_\_

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE</b>
1. Nome da Unidade:
2. Entrevista em:
3. Entrevistador (nome):
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO</b>
4. Nome do Profissional:
5. Formação Profissional
6. Idade ( ) anos
7. Sexo M ( ) F ( )
8. Tempo de formado ( ) anos
9. Tem Pós- Graduação/Especialização ( ) 1. Sim                      2. Não
10. Cargo que ocupa?
11. Tempo que trabalha na unidade? ( ) 1. < 1 ano      2. 1-2 anos      3. 3-4 anos      4.>5 anos
12. Trabalha em outra unidade de saúde? ( ) 1. Sim                      2. Não
13. De que forma você está envolvido (a) com as atividades do programa PHPN?
14. Fez treinamento e capacitação específica para realizar atendimento à assistência à gestante? ( ) 1. Sim                      2. Não
15. Há quanto tempo recebeu treinamento específico de assistência à gestante? ( ) 1. < 1 ano      2. 1-2 anos      3. > 2 anos
16. Qual a instituição responsável pela capacitação?

( ) 1. O próprio Hospital    2. SMS    3. SES    4. Outra \_\_\_\_\_

**III. INFORMAÇÃO SOBRE O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL (CONHECIMENTO E CONDUTA)**

17. A unidade fez adesão ao Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento?

( ) 1. Sim                      2. Não

18. Você conhece e utiliza o protocolo do PHPN para atendimento da gestante e da puérpera?

( ) 1. Sim                      2. Não

19. Você acha que o programa conseguiu atingir seus objetivos?

( ) 1. Sim                      2. Não

20. Qual o seu grau de satisfação com o programa?

( ) 1. Baixo    2. Médio    3. Bom    4. Muito Bom    5. Excelente

21. Você realiza o acolhimento com as gestantes atendidas na unidade?

( ) 1. Sim                      2. Não

22. Na sua opinião é importante realizar o acolhimento?

( ) 1. Sim                      2. Não

23. Você realiza no acolhimento a verificação do cartão da gestante?

( ) 1. Sempre                      2. Às vezes                      3. Nunca

24. Descreva o trabalho que realiza:

25. Como a gestante deve fazer para ser atendida na unidade?

26. A unidade oferece teste HIV às gestantes?

27. Como é o acolhimento das gestantes na unidade?

28. Quando precisam encaminhar uma gestante, a unidade tem um sistema de referência definido?

29. Na sua opinião quais aspectos precisam ser implementados ( insumos, recursos humanos, capacitação, gestão etc) nesta unidade de saúde para um melhor desenvolvimento das atividades no atendimento ao pré-natal?

30. Você realiza alguma pratica educativa com as mães no pré-natal? (   ) 1. Sempre   2. Às vezes   3. Nunca
31. Existe na unidade algum cartaz afixado em local acessível ou outro tipo de material educativo contendo informações sobre gestação de alto risco? (   ) 1. Sim   2. Não
32. Na sua opinião é importante acontecerem as ações de humanização em gestantes? (   ) 1. Sim   2. Não
33. Existe aceitação das gestantes nessas atividades? (   ) 1. Sempre   2. Às vezes   3. Nunca
34. Existe protocolo de rotina para o atendimento a gestante de alto risco na unidade? (   ) 1. Sim   2. Não
35. Você participa da elaboração do protocolo de rotina para o atendimento a gestante de alto risco? (   ) 1. Sim   2. Não
36. Existe algum tipo de integração deste serviço com os Programas PACS/PSF para o seguimento da puérpera e do recém-nascido? (   ) 1. Sim   2. Não
37. Todas as parturientes e os recém nascidos logo após o parto já ficam com agenda marcada para a primeira consulta após 15 dias do parto no puerpério? (   ) 1. Sim   2. Não
38. Você orienta as parturientes quanto ao aleitamento materno e orientação de medidas de higiene do recém-nascido? (   ) 1. Sempre   2. Às vezes   3. Nunca

#### **IV. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

39. É feito relatório das atividades desenvolvidas com as gestantes da unidade? (   ) 1. Sim   2. Não
40. Este relatório é analisado? Com que finalidade? De que forma?
41. Quem faz a avaliação do programa? (   ) 1. Alguém do programa (avaliador interno)





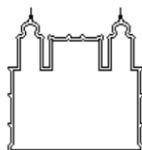


2. Alguém de fora ( avaliador externo)

27. O resultado da avaliação é utilizado para a melhoria da assistência pré-natal no município?

( ) 1. Sim

2.Não



## APÊNDICE H

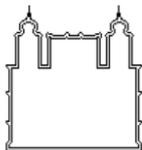
### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA INSTITUCIONAL

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE</b>
1. Município:
2. Observador
3. Data da Observação:
4. Horário do Início da Observação:  __ __  Horário do término da Observação:  __ __
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE</b>
5. Nome:
6. Nº do prontuário:
7. Data da Admissão:
<b>III. OBSERVAÇÃO NA ABORDAGEM DA GESTANTE:</b>
8. A equipe de profissionais dirige à gestante por designação respeitosa? ( ) 1. Sim                      2. Não
9. A equipe se dirige à gestante pelo nome? ( ) 1. Sim                      2. Não
10. A gestante tem alguma deficiência física, deficiência mental ou dificuldade de comunicação? ( ) 1. Sim                      2. Não
11. A gestante foi questionada sobre quais exames já foram realizados no pré-natal? ( ) 1. Sim                      2. Não
12. A gestante foi questionada sobre a escolha do hospital para realizar o parto? ( ) 1. Sim                      2. Não
13. Como foi feita a escolha do hospital? ( ) 1. Gestante referenciada    2. Hospital que tinha vaga ( demanda espontânea)

<b>IV- OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO DA UNIDADE</b>
14. Localização da unidade (Descrever as condições do ambiente, se é confortável, silencioso, bem iluminado, limpo, boa acomodação, sinalização, fácil acesso para as gestantes)
15. Existe Sala/Consultório para o atendimento no pré-natal? ( ) 1. Sim                      2. Não Quantas?  __ __
16. Quais são as condições da(s) sala(s) onde é realizado o pré-natal?
17. Como é o atendimento oferecido para as gestantes?
18. Qual é o perfil dos profissionais que realizam as atividades de pré-natal ?

<b>V. CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL DA UNIDADE</b>
19. Os insumos necessários para o atendimento no pré-natal estão disponíveis? ( ) 1. Sim                      2. Não
20. Como é a chegada da gestante na unidade?
21. As gestantes são atendidas de imediato ou são agendadas?
22. Se são agendadas, quanto tempo em média levam para ser atendidas?
23. É feito cadastro das gestantes no Sis prenatal? ( ) 1. Sim                      2. Não

24. 7. É feito controle de falta? ( ) 1. Sim                      2. Não
25. Realiza consulta de acompanhamento do pré-natal, avaliando o grau de risco da gestante? ( ) 1. Sim                      2. Não
26. Diagnostica as patologias mais comuns durante a gestação, tratando ou referenciando a gestante corretamente? ( ) 1. Sim                      2. Não
27. Avalia o estado nutricional da gestante? É anotado no cartão da gestante? ( ) 1. Sim                      2. Não
28. A solicitação de exames da gestante é feita de acordo com o que é preconizado pelo MS? ( ) 1. Sim                      2. Não
29. É garantido o sigilo e a privacidade no atendimento à gestante? ( ) 1. Sim                      2. Não
30. Em que situação as gestantes são encaminhadas para outras unidades?
31. Realiza consulta de puerpério? ( ) 1. Sim                      2. Não
32. Foi verificada a existência do protocolo do programa na unidade? ( ) 1. Sim                      2. Não



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública



## APÊNDICE I

### ROTEIRO DE VERIFICAÇÃO DA FARMÁCIA

<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO ROTEIRO</b>
1. Unidade Analisada:
2. Município:
3. Data:
4. Observador:
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL;</b>
5. Nome:
6. Cargo:
7. Profissão:

<b>III. DADOS SOBRE A FARMACIA</b>																											
8. A farmácia faz controle de estoque dos medicamentos? (    ) 1. Sim            2. Não																											
9. Como é feito o controle de estoque de medicamentos?																											
10. Existe critério usado para reposição de medicamentos? (    ) 1. Sim            2. Não																											
11. Qual o critério utilizado para reposição de medicamentos?																											
12. Especificação dos medicamentos encontrados na farmácia																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Medicamentos</th> <th style="width: 35%;">Quantidade</th> <th style="width: 30%;">Prazo de Validade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Antiácidos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Antieméticos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sulfato ferroso</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ácido Fólico</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dimeticona (para gases)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Supositório de glicerina</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hioscina (para cólica)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Analgésicos</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Medicamentos	Quantidade	Prazo de Validade	Antiácidos			Antieméticos			Sulfato ferroso			Ácido Fólico			Dimeticona (para gases)			Supositório de glicerina			Hioscina (para cólica)			Analgésicos		
Medicamentos	Quantidade	Prazo de Validade																									
Antiácidos																											
Antieméticos																											
Sulfato ferroso																											
Ácido Fólico																											
Dimeticona (para gases)																											
Supositório de glicerina																											
Hioscina (para cólica)																											
Analgésicos																											

Antibióticos		
Anti-hipertensivos		
Anticonvulsivantes		
Crems Vaginais		
12. Existe presença de poeira, lixo exposto? ( ) 1. Sim      2. Não		
13. Existe presença de mofo, infiltrações? ( ) 1. Sim      2. Não		
14. Há incidência de luz solar sob os medicamentos? ( ) 1. Sim      2. Não		

15. Existem caixas de remédio em contato direto com o chão, parede ou teto? ( ) 1. Sim      2. Não		
16. Como é o ambiente da farmácia?		
17. Existem telas nas janelas? ( ) 1. Sim      2. Não		

<b>IV. INFORMAÇÕES SOBRE CONSERVAÇÃO DOS INSUMOS</b>		
18. Existe geladeira e/ou freezer próprio no setor? ( ) 1. Sim      2. Não		
19. Se sim, a geladeira condiciona outros materiais como alimentos? ( ) 1. Sim      2. Não		
20. Se não, como é feita a conservação de insumos?		



13. Se esta unidade não realizar alguns exames solicitados? Qual é o Laboratório de referência?

**IV. INFORMAÇÕES SOBRE CONSERVAÇÃO DOS INSUMOS**

14. Existe geladeira e/ou freezer próprio no setor?

( ) 1. Sim      2. Não

15. Se sim, a geladeira acondiciona outros materiais como alimentos?

( ) 1. Sim      2. Não

16. Se não, como é feita a conservação dos exames?