



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
REBECA SILVEIRA ROCHA

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE FORTALEZA-CE:
uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado**

FORTALEZA-CE

Fevereiro, 2011

REBECA SILVEIRA ROCHA

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE FORTALEZA-CE:
uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado**

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel

FORTALEZA-CE

Fevereiro, 2011

R672a Rocha, Rebeca Silveira
 Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE:
 uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado/
 Rebeca Silveira Rocha. — Fortaleza, 2011.
 93 p. : il.
 Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.
 Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)
 – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da
 Saúde.
 1. Pré-natal. 2. Avaliação de Serviços. 3. Saúde
 Materna. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de
 Ciências da Saúde.

CDD: 618.24

REBECA SILVEIRA ROCHA

ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE FORTALEZA-CE:

Uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profa. Dra Ana Virgínia de Melo Fialho.
Universidade Estadual do Ceará – UECE

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor e força em todos os momentos desta caminhada.

A meus pais João Teles e Simone, pelo exemplo de perseverança em meio às dificuldades.

Ao meu esposo, Riccieri, pelo companheirismo nas adversidades e pela paciência na minha ausência.

Ao professor Marcelo Gurgel, meu orientador, pelas sábias contribuições que nortearam esta pesquisa, proporcionando a concretização desta conquista.

Aos membros da Banca Examinadora, Prof. Maia Pinto e Prof. Ana Virgínia, pela disponibilização do tempo dedicado ao enriquecimento deste trabalho.

Aos meus colegas de mestrado, especialmente a Danielle, pela sincera amizade nos momentos mais difíceis e grande contribuição para a concretização deste trabalho.

Ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza, pela disponibilização dos dados do SISPRENATAL e SINASC.

A todos os gestores e profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros das unidades de saúde em que os dados foram coletados, pelo envolvimento e colaboração.

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo geral avaliar a assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE em 2010, considerando a estrutura, o processo e o resultado. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. Desenvolvido entre outubro de 2009 e fevereiro de 2011, em 30 Unidades de Saúde, selecionadas aleatoriamente, mantendo a proporção por cada SER. Para análise da estrutura, as informações obtidas foram pontuadas e classificados como: ótima, satisfatória, precária e insuficiente (SILVEIRA *et al.*, 2001). O instrumento de coleta de dados utilizado foi validado por meio de testes de validação do conteúdo, sendo submetido à apreciação de quatro especialistas. Na avaliação do processo e resultado, os dados brutos disponibilizados pela SMS sofreram cálculos para obtenção dos indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE. Os resultados principais foram: estrutura, de um modo geral, satisfatória, sendo ótimos a planta física, os recursos materiais, o apoio laboratorial e os instrumentos de registro; satisfatórios os recursos humanos e a disponibilidade de medicamentos essenciais; e precário o sistema de referência e contra-referência. Quanto ao processo e resultado, obteve-se: gestantes que realizaram a primeira consulta pré-natal até o quarto mês gestacional em relação à população-alvo (6,1%); gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal (7,6%); gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e consulta de puerpério (1%); gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e todos os exames básicos (1,8%); gestantes que receberam imunização antitetânica (22,8%); gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica (0,8%); recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos do município (1,4%); recém-nascidos com diagnóstico de tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos do município (0%); razão de mortalidade materna do município comparada a do ano anterior (78,5% em 2008 e 51% em 2009); e coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparado ao do ano anterior (10,1% em 2008 e 11,2% em 2009). Conclui-se que, apesar dos bons resultados com relação à estrutura, os reflexos nos indicadores de processo e resultado não foram positivos, com índices baixos com relação ao esperado pela OMS ou MS, ou comparado a outras regiões.

Palavras-chave: Pré-natal. Avaliação de serviços. Saúde materna.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the prenatal care in the primary Fortaleza-CE in 2010, considering the structure, process and outcome. This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. Developed between October 2009 and February 2011, 30 health units randomly selected, keeping the ratio of each SER. For structure analysis, the collected data were scored and classified as: excellent, satisfactory, poor and inadequate (Silveira et al., 2001). The data collection instrument was validated by testing the validation of the content being submitted to four experts. In evaluating the process and result, the raw data made available by SMS suffered calculations to obtain the indicators established by the Ministry of Health. The project was approved by the Ethics in Research UECE. The main results were: structure, in general, satisfactory and excellent physical plant, material resources, laboratory support and recording instruments; satisfactory human resources and availability of essential drugs and the poor referral system and counter reference. As for the process and result, we obtained: pregnant women who were the first prenatal visit until the fourth month of pregnancy in relation to the target population (6.1%) pregnant women who were at least six prenatal visits (7, 6%) women who had at least six prenatal and postpartum outpatient (1%) pregnant women who were at least six prenatal visits and all the basic exams (1.8%) pregnant women who received tetanus immunization (22.8%) women who had at least six prenatal visits, consultation with the puerperium, all the basic exams, testing for HIV and tetanus immunization (0.8%) newborns with a diagnosis of syphilis congenital in relation to all newborns in the county (1.4%) newborns with a diagnosis of neonatal tetanus in relation to all newborns in the city (0%), maternal mortality ratio in the city compared to the previous year (78.5% in 2008 and 51% in 2009) and total neonatal mortality rate in the county compared to the previous year (10.1% in 2008 and 11.2% in 2009). We conclude that, despite the good results regarding the structure, the reflections in the process and outcome indicators were not positive, with low rates relative to expected by WHO or MS, or compared to other regions.

Keywords: Prenatal care. Service evaluation. Maternal health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Planta física das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	38
TABELA 2	Recursos humanos das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	40
TABELA 3	Recursos materiais das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	41
TABELA 4	Apoio laboratorial mínimo das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	43
TABELA 5	Medicamentos essenciais para as gestantes nas unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	44
TABELA 6	Sistema de referência e contra-referência das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	46
TABELA 7	Instrumentos de registro das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	47
TABELA 8	Classificação da estrutura das unidades de saúde considerando a assistência pré-natal prestada, de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	49
TABELA 9	Classificação da estrutura das unidades de saúde considerando a assistência pré-natal prestada no município de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2010.	50
TABELA 10	Indicadores de processo na avaliação da assistência pré-natal de Fortaleza-CE no ano de 2009.	51
TABELA 11	Indicadores de resultado na avaliação da assistência pré-natal de Fortaleza-CE no ano de 2009.	52
TABELA 12	Indicadores de impacto na avaliação da assistência pré-natal de Fortaleza-CE comparados nos anos de 2008 e 2009.	52
TABELA 13	Síntese da classificação da estrutura das unidades de saúde considerando a assistência pré-natal prestada, de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010	92

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	O município de Fortaleza e sua divisão por SER.	27
FIGURA 2	Planta física das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	39
FIGURA 3	Recursos humanos das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	41
FIGURA 4	Recursos materiais das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	42
FIGURA 5	Apoio laboratorial mínimo das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	44
FIGURA 6	Medicamentos essenciais para as gestantes nas unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	45
FIGURA 7	Sistema de referência e contra-referência das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	47
FIGURA 8	Instrumentos de registro das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	48
FIGURA 9	Classificação da estrutura das unidades de saúde considerando a assistência pré-natal prestada, de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.	49

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Amostra das Unidades de Saúde por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2010.	29
QUADRO 2	Descrição das Unidades de Saúde por SER e bairro. Fortaleza-CE, 2010.	29
QUADRO 3	Descrição dos especialistas que validaram o instrumento. Fortaleza-CE, 2010	32
QUADRO 4	Descrição dos indicadores e respectivas fórmulas para cálculo. Fortaleza-CE, 2010	35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Problemática.....	11
1.2	Justificativa.....	15
1.3	Relevância.....	17
2	BASE TEÓRICA.....	18
2.1	Avaliação de serviços de saúde.....	18
2.1.1	Avedis Donabedian (1919-2000).....	19
2.1.2	Avaliação da qualidade da assistência pré-natal no Brasil.....	21
3	OBJETIVO.....	24
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo do estudo.....	25
4.2	Local do estudo.....	26
4.3	Período do estudo.....	28
4.4	População e amostra.....	28
4.5	Técnica e instrumento de coleta de dados.....	31
4.6	Validação dos instrumentos.....	32
4.7	Variáveis a serem analisadas.....	33
4.8	Análise e discussão dos resultados.....	34
4.9	Considerações éticas.....	37
5	RESULTADOS.....	38
5.1	Estrutura.....	38
5.2	Processo.....	50
5.3	Resultado.....	51
5.4	Impacto.....	52
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
7	CONCLUSÕES.....	69
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICES.....	81
	Apêndice 1 – Cronograma.....	81
	Apêndice 2 – Orçamento.....	82
	Apêndice 3 - Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-Natal na Rede Básica de Fortaleza-CE.....	83
	Apêndice 4 – Carta aos especialistas.....	85
	Apêndice 5 – Orientações para análise do instrumento.....	86
	Apêndice 6 – Formulário para análise do instrumento.....	88
	Apêndice 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
	Apêndice 8 - Síntese da classificação da estrutura das unidades de saúde considerando a assistência pré-natal prestada, de acordo com a SER.	92
	ANEXO.....	93

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problemática

A assistência pré-natal é definida como um conjunto de ações e de atenções direcionadas à saúde da mulher e do concepto durante o período gestacional, visando assegurar uma melhor condição de saúde, evitando a morte e o comprometimento físico de ambos (GALLETA, 2008). O principal objetivo da assistência pré-natal é o acolhimento da gestante desde o início da sua gravidez, período de intensas mudanças físicas e emocionais, vivenciados de formas distintas por cada uma delas. A valorização desses aspectos está implícita na construção da qualidade da atenção pré-natal, traduzidas em ações concretas que possibilitam sua integração no conjunto das ações oferecidas (BRASIL, 2000a).

Muito embora a gestação seja entendida como um fenômeno fisiológico e se desenvolva, na maioria das vezes, sem intercorrências, a assistência pré-natal tem se mostrado como um dos principais fatores de proteção contra o baixo peso ao nascer, prematuridade e óbito perinatal no Brasil e em outros países em desenvolvimento (MENEZES *et al.*, 1998; CONDE-AGUDELO *et al.*, 2000; GAMA *et al.*, 2001; HALPERN *et al.*, 1998). Essa assistência está baseada em três linhas de atenção: no rastreamento de gestações de alto risco, em ações profiláticas específicas para a gestante e o feto, bem como na educação em saúde (CHAMBERLAIN, 1993).

No final da década de 1990, reconhecendo a necessidade de mudanças na assistência à saúde da mulher no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a saúde da mulher como prioritária e sistematizou três projetos essenciais: diminuir a mortalidade por causas evitáveis, melhorar a saúde reprodutiva e combater a violência contra a mulher (LEÃO e MARINHO, 2002).

O cenário de saúde brasileiro colocava evidente a precariedade da assistência pré-natal, com dificuldades no acesso ao pré-natal, em especial nos locais e regiões mais pobres e por mulheres com menor escolaridade. Apesar do incremento considerável no número de

consultas a nível nacional, ainda observava-se discrepâncias com relação a algumas regiões menos favorecidas como o Norte e o Nordeste (SERRUYA *et al.*, 2004b).

Analisando a qualidade da assistência prestada, foram considerados quatro aspectos que são conseqüências de uma assistência de qualidade (taxa de captação precoce, incidência de sífilis congênita, distribuição das causas de morte materna no País e número de consultas no puerpério), já que eram indisponíveis dados que detalhassem o conteúdo das consultas e sua adequação (SERRUYA *et al.*, 2004b).

O início precoce do pré-natal objetiva fortalecer a adesão da gestante e diagnosticar eventuais fatores de risco para possíveis intervenções. Percebeu-se que a maioria das gestantes iniciou pré-natal até o terceiro mês, porém ainda permanecem diferenças importantes com relação às regiões Norte e Nordeste. A sífilis ainda apresentava elevado número de casos notificados no País, mesmo com diagnóstico e tratamento com baixo custo e nenhuma dificuldade operacional. Os valores revelam provável sub-notificação e carência do sistema de vigilância epidemiológica. Quanto à distribuição das causas de morte materna obstétrica direta, prevalecia a hipertensão arterial, embora sua detecção seja possível através de técnica simples de aferição da pressão arterial em todas as consultas pré-natal. Em relação à consulta puerperal, existia um baixo número de consultas dessa categoria, embora provavelmente subestimado, pela falha no registro desse procedimento (SERRUYA *et al.*, 2004b).

Entretanto, alia-se às questões mais objetivas já citadas, a falta de práticas humanizadas, com carente acolhimento, falta de vínculo entre gestante e profissionais de saúde, ausência do reconhecimento da autonomia da gestante e seu empoderamento como protagonista na gestação e no parto, além da óbvia necessidade de tratar esse momento com ações que visem aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando suas escolhas (SERRUYA *et al.*, 2004b).

Diante da realidade brasileira vigente e do decisivo papel da assistência pré-natal no resultado gestacional, surgiu a necessidade de definição de um modelo nacional que normatizasse as ações assistenciais relacionadas, conjugando esforços para sensibilizar gestores e profissionais de saúde para tentar melhorar assistência obstétrica no país com uma visão ampla e crítica. Assim, em junho de 2000, foi implantado o Programa de Humanização

do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde, através da portaria GM nº 569 (BRASIL, 2000a).

Em linhas gerais, o PHPN preconiza: primeira consulta até o 4º mês gestacional; mínimo de seis consultas/ gestante, sendo, preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º; uma consulta no puerpério, até 40 dias pós-parto; exames laboratoriais (tipagem sanguínea, hemoglobina/ hematócrito, VDRL, sumário de urina e glicemia de jejum) realizados na primeira consulta e os quatro últimos repetidos após a trigésima semana gestacional; em municípios de população acima de 50.000, obrigatoriedade na oferta do teste HIV na primeira consulta; vacinação antitetânica até a 2ª dose ou reforço para as já imunizadas; classificação continuada de risco gestacional; e atividades educativas (BRASIL, 2000a).

O PHPN instituiu critérios para qualificar a assistência pré-natal e um sistema de informações (SISPRENATAL) para acompanhar indicadores de qualidade definidos pelo programa e monitorar o cumprimento dos critérios estabelecidos (SERRUYA *et al.*, 2004b). Esse sistema possibilitou uma avaliação preliminar dos dois anos iniciais (2001 e 2002) e apontou que a maioria das gestantes cadastradas recebeu assistência desarticulada e parcial, em que 25% apenas conseguiram o mínimo de seis consultas, ressaltando as dificuldades em realizar exames laboratoriais e a consulta puerperal. Quanto aos indicadores de qualidade, percebeu-se que se mantêm os baixos percentuais, apesar da melhora de um ano para outro, principalmente nas regiões mais carentes como o Norte e o Nordeste (SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004a). Revela-se, portanto, a associação da inadequação dos cuidados pré-natais com fatores de natureza social, em especial por desigualdades sócio-econômicas, complicando ainda mais a construção de um modelo apropriado, que possa abranger a diversidade da realidade brasileira (SILVA *et al.*, 2005)

Recente avaliação nacional do PHPN apontou fragilidades ainda existentes, como a falta de integração funcional efetiva entre o pré-natal e o parto, diminuída realização da segunda bateria de exames complementares, escassez da realização da consulta de puerpério e não-cumprimento da diretriz da humanização (BRASIL, 2008). Enfim, o PNP necessita de maiores avanços em sua execução para melhor se conhecer o seu verdadeiro impacto na saúde das mulheres.

Para confirmar a deficiência da qualidade da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde cita três indicadores principais: o primeiro é referente à alta incidência de sífilis congênita (24/1000 nascidos vivos no SUS), cujo diagnóstico e tratamento se dão por um simples exame de sangue, o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), e pela aplicação da penicilina benzatina, respectivamente, elementos que devem estar disponíveis no nível de atenção primário (BRASIL, 1999). O segundo corresponde à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), que é a principal causa de óbitos maternos, apesar de ser diagnosticada pela aferição sistemática da pressão arterial associada à identificação dos sinais e sintomas clínicos, bem como exame complementar para dosagem de proteinúria, elementos que também devem estar disponíveis na atenção primária (BRASIL, 2000b); e o terceiro deve-se ao fato de que 37% das gestantes não foram vacinadas contra o tétano no Brasil, preocupação que deve ser garantida a toda mulher antes mesmo da concepção (BRASIL, 2000a).

Segundo o Ministério da Saúde, como condições para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se garantir: uma discussão permanente com a população da área sobre a importância da assistência pré-natal; identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e pronto início do acompanhamento pré-natal, ainda no primeiro trimestre gestacional; acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes; e sistema eficiente de referência e contra-referência. Para que estas práticas sejam desenvolvidas, faz-se necessário: recursos humanos e área física adequados, equipamento e instrumental mínimos, apoio laboratorial para a unidade básica de saúde, instrumentos de registro, processamento e análise de dados disponíveis, medicamentos essenciais e avaliação permanente da assistência pré-natal (BRASIL, 2000a).

Na avaliação da qualidade dos serviços, Donabedian (1988) recomenda a análise da estrutura, do processo e do resultado, levando em consideração o estudo do processo como a melhor maneira de investigação do conteúdo da atenção ofertada no nível de atenção primária. A estrutura aborda informações sobre recursos físicos, materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), tipo e especialização do equipamento. O processo envolve as atividades relacionadas à assistência, incluindo diagnósticos, terapêuticas e reabilitação. O resultado está relacionado ao efeito que as ações e os procedimentos tiveram sobre o estado de saúde (RATTNER, 1996). Mais especificamente, consideram as características relacionais entre profissionais de saúde e usuário, em que se analisa a percepção das práticas de saúde por parte do usuário, ou seja, sua satisfação (GOLVEIA *et al.*, 2009).

No Brasil, esse tipo de estudo, que visa avaliar a qualidade dos serviços, é raro. A maioria deles limita-se a descrever características da atenção médica, como cobertura, número de consultas pré-natais e tipo de parto (TANAKA *et al.*, 1989; GOMES *et al.*, 1990; SCOCHI, 1994). Poucos estudos preocuparam-se com a investigação da qualidade desse cuidado, empregando alguns indicadores de adequação, entre eles o índice de Kessner, e a verificação do conteúdo das consultas (TAKEDA, 1993; SILVEIRA *et al.*, 2001).

Sendo assim, devido à evidente existência de problemas na qualidade da assistência pré-natal, da significativa inserção dos enfermeiros nessa área do cuidado e da carência de estudos que visem à avaliação dos serviços, decidiu-se pela realização deste estudo, que responde à seguinte questão: Como está a atenção pré-natal oferecida na rede básica de Fortaleza-CE?

1.2 Justificativa

Segundo estimativa realizada em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 585.000 mulheres morreram em todo o mundo por complicações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal e, dessas mortes, 95% ocorreram em países pobres. Há uma dissiparidade evidente existente entre as Razões de Mortalidade Materna dos países pobres e ricos, em especial na região das Américas, comparando Canadá e Estados Unidos, onde ocorrem menos de nove óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, com países como Bolívia, Peru e Haiti, que chegam a mais de 200 óbitos/ 100 mil nascidos vivos. Porém, Chile, Cuba, Uruguai e Costa Rica, países também em desenvolvimento, possuem Coeficientes de Mortalidade Materna por volta de 40 por 100 mil nascidos vivos, números bem inferiores comparados aos valores dos países anteriormente mencionados, o que demonstra que a redução da mortalidade materna está ligada à determinação política e garantia de serviços de saúde da população, incluindo, especialmente, uma assistência pré-natal de qualidade (BRASIL, 2002a).

No Ceará, ainda é bastante elevado o índice de mortalidade materna. O Coeficiente de Mortalidade Materna nos anos 1998, 1999 e 2000 foi de 93,9, 82,8 e 75/100 mil nascidos vivos, respectivamente. Com relação às causas obstétricas diretas dos óbitos

maternos, essencialmente preveníveis e que compreendem a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), as hemorragias, os abortos, as embolias e as infecções puerperais, houve uma diminuição progressiva da participação relativa, passando de 61,5%, em 1996, para 57,7% em 1999 (CEARÁ, 2001). Em 2002, ficou estabelecida uma razão de 82 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Neste mesmo ano, Fortaleza apresentou índice de 26/100 mil nascidos vivos e, nos anos seguintes, 2003, 2004 e 2005, teve, respectivamente, 24, 29 e 26/100 mil nascidos vivos. Observa-se, nesses anos, uma tendência à estabilidade do número de óbitos relacionados à gestação (FORTALEZA, 2008). Apesar desses índices estarem decrescendo, esses dados ainda são preocupantes, já que, de acordo com a OMS, a Razão de Mortalidade Materna aceitável é de 10 óbitos por 100 mil nascidos vivos (WHO, 1985).

No que se refere à mortalidade perinatal, para 1996, a OMS estimou uma taxa de 53 para cada 100 mil nascidos vivos. Embora a mortalidade infantil esteja reduzindo no Brasil, as causas perinatais responderam por mais de 50% dos óbitos em menores de um ano no período de 1990 a 1995 (LAGO, 1999). No Ceará, a mortalidade perinatal foi responsável por 41% da mortalidade infantil em 1999 (CEARÁ, 2000a).

A assistência pré-natal interfere significativamente na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, já que os níveis de saúde das mães e conceptos estão estreitamente interligados com a qualidade dessa assistência. Desse modo, o movimento pela qualidade nos serviços de saúde, em especial na atenção pré-natal, é atualmente uma necessidade incorporada à gestão dessa área, com a finalidade de assegurar uma assistência livre de riscos ao binômio mãe-feto.

Como enfermeira, profissão na qual o cuidar é a sua essência, acredito que deva existir uma maior conscientização quanto à importância e o valor de nossas ações, concentrando esforços para o alcance do objetivo proposto: uma assistência de qualidade.

Sendo assim, faz-se necessária a realização deste estudo, que visou avaliar a qualidade da assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE.

1.3 Relevância

Considerando a assistência pré-natal como o primeiro momento em que se começa a evitar os óbitos maternos e neonatais, pois viabiliza a detecção precoce dos riscos e desenvolvimento de ações profiláticas, evidencia-se a necessidade de que esta seja de qualidade, a fim de alcançar os objetivos a que se propõe.

Uma avaliação precisa da qualidade da assistência pré-natal prestada na rede básica do município de Fortaleza-CE pretende contribuir para evidenciar lacunas ou falhas no serviço com relação ao que o Ministério da Saúde preconiza como necessário para uma assistência pré-natal de qualidade, oferecendo subsídios capazes de auxiliar os profissionais e gestores municipais de saúde em seus processos de garantia de uma assistência pré-natal digna.

2 BASE TEÓRICA

2.1 Avaliação de serviços de saúde

Existem diversas definições de avaliação, sendo mais aceito e usado o conceito estabelecido por Scriven em 1967, no qual avaliação é julgar o valor ou mérito de alguma coisa. Nesse sentido, a avaliação usa métodos de pesquisa e julgamento, incluindo a delimitação de padrões para julgamento da qualidade, a coleta de informações e utilização dos padrões para determinar importância, valor, utilidade, qualidade ou eficácia, levando a sugestões cujo objetivo é otimizar o objeto de avaliação em relação ao seu desígnio futuro (WORTHEN *et al.*, 2004).

Tão antigos quantos os serviços de saúde são os mecanismos de avaliação da qualidade desses serviços e da prática médica. Entretanto, o uso da avaliação científica dos cuidados médicos desenvolveu-se vagarosamente, já que não se tratava de um aspecto essencial da Medicina (REIS *et al.*, 1990).

A avaliação da prática médica tem como marco inicial o relatório Flexner, publicado em 1910, sob o patrocínio da Fundação Carnegie. Ao avaliar 155 escolas de medicina que operavam nos Estados Unidos e Canadá, Flexner denunciou amargamente a má qualidade do ensino médico pela precária condição física das escolas (FLEXNER, 1960).

Seguindo os passos do relatório Flexner, trabalho intitulado “*A Study in Hospital Efficiency: the first five years*” realizado por Codman e publicado em 1916 tornou-se um clássico no histórico da avaliação de serviços de saúde. Este trabalho propunha uma metodologia de avaliação cotidiana do estado de saúde dos pacientes a fim de estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares (PORTEFIELD, 1976).

Baseando-se no trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgiões responsabilizou-se pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais e realizou um estudo com, aproximadamente, 800 hospitais com mais de 100 leitos, concluindo que menos de 135 tinham algum grau aceitável de qualidade. Conseqüentemente, em 1928,

foi criado o Hospital Standartization Program, que é o início da Joint Comission of Accreditation of Hospitals (JCAH) (PORTEFIELD, 1976).

Nas quatro últimas décadas, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm se baseado nas propostas de Donabedian que, aproveitando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman e utilizando como referencial a teoria dos sistemas, sistematizou a avaliação da qualidade da atenção médica em três enfoques: estrutura, processo e resultado.

2.1.1 Avedis Donabedian (1919 – 2000)

Avedis Donabedian nasceu em sete de junho de 1919 em Beirute, no Líbano. Após graduar-se como médico na Universidade Americana de Beirute, seus horizontes expandiram-se e o levaram a Harvard, onde obteve o grau de Mestre em Saúde Pública em 1955. Através de um corpo de oito livros e mais de 50 artigos, Donabedian transformou o pensamento sobre os sistemas de saúde, convertendo-os em um campo para a investigação e uma arena excitante para a ação (FRENK, 2000).

De acordo com Donabedian, a finalidade da avaliação da qualidade é estimar o grau de sucesso dos profissionais da saúde em se autogovernarem, de modo a evitar a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância ininterrupta, de tal maneira que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (DONABEDIAN, 1978).

Segundo o referido autor, a avaliação dos serviços permite duas dimensões: o desempenho técnico, isto é, a interação entre tecnologia médica e conhecimento de forma a maximizar os benefícios e minimizar os riscos; e o relacionamento pessoal com o paciente, atendendo às normas éticas e sociais, além das expectativas e necessidades dos pacientes (DONABEDIAN, 1978).

Em seu estudo intitulado “*Evaluating the Quality of Medical Care*”, publicado em 2000, Donabedian traz uma revisão das várias abordagens e métodos utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados médicos e aponta alguns problemas ou questões que devem ser

apreciados por esses métodos, como a importância da associação da natureza da informação, como base para as decisões de qualidade, com o processo de observação, que deve contemplar confiabilidade e validade, a fim de evitar o viés da subjetividade e aproximar-se o mais possível da neutralidade, que não significa renegar os próprios valores ou objetivos sociais. O autor menciona a necessidade de uma exploração conceitual mais completa da qualidade, considerando sua dimensão e valores para diferentes grupos populacionais, a fim de entender a relação entre definição da qualidade e sua relação com a prática exercida (DONABEDIAN, 2005).

Redefinindo o sentido da qualidade, Donabedian expõe a necessidade de ampliar a base científica para mensuração da efetividade e eficiência; contrabalançar a assistência prestada em termos técnicos e nas relações pessoais; equilibrar a efetividade e os custos na assistência, bem como os valores individuais e sociais (DONABEDIAN, 1992 *apud* D'INNOCENZO *et al.*, 2006). Ressalta ainda a importância de avaliar a capacidade de identificação do que seria mais efetivo ou eficiente, a fim de evitar juízos imprecisos sobre a qualidade (DONABEDIAN, 1993). E, como pilares de sustentação que definem a qualidade em saúde, o referido autor enumera sete, são eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Para este autor, as informações a partir das quais podem ser tiradas conclusões sobre a qualidade do cuidado podem ser classificadas em três categorias: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1988).

Estrutura denota a configuração dos atributos em que os cuidados ocorrem. Estes atributos incluem recursos materiais (instalações, equipamentos e verbas), recursos humanos (quantidade e qualificação profissional) e estrutura organizacional (DONABEDIAN, 1988).

Processo significa o que é realmente feito para dar e receber cuidado. Inclui atividades do paciente em busca do cuidado e sua realização, bem como as ações médicas em fazer um diagnóstico e recomendar ou implementar um tratamento (DONABEDIAN, 1988). Na avaliação do processo, há uma comparação entre os procedimentos médicos empregados e os estabelecidos como normas pelos próprios profissionais da saúde (REIS *et al.*, 1990). Existem duas metodologias no estudo do processo: observação direta da prática e estudos baseados em registros médicos (DONABEDIAN, 1978).

Resultado constitui os efeitos do cuidado sobre o estado de saúde de pacientes e populações, incluindo em uma definição ampla de estado de saúde, o conhecimento e mudanças de comportamento dos pacientes, bem como o grau de satisfação dos mesmos com o cuidado recebido (DONABEDIAN, 1988).

Essa abordagem em três vertentes de avaliação de qualidade só é possível porque uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um processo de qualidade e, conseqüentemente, um processo de qualidade gera bons resultados (DONABEDIAN, 1988). Atualmente, as pesquisas embasadas nos preceitos de Donabedian têm proposto um modelo integrativo, em que são avaliados o estado de saúde e sua relação com a qualidade do cuidado e os gastos dos recursos (REIS *et al.*, 1990).

2.1.2 Avaliação da qualidade da assistência pré-natal no Brasil

A literatura revela uma crescente preocupação com a qualidade da assistência pré-natal prestada. Diversos estudos foram desenvolvidos em muitos municípios brasileiros, seguindo as mais variadas metodologias e abordando distintos aspectos da avaliação em serviços, a fim de traçar um perfil situacional da realidade única de cada região com relação à atenção pré-natal oferecida às gestantes (SILVEIRA *et al.*, 2001; COUTINHO *et al.*, 2003; NEUMANN *et al.*, 2003; MOURA *et al.*, 2003; COSTA, GUILHEM e WALTER, 2005; KOFFMAN e BONADIO, 2005; CARVALHO e ARAÚJO, 2007; NASCIMENTO *et al.*, 2007; PARADA, 2008; AZEVEDO, 2009).

Estudo realizado em Pelotas, Sul do Brasil, com 31 unidades de atenção primária à saúde da zona urbana e 839 registros de pré-natal, avaliou a estrutura e o processo, segundo os preceitos de Donabedian. Os autores relatam qualidade do cuidado pré-natal precária, com deficiente estrutura, em especial planta física, baixa cobertura (53%) e reduzida média de consultas (5,3) (SILVEIRA *et al.*, 2001).

Avaliando também a estrutura e o processo, pesquisa realizada com 20 municípios da Direção Regional de Saúde XI (Botucatu, São Paulo), através de entrevistas com gestores e análise de 385 prontuários de puérperas, revelou disponibilidade de equipamentos e

instrumentais básicos, mas apenas 3,6% das gestações realizaram seis consultas pré-natais, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e foram imunizadas contra o tétano, concluindo que ainda se constitui um desafio para esta região a realização do conjunto das atividades da atenção pré-natal (PARADA, 2008).

Adotando o processo como parâmetro, conforme proposto por Donabedian, estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada em uma instituição filantrópica de São Paulo. A adequação dos procedimentos de consulta variou de 92,6% a 97,8%; o Índice de Kessner adicionado ao resultado dos exames classificou o pré-natal em adequado para 35,7% das gestantes, intermediário para 35,9% e inadequado para 28,3%. Autores fazem sugestões visando à melhoria dos indicadores da assistência oferecida pelo serviço (KOFFMAN e BONADIO, 2005).

Em Criciúma, Santa Catarina, foi realizada pesquisa retrospectiva com uma amostra de 2180 crianças menores de três anos, com o propósito de avaliar a qualidade e a equidade da atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Como resultados obtiveram uma elevada cobertura pré-natal (96,6%), sendo as mães de menor renda as que iniciaram mais tardiamente o pré-natal e tiveram um menor número de consultas. Além disso, o estudo demonstra que gestantes de maior risco reprodutivo adquiriram menor porcentagem de atendimento com qualidade adequada neste município (NEUMANN *et al.*, 2003).

Trabalho realizado, em 2003, no município de Ingá, Paraíba, incluiu uma amostra de 57 gestantes e referiu um bom desempenho do serviço no que diz respeito à qualidade da assistência pré-natal prestada a gestantes cadastradas, com altas taxas de início do pré-natal no primeiro semestre (70,2%) e elevado número de consultas (6 a 16 em média), porém apresentando deficiências com relação ao sistema de referência e contra-referência, além da realização de alguns exames complementares, como a sorologia para HIV e colpocitologia oncótica (AZEVEDO, 2009).

Pesquisa realizada em Salvador, Bahia, em 2002, utilizando indicadores de processo para a assistência pré-natal em serviços públicos, mostrou baixa cobertura de consultas pré-natal (14,2%), no âmbito do PHPN, de vacinação antitetânica (33,5%) e testes anti-HIV (17,6%) (NASCIMENTO *et al.*, 2007).

No Ceará, estudo realizado na 4ª microrregião de saúde (Baturité) analisou a cobertura da população assistida por equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e sua

associação com a qualidade da assistência pré-natal. Observou-se que há uma excelente cobertura do PSF, resultando em melhorias de acesso, aumento do número de consultas pré-natal, melhor cobertura vacinal e captação precoce das gestantes, porém há necessidade de se avaliar o real impacto dessas ações na melhoria da qualidade de vida dessas mulheres (MOURA *et al.*, 2003).

Resultados similares foram encontrados em pesquisa realizada em dois hospitais de referência para gestações de alto risco do Sistema Único de Saúde (SUS) de Recife, Pernambuco, com 612 parturientes, tendo como finalidade investigar a adequação da assistência pré-natal ofertada, considerando elementos do processo. Os autores observaram uma elevada cobertura pré-natal (96,1%) e uma média alta de consultas por gestante (5,3), no entanto, a atenção pré-natal foi considerada adequada em apenas 17,8% dos casos e inadequada em 82,2% deles. Foi advertido quanto à necessidade de rever a qualidade da assistência pré-natal prestada nesta região (CARVALHO e ARAÚJO, 2007).

Trabalho realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, desenvolveu uma auditoria em 370 cartões de gestantes, que utilizaram o SUS durante o parto, selecionados e considerou, na avaliação, a utilização da assistência pré-natal, com base no índice de Kessner, os exames laboratoriais básicos segundo o PHPN, além de procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios numa consulta pré-natal. O estudo resultou em cobertura de 99,04%, média de 6,4 consultas por gestante e 17,4 semanas de idade gestacional em média na primeira consulta, porém com precária adequação pré-natal, devendo ser verificada do ponto de vista qualitativo para o aperfeiçoamento (COUTINHO *et al.*, 2003).

Na finalidade de analisar o atendimento pré-natal em unidades de saúde, estudo foi realizado em 617 municípios brasileiros, permitindo, através de testes apropriados, expansão de sua análise para 5.507. Autores observaram que o atendimento ao baixo e alto riscos gestacionais esteve associado à região geográfica, tamanho do município e modalidade de gestão no SUS, havendo lacunas com relação à oferta e à qualidade da atenção ao pré-natal no SUS (COSTA *et al.*, 2005).

3 OBJETIVO

Avaliar a assistência pré-natal oferecida na rede básica de Fortaleza-CE em 2010, considerando a estrutura, o processo e o resultado.

4 MEDODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa na sua parte inicial. Na segunda fase da pesquisa, acrescenta-se documental, devido à utilização de dados secundários do Datasus (banco de dados do Sistema Único de Saúde), como o SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento) e o SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos).

Segundo Pereira (1995), em estudos transversais, a coleta de dados é desenvolvida em um recorte único no tempo, ou seja, são arrecadadas informações sobre a exposição e o desfecho simultaneamente.

A pesquisa realizada é de caráter descritivo, conceituada por Gil (2002; p.42) como aquela que traz:

[...] a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis [...] pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade [...] Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência das relações entre as variáveis e pretendem determinar a natureza desta relação [...].

Para Leopardi (2002), a abordagem quantitativa é utilizada quando se tem um instrumento de medida utilizável e válido, deseja-se assegurar a objetividade e credibilidade dos achados e a questão proposta indica a preocupação com a quantificação.

O trabalho documental é caracterizado como uma fonte de coleta de dados limitada a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias, que podem ser realizadas no momento do acontecimento do fato ou fenômeno, ou posteriormente (LAKATOS e MARCONI, 1991).

4.2 Local do estudo

Na primeira etapa, o estudo foi desenvolvido em Unidades de Saúde, incluindo: Centros de Saúde (CS), Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (UBASF) e Centros Integrados de Educação e Saúde (CIES), existentes no município de Fortaleza, no Ceará. Na fase seguinte, o local do estudo constituiu a Secretaria Municipal de Saúde, mais especificamente a Célula de Vigilância Epidemiológica, de onde os dados necessários foram extraídos.

Fortaleza possui de 313,8 km² de área e 2 447 409 habitantes, sendo a capital de maior densidade demográfica do país com 7799,3 hab/km², segundo o censo de 2010. É a cidade mais povoada do Ceará, a quinta do Brasil e a 91^a mais povoada do mundo. A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3 655 259 habitantes, sendo a sétima mais populosa do Brasil, e a terceira do Nordeste (IBGE, 2010).

Em 1997, com a Lei Municipal 8.000 de 25 de janeiro de 1997, Fortaleza foi dividida em seis regiões administrativas – Secretarias Executivas Regionais (SER) – formadas individualmente por bairros circunvizinhos que apresentam semelhanças em termos de necessidades e problemas. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As SER estão assim distribuídas, em bairros:

- SER I – Barra do Ceará, Cristo Redentor, Pirambu, Moura Brasil, Carlito Pamplona, Jacarecanga, Vila Velha, Farias Brito, Monte Castelo, Jardim Iracema, Alagadiço, Vila Ellery, Floresta, São Gerardo;

- SER II – Centro, Praia de Iracema, Praia do Meireles, Mucuripe, Vicente Pizon, Cais do Porto, Salinas, Engenheiro Luciano Cavalcante, Guararapes, Cidade 2000, Cocó Dionísio Torres, Dunas, Papicú, Aldeota, Varjota, Praia do Futuro I e II, Joaquim Távora e São João do Tauape;

- SER III – Quintino Cunha, Presidente Kennedy, Parquelândia, Parque Nunes, Pici, Bela Vista, Amadeu Furtado, Bom Sucesso, Dom Lustosa, Antônio Bezerra, Padre Andrade e Parque Araxá;

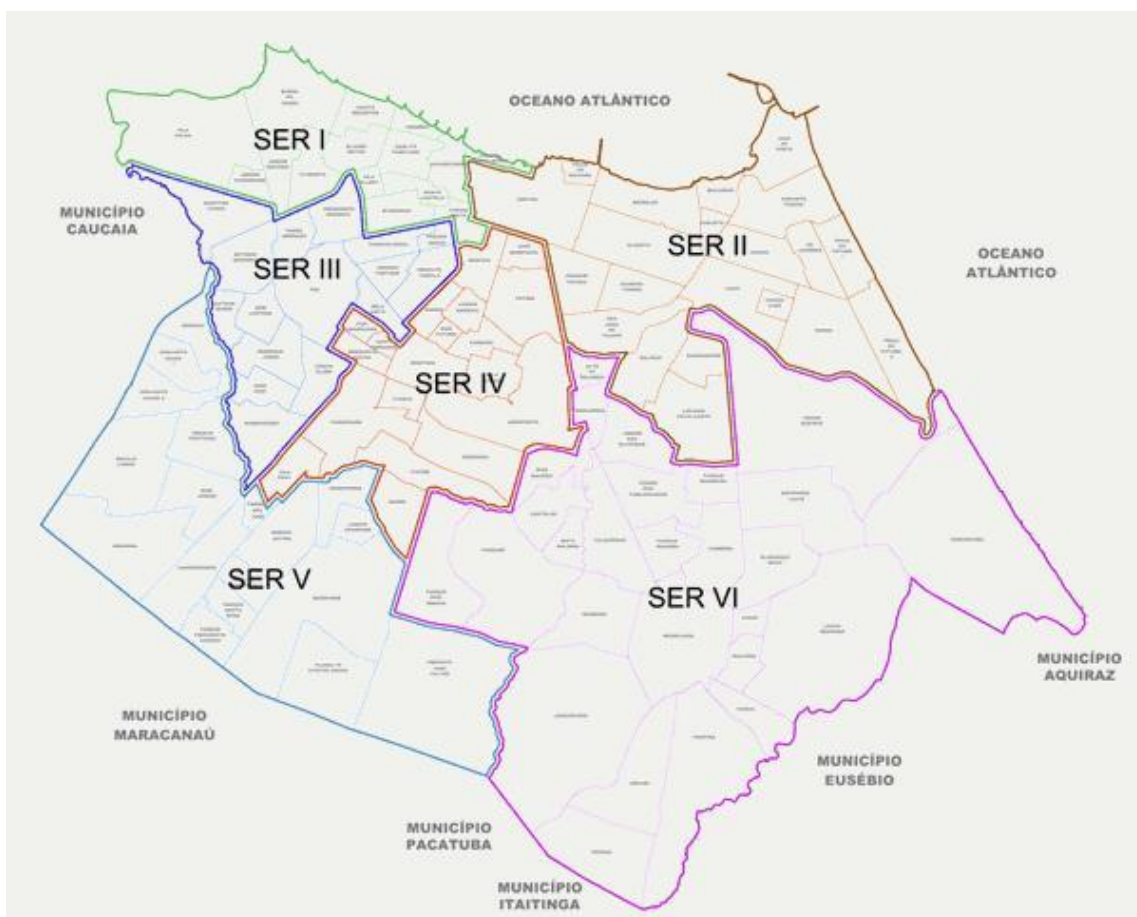
- SER IV – José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Bom Futuro, Parreão, Vila União, Demócrito Rocha, Couto Fernandes, Montese, Pan Americano, Serrinha, Itaoca, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê, Vila Peri, Parangaba;

- SER V – Genibaú, Conjunto Ceará, Granja Portugal, Maraponga, Prefeito José Walter, Parque São José, Granja Lisboa, Conjunto Esperança, Mondubim, Siqueira, Presidente Vargas, Parque Santa Rosa, Planalto Airton Sena, Canindé e Bom Jardim;

- SER VI – Alto da Balança, Aerolândia, Jardim das Oliveiras, Dias Macedo, Castelão, Mata Galinha, Cidade dos Funcionários, Edson Queiroz, Sapiranga, Coité, Alagadiço Novo, Messejana, Parque Manibura, Sabiaguaba, Lagoa Redonda, Barroso, Jangurussú, Ancuri, Pedras, Paupina, Parque Dois Irmãos, Coaçu, Passaré, Cajazeiras, Cambeba, Curió, Guajirú, Parque Dois Irmãos.

A figura 1 mostra a divisão do município de Fortaleza em SER e os bairros incluídos em dada uma delas.

Figura 1. O município de Fortaleza e sua divisão por SER.



O Programa Saúde da Família (PSF) de Fortaleza objetiva aproximar profissionais da saúde e cidadãos, modificando a concepção sobre a atenção em saúde, com a missão de cuidar e acompanhar as famílias integralmente. Houve um avanço na cobertura do PSF de 15% para 50% em 2006. Atualmente, são 89 Centros de Saúde da Família e 300 equipes trabalhando. Para complementar o atendimento popular, em Fortaleza, existem duas unidades da Farmácia Popular do Brasil, que constitui uma política do Ministério da Saúde para ampliar o acesso de toda a população aos medicamentos (WIKIPÉDIA, 2010).

4.3 Período do estudo

O estudo transcorreu no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2011, de acordo com o descrito no cronograma (Apêndice 2).

4.4 População e amostra

A população foi composta pelos gestores ou profissional de saúde representante das 88 Unidades de Saúde de Fortaleza e os dados relacionados às gestantes e aos recém-nascidos deste município.

A amostra foi formada por 30 gestores/ profissional de saúde representante das 88 Unidades de Saúde (US), número mínimo necessário para cálculos estatísticos, correspondendo a 34% do total de US do município de Fortaleza. Foram excluídas do estudo as US que não prestam assistência pré-natal ou que, por qualquer razão, não disponibilizam o atendimento pré-natal no momento da pesquisa.

Esta seleção das unidades foi do tipo aleatória, por meio de sorteio entre as unidades que se enquadravam na pesquisa, considerando o critério de exclusão já mencionado. As unidades foram escolhidas proporcionalmente a cada uma das seis Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza, mantendo a proporção de 34% do

quantitativo geral das unidades, com a finalidade de abranger uma maior área e as diferentes características de cada região, para refletir melhor a realidade do município.

O quadro 1 a seguir relaciona o quantitativo total de US disponíveis em Fortaleza por SER, bem como o valor amostral calculado.

Quadro 1. Amostra das Unidades de Saúde por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2010.

SER	Total de US	Amostra
I	11	4
II	12	4
III	16	5
IV	12	4
V	18	6
VI	19	7
Total	88	30

As Unidades de Saúde selecionadas por sorteio estão descritas no quadro 2 a seguir:

Quadro 2. Descrição das Unidades de Saúde por SER e bairro. Fortaleza-CE, 2010.

SER	NOME DA UNIDADE	BAIRRO
I	C. S. Floresta	Álvaro Weyne
	C. S. Lineu Jucá	Barra do Ceará
	C. S. João Medeiros de Lima	Vila Velha
	CIES Prof. Rebouças Macambira	Jardim Guanabara

II	UBASF Célio Brasil Girão	Cais do Porto
	C. S. Flávio Marcílio	Mucuripe
	C. S. Odorico de Moraes	Castelo Encantado
	C. S. Irmã Hercília Aragão	São João do Tauape
III	UBASF Prof. Luis Recamond Capelo	Bom Sucesso
	UBASF Prof. Clodoaldo Pinto	Padre Andrade
	UBASF Hermínia Leitão	Quintino Cunha
	C. S. Waldemar de Alcântara	Jockey Clube
	UBASF Eliézer Studart	Autran Nunes
IV	C. S. Oliveira Pombo	Pan Americano
	C. S. Dr. Luis Costa	Benfica
	C. S. Filgueiras Lima	Jardim América
	C. S. Maria José Turbay Barreira	Vila União
V	C. S. Fernando Diógenes	Granja Portugal
	C. S. Edmilson Pinheiro	Granja Lisboa
	C. S. Maciel de Brito	Conjunto Ceará
	C. S. Luiza Távora	Mondubim
	UBASF João Elísio Holanda	Aracapé
	C. S. Argeu Herbster	Bom Jardim
VI	UBASF Prof. João Hipólito	Dias Macedo
	UBASF Janival de Almeida	Passaré

UBASF Vicentina Campos	Parque Dois Irmãos
C. S. Evandro Ayres de Moura	Conjunto Palmeiras
C. S. Pedro Sampaio	Conjunto Palmeiras
C. S. Alarico Leite	Passaré
C. S. de Messejana	Messejana

4.5 Técnica e Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados realizou-se em duas etapas:

1ª etapa:

Nesta fase do estudo, entrevistou-se o gestor ou profissional de saúde representante para obter dados relacionados à estrutura física e organograma da unidade de saúde. Para o registro destes dados utilizou-se um instrumento tipo formulário (apêndice 3), criado a partir do preconizado no Manual Técnico da Assistência Pré-natal (BRASIL, 1998).

2ª etapa

Nesse momento, consideravam-se alguns dos indicadores de processo, resultado e impacto, previstos pelo Ministério da Saúde como essenciais para avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Os dados foram secundários, obtidos nos bancos SISPRENATAL e SINASC e disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA).

A fim de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o SISPRENATAL foi desenvolvido pelo DATASUS e nele estão descritos os procedimentos mínimos necessários para uma assistência pré-natal de qualidade. O Sistema de Informações de Nascidos Vivos

(SINASC) constitui uma base de dados gerada pelo DATASUS para arquivar informações importantes dos nascidos vivos.

4.5.1 Validação do instrumento

Neste estudo, o instrumento de coleta de dados foi validado através de testes de validação do conteúdo. Os formulários foram submetidos à apreciação de quatro especialistas. Para a escolha dos especialistas, foram considerados os seguintes pré-requisitos: formação na área específica (obstetrícia), habilitação e/ou experiência reconhecida e vínculo a uma instituição de ensino e/ou pesquisa, preferencialmente.

O quadro 3 descreve os especialistas em questão:

Quadro 3. Descrição dos especialistas que validaram o instrumento. Fortaleza-CE, 2010.

NOME	TITULAÇÃO	VÍNCULO
Especialista I	Pós-doutor em Medicina Materno-fetal	Universidade Estadual do Ceará – UECE
	Professor Adjunto do Curso de medicina da UECE	Royal Women’s Hospital – Melbourne, Austrália
Especialista II	Coordenador da Área Técnica da Saúde da Mulher e Gênero	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza
		Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana
Especialista III	Ginecologista e Obstetra	Universidade Estadual do Ceará – UECE
	Professor Auxiliar da UFC	Universidade Federal do Ceará - UFC
		Hospital Geral de Fortaleza - HGF
Especialista VI	Ginecologista e Obstetra	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza
	Especialista em ultrassonografia pela Escola de Ultrassonografia de	Hospital Distrital Gonzaga Mota de

Ribeirão Preto

José Walter

Coordenador da Célula de Atenção
Básica da SMS de Fortaleza

Os especialistas avaliaram cada item do instrumento quanto à relevância (grau de importância de cada elemento), pertinência (sua relação com o estudo e com a realidade apresentada pelo município) e clareza das informações (necessidade ou não de maiores esclarecimentos), obedecendo ao sistema binário de respostas (sim ou não). Foram também solicitadas sugestões de inclusão, modificação e exclusão de itens dos instrumentos (Apêndice 6).

Cada especialista recebeu uma carta-convite solicitando sua colaboração no processo de validação de instrumentos para avaliar a qualidade da assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza (Apêndice 4). Além desta carta, um documento foi encaminhado aos especialistas com orientações para análise dos instrumentos e alguns esclarecimentos relevantes (Apêndice 5). Os especialistas convidados tiveram um prazo máximo de 15 dias para entrega dos instrumentos já avaliados.

Em recebendo os instrumentos avaliados pelos especialistas, foram respeitadas as sugestões da maioria e realizadas as alterações pertinentes. Não houve itens muito discrepantes com relação à opinião dos especialistas, inexistindo necessidade de retorno para nova análise.

Na validação do instrumento, foram excluídos cinco itens, sendo três por não serem relevantes e pertinentes, um por não estar claro e outro por não ser relevante nem pertinente ou claro. Foram modificados sete itens, tanto por não estarem claros, como por sugestão de melhor colocação para melhor entendimento por parte do pesquisado.

4.6 Variáveis analisadas

Na 1ª etapa foram avaliados: planta física, recursos humanos, recursos materiais (equipamentos e instrumentais), normas, atividades, sistema de referência e contra-referência,

apoio laboratorial e disponibilidade de medicamentos essenciais. Para isso foi utilizado o instrumento previamente validado, conforme descrito na seção anterior.

Na 2ª etapa foram analisados, dentre os indicados pelo MS, os seguintes:

- Indicadores de processo: percentual de gestantes cadastradas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que realizaram a primeira consulta pré-natal até o quarto mês gestacional em relação à população-alvo (número de gestante existente ou estimado pelo número de nascidos vivos); percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal; percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e consulta de puerpério; percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e todos os exames básicos; percentual de gestantes que receberam imunização antitetânica (no mínimo duas doses durante o pré-natal, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose em mulheres com imunização completa); percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica.

- Indicadores de resultado: percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos do município; percentual de recém-nascidos com diagnóstico de tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos do município.

- Indicadores de impacto: razão de mortalidade materna do município comparada a do ano anterior e coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparado ao do ano anterior (BRASIL, 2005a).

O ano de escolha para a análise foi 2009, período de 01/01/2009 a 01/01/2010, já que constituem dados mais recentes e completos disponíveis.

4.7 Análise e discussão dos resultados

Após a coleta de dados baseadas nas variáveis já descritas, as informações foram pontuadas e/ou classificados da seguinte maneira:

Para avaliação da estrutura, cada variável observam uma pontuação de acordo com a seguinte chave: zero ponto para insatisfatório ou inexistente, cinco pontos quando for parcialmente atendido o recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), e dez pontos quando o quesito foi totalmente atendido de acordo com o preconizado pelo MS. Foram considerados:

- Planta física (máximo 70 pontos)
- Recursos humanos (máximo 80 pontos)
- Recursos materiais (máximo 140 pontos)
- Apoio laboratorial (máximo 110 pontos)
- Medicamentos essenciais (máximo 100 pontos)
- Referência e contra-referência (máximo 20 pontos)
- Instrumentos de registro (máximo 30 pontos)

De acordo com a soma total de pontos obtidos, 550 no máximo, as unidades foram classificadas em ótimas (90% a 100% do total de pontos); satisfatórias (75% a 89,9%); precárias (50% a 74,9%) ou insuficientes (49,9% e menos) (SILVEIRA, SANTOS e COSTA, 2001).

Na avaliação do processo e resultado, os dados brutos disponibilizados pela SMS de Fortaleza sofreram cálculos para obtenção dos indicadores já descritos, utilizando-se das seguintes fórmulas:

Quadro 4. Descrição dos indicadores e respectivas fórmulas para cálculo. Fortaleza-CE, 2010.

INDICADOR	FÓRMULA
Percentual de gestantes que realizaram a primeira consulta pré-natal até o quarto mês gestacional em relação à população-alvo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes que realizaram a primeira consulta pré – natal até o quarto mês gestacional}}{\text{n}^\circ \text{ total de gestantes}} \times 100$

Percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré – natal}}{\text{n}^\circ \text{ total de gestantes}} \times 100$
Percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e consulta de puerpério	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas PN e consulta de puerpério}}{\text{n}^\circ \text{ total de gestantes}} \times 100$
Percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e todos os exames básicos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas PN e todos os exames básicos}}{\text{n}^\circ \text{ total de gestantes}} \times 100$
Percentual de gestantes que receberam imunização antitetânica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes que receberam a imunização antitetânica}}{\text{n}^\circ \text{ total de gestantes}} \times 100$
Percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas PN, todos os exames básicos, o teste anti – HIV e a imunização antitetânica}}{\text{n}^\circ \text{ total de gestantes}} \times 100$
Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos do município	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de RNs com diagnóstico de sífilis congênita}}{\text{n}^\circ \text{ total de RN em Fortaleza}} \times 100$
Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos do município	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de RNs com diagnóstico de tétano neonatal}}{\text{n}^\circ \text{ total de RN em Fortaleza}} \times 100$
Razão de mortalidade materna do município comparada a do ano anterior	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos de mulheres por causas consideradas de morte materna}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes em Fortaleza}} \times 100.000$
Coefficiente de mortalidade neonatal total no município comparado ao do ano anterior	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos de RN de 0 a 27 dias de vida completos em Fortaleza}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos de Fortaleza}} \times 1.000$

Fonte: Ministério da Saúde, 2005a.

Este banco foi transferido para o *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 17.0, agrupados em classe para facilitar a tabulação, o confronto dos dados e a discussão dos resultados; e organizados posteriormente em tabelas e gráficos. Foi utilizada a análise frequencial (absoluta e relativa) e a literatura de referência para confronto com a realidade apresentada.

4.8 Considerações éticas

Na realização do trabalho proposto, foram obedecidas a todas as recomendações advindas da Resolução 196/96, referentes a estudos envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através do Sistema Municipal Saúde Escola, assinou a Folha de Rosto do SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos) autorizando a realização do estudo nas unidades de saúde selecionadas. Além disso, a cada SER foi encaminhada uma cópia do projeto e uma declaração da SMS e solicitada uma autorização para o desenvolvimento da pesquisa e, só após, iniciou-se a coleta de dados.

Antes de iniciar a entrevista aos gestores ou profissionais da saúde das unidades, após apresentação do estudo, foi solicitada a assinatura dos participantes da pesquisa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 7).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE (Processo nº 10460203-1). Os resultados serão utilizados apenas para fins científicos, será garantido anonimato por ocasião da divulgação dos achados do estudo.

5 RESULTADOS

5.1 Estrutura

Na primeira fase do estudo, avaliou-se a estrutura das unidades de saúde, contemplando a planta física, os recursos humanos, os recursos materiais, o apoio laboratorial, a disponibilidade de medicamentos essenciais, o funcionamento do sistema de referência e contra-referência e uso dos instrumentos de registro, com resultados descritos a seguir.

A tabela 1 apresenta a classificação das unidades de saúde quanto à planta física, de acordo com a SER e de Fortaleza.

Tabela 1. Planta física das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.

Classificação*	Secretaria Executiva Regional (SER)												Fortaleza	
	I		II		III		IV		V		VI		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ótima	2	50,0	2	50,0	2	40,0	-	-	3	50,0	4	57,1	13	43,3
Satisfatória	-	-	1	25,0	3	60,0	3	75,0	-	-	1	14,3	8	26,7
Precária	2	50,0	1	25,0	-	-	1	25,0	3	50,0	2	28,6	9	30,0
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

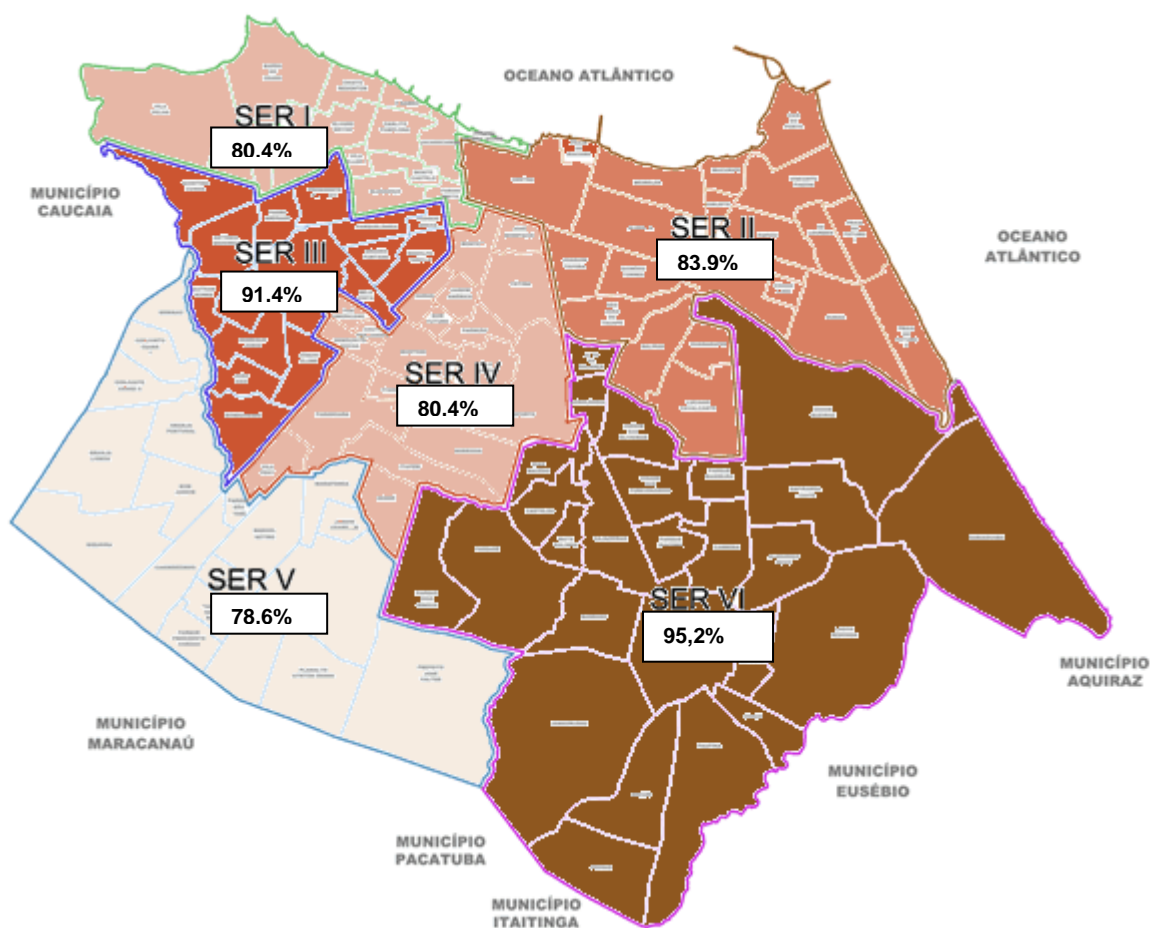
Quanto à planta física, 29 (96,7%) US dispunham de bancos para as gestantes aguardarem o atendimento, porém, destas, nove (31,0%) unidades estavam com assentos em más condições de uso, eram inadequados para gestantes, ou eram de quantitativo insuficiente. Todos os consultórios onde são realizadas as consultas pré-natal são individuais nas unidades. Possuem condições adequadas de higiene e ventilação 23 (76,7%) delas. Algumas US, nove (30,0%), não possuem pias em todos os consultórios. Todas têm luz individual suficiente para atividades que requeiram maior iluminação. Em uma (3,3%) US não há sistema para regular a temperatura ambiente e, em outras seis (20,0%), esse sistema é precário em alguns consultórios. Nas demais US, os condicionadores de ar são os mais utilizados. Poucas US, 13

(43,3%), possuem uma sala disponível e adequada para realização de educação em saúde. Muitas, 17 (56,7%), improvisam atividades educativas nos corredores e, apenas uma, referiu ter disponibilidade em uma escola ao lado da unidade, contanto que o espaço seja agendado com antecedência.

De acordo com a tabela 1, a maior parte das unidades de saúde (13 ou 43,3%) foi classificada como tendo uma ótima planta física para uma assistência pré-natal de boa qualidade.

A fim de fazer um comparativo entre as regiões administrativas de Fortaleza ou Secretarias Executivas Regionais (SER), expõe-se as figuras seguintes, ressaltando que, à medida em que as cores vão escurecendo, os percentuais de adequação aumentam, facilitando a visualização e identificação dos melhores resultados.

Figura 2. Planta física das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.



Através da figura anterior, observa-se um melhor indicador quanto à planta física na SER VI (95,2%) e piores condições podem ser vistas na SER V (78,6%).

A tabela seguinte reflete o subitem recursos humanos de acordo com cada SER e com o município de Fortaleza. Como demonstrado, os recursos humanos são, na maioria (17 ou 56,7%), satisfatórios para uma atenção pré-natal adequada.

Tabela 2. Recursos humanos das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.

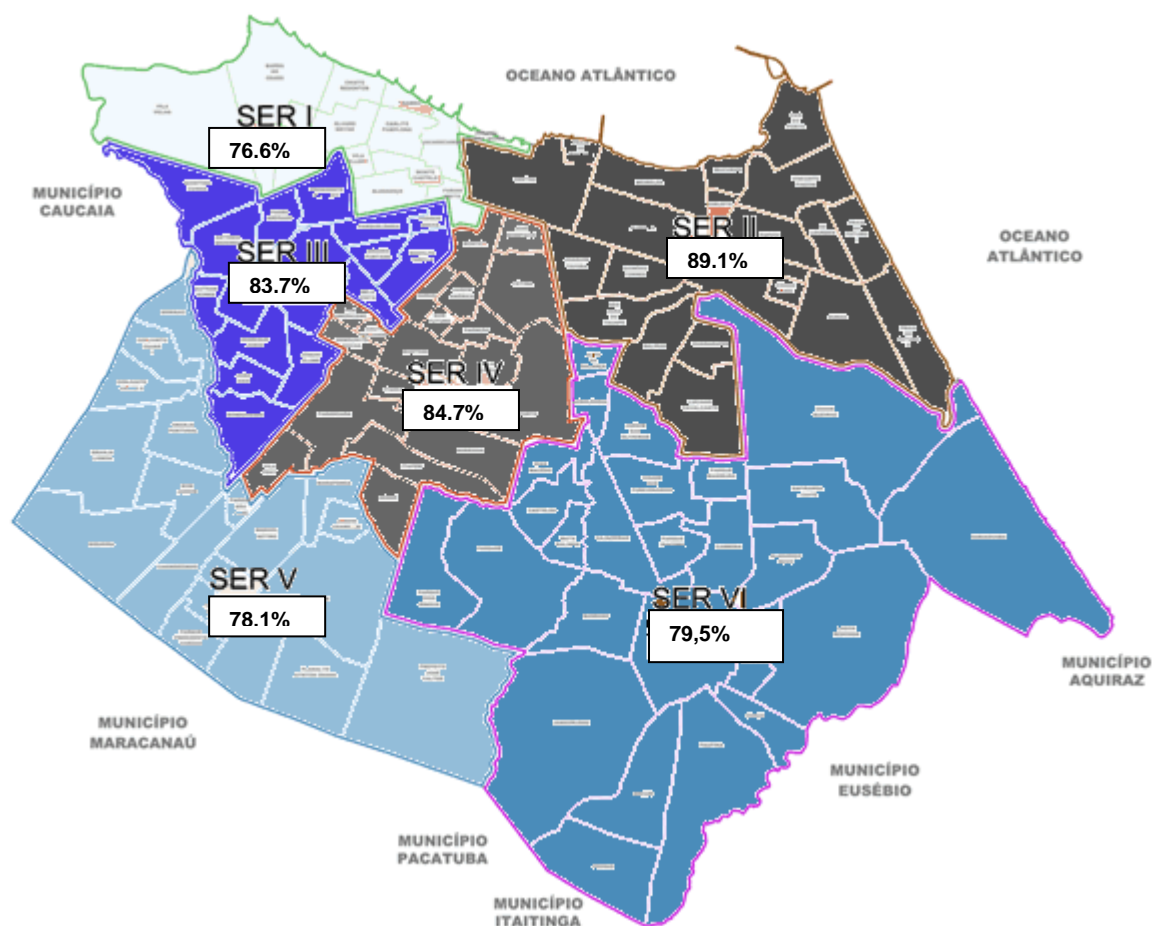
Classificação*	Secretaria Executiva Regional (SER)												Fortaleza	
	I		II		III		IV		V		VI			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ótima	-	-	2	50,0	2	40,0	-	-	1	16,7	1	14,3	6	20,0
Satisfatória	3	75,0	2	50,0	1	20,0	4	100,0	3	50,0	4	57,1	17	56,7
Precária	1	25,0	-	-	2	40,0	-	-	2	33,3	2	28,6	7	23,3
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

De um modo geral, quase todas, 26 (86,7%), as US contam com pré-natalistas especialistas em Obstetrícia ou Saúde da Família para a realização da consulta. Todas têm atendimento pré-natal, no mínimo, em dois turnos na mesma semana, como recomenda o MS, possuem médicos e enfermeiros conduzindo o pré-natal, normalmente com consultas alternadas. Não existe funcionário para auxiliar no preenchimento dos papéis em 23 (76,7%) das US, ficando encarregados desta tarefa o médico ou enfermeiro executor da consulta pré-natal. Em 18 (60,0%), não há número de agentes comunitários de saúde (ACS) suficiente para responsabilizarem-se por todas as gestantes, ficando microáreas descobertas pelo programa. Apenas 20 (66,7%) dessas US conseguem encaminhar as gestantes para outros especialistas, quando necessário, sem dificuldade. Em 29 (96,7%) das US há auxiliares de enfermagem trabalhando nos dias de atendimento pré-natal, sendo responsáveis, normalmente, pela triagem das gestantes, verificando peso, altura e pressão arterial antes de iniciar a consulta.

Na figura a seguir, observa-se destaque para SER II (89,1%), no que se refere aos recursos humanos existentes na unidade. Pior valor foi encontrado na SER I (76,6%).

Figura 3. Recursos humanos das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.



A tabela 3 disponibiliza dados referentes aos recursos materiais indispensáveis para atendimento pré-natal conforme cada SER e município de Fortaleza.

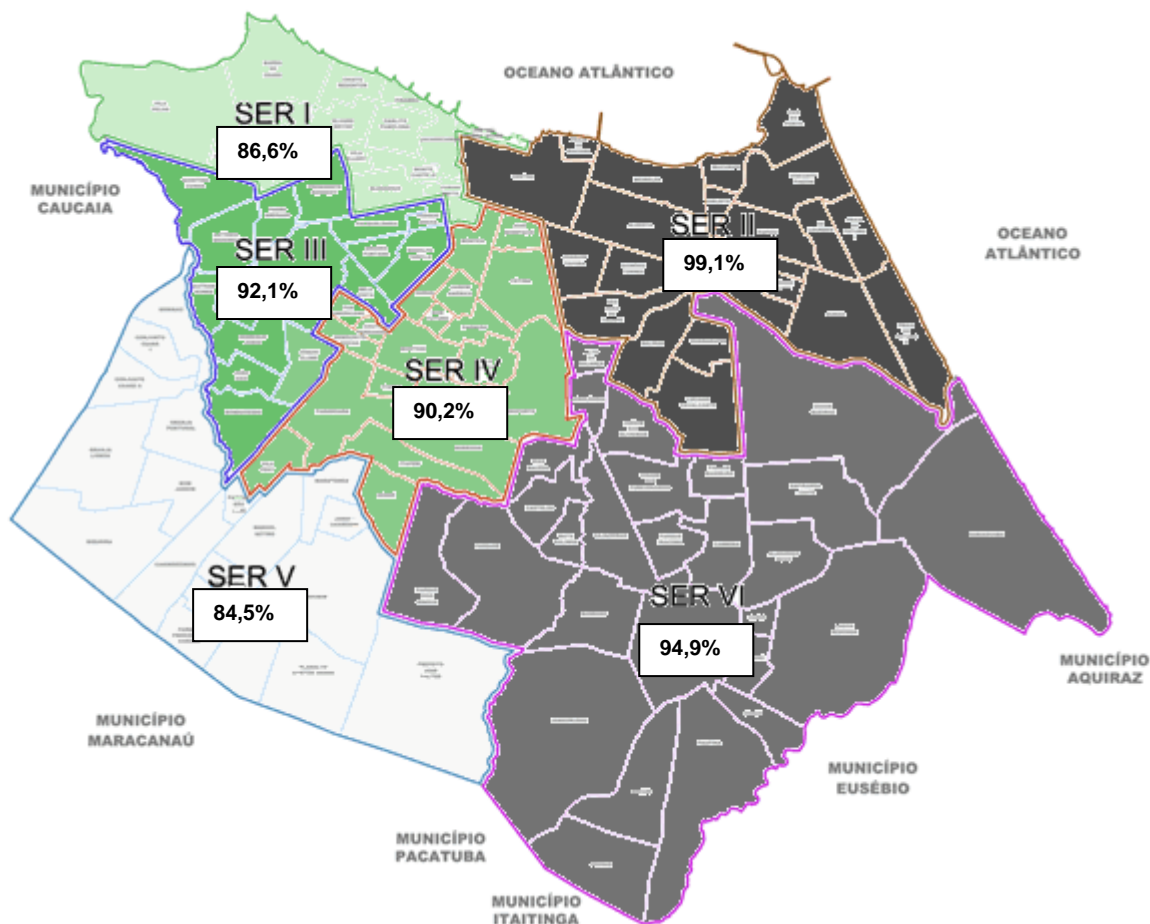
Tabela 3. Recursos materiais das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.

Classificação*	Secretaria Executiva Regional (SER)												Fortaleza	
	I		II		III		IV		V		VI			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ótima	3	75,0	4	100,0	3	60,0	2	50,0	3	50,0	5	71,4	20	66,7
Satisfatória	-	-	-	-	2	40,0	2	50,0	1	16,7	2	28,6	7	23,3
Precária	1	25,0	-	-	-	-	-	-	2	33,3	-	-	3	10,0
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

A tabela 3 revela que as unidades de saúde estão bem equipadas com o material necessário para realização de uma consulta pré-natal, sendo categorizada como ótima neste quesito, com 66,7%.

Figura 4. Recursos materiais das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.



Quanto aos recursos materiais, o pior desempenho foi encontrado na SER I (86,6%), enquanto que, mais uma vez, o maior valor foi detectado na SER II (99,1%).

Considerando os materiais necessários para uma consulta pré-natal de qualidade, muitos estão disponíveis nas unidades (mesa e cadeiras, espelhos, material para coleta de exame colpocitopatológico e lixeira para material usado), com exceção dos seguintes, que, eventualmente, estão em falta: mesa ginecológica (em três ou 10,0% das US), foco (cinco ou 16,7%), balança para adulto (duas ou 6,7%), esfigmomanômetro (quatro ou 13,3%),

estetoscópio clínico (três ou 10,0%), estetoscópio de Pinard ou Sonar Doppler (sete ou 23,3%), fita métrica inelástica (cinco ou 16,7%), gestograma ou disco obstétrico (nove ou 30%), roupa de cama e camisola limpa (14 ou 46,7%). Não há efetiva manutenção e esterilização dos equipamentos e instrumental utilizados em cinco (16,7%) unidades de saúde.

A próxima tabela é referente ao apoio laboratorial para execução dos principais exames necessários ao pré-natal, incluindo exames de imagem (ultrassonografia obstétrica) e sorologias a partir de amostras sanguíneas.

Tabela 4. Apoio laboratorial mínimo das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.

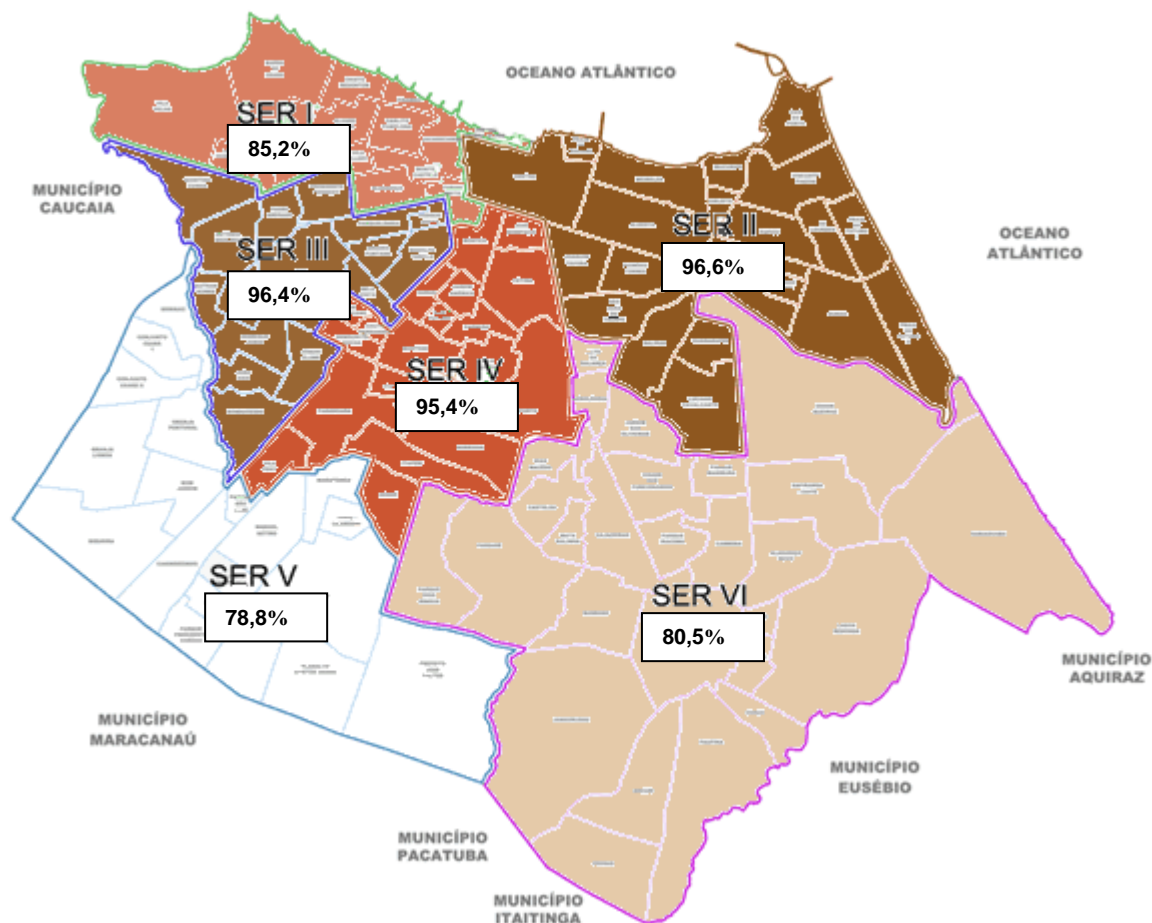
Classificação*	Secretaria Executiva Regional (SER)												Fortaleza	
	I		II		III		IV		V		VI			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ótima	3	75,0	4	100,0	4	80,0	4	100,0	3	50,0	4	57,1	22	73,3
Satisfatória	-	-	-	-	1	20,0	-	-	1	16,7	-	-	2	6,7
Precária	1	25,0	-	-	-	-	-	-	2	33,3	3	42,9	6	20,0
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

Os exames laboratoriais estão disponíveis para a maioria das unidades de saúde, porém seis (20,0%) afirmam que o sistema de cotas por unidade bloqueia a liberdade do profissional de saúde em solicitar exames laboratoriais para as gestantes, pois o número cedido para cada US não é suficiente. Algumas US (18 ou 60,0%) são postos de coleta para os exames laboratoriais, enquanto que, as demais, encaminham as gestantes para coleta de amostra sanguínea em outra unidade básica ou hospital de referência. Quanto ao exame de imagem, 14 (46,7%) referem dificuldade para realização de ultrassonografia obstétrica e citam como maior obstáculo a imensa fila de espera.

Apesar das dificuldades, a maioria das unidades de saúde (73,3%) foi rotulada como ótima quanto ao apoio laboratorial, com ênfase na SER II (96,6%) e pior resultado na SER V (78,8%), como demonstrado na figura a seguir.

Figura 5. Apoio laboratorial mínimo das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.



Na tabela 5 estão distribuídas as unidades de saúde, segundo a disponibilidade de medicamentos básicos para tratamento e prevenção de doenças comuns na gestação.

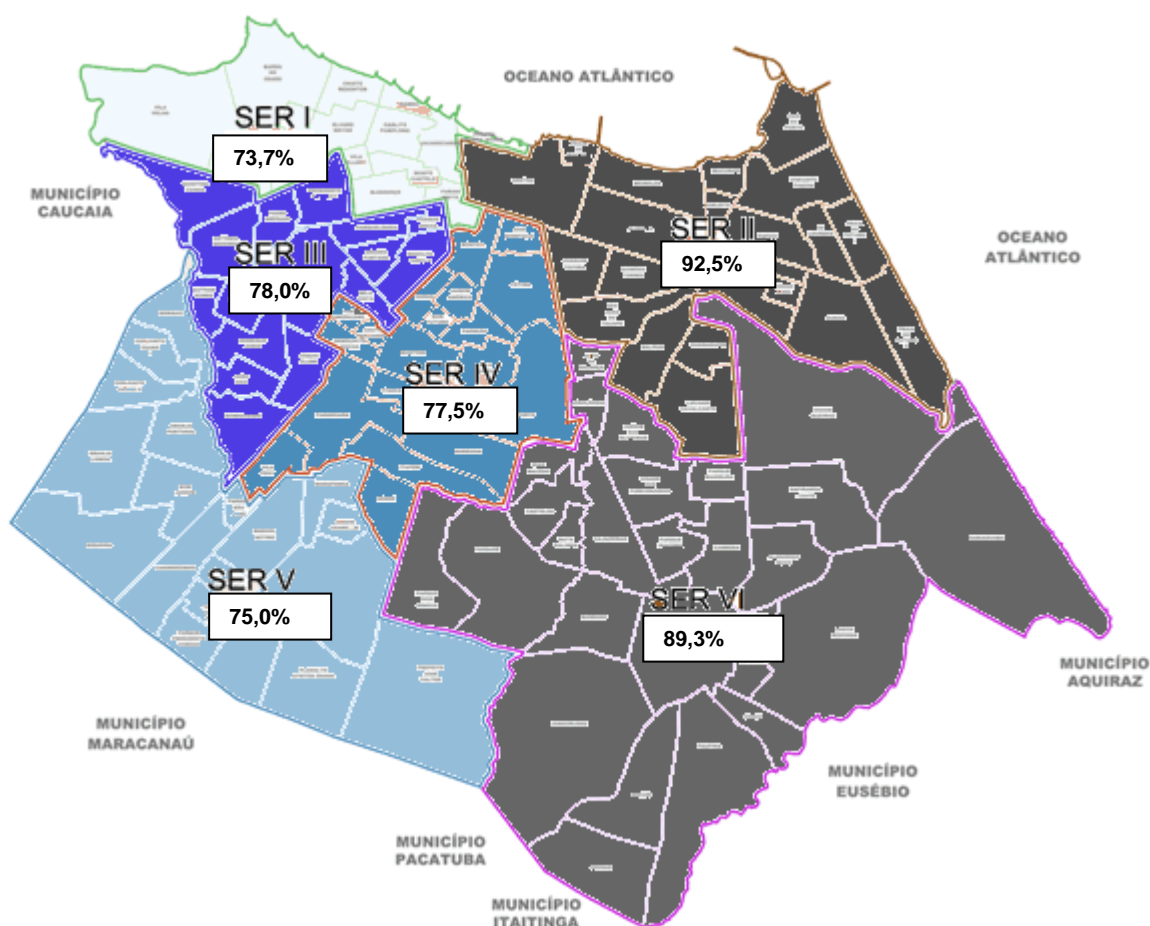
Tabela 5. Medicamentos essenciais para as gestantes nas unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.

Classificação*	Secretaria Executiva Regional (SER)												Fortaleza	
	I		II		III		IV		V		VI			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ótima	1	25,0	3	75,0	-	-	1	25,0	2	33,3	5	71,4	12	40,0
Satisfatória	2	50,0	1	25,0	4	80,0	2	50,0	2	33,3	2	28,6	13	43,3
Precária	-	-	-	-	1	20,0	1	25,0	1	16,7	-	-	3	10,0
Insatisfatória	1	25	-	-	-	-	-	-	1	16,7	-	-	2	6,7

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

As unidades de saúde possuem quase todas as medicações recomendadas para gestantes em quantidades suficientes, como sulfato ferroso, ácido fólico, analgésicos, antitérmicos, insulina, anti-hipertensivos, antibióticos e medicações para tratamento de corrimentos vaginais. Apenas 12 (40,0%) das pessoas indagadas afirmaram que esses medicamentos estão em falta em algumas ocasiões e 27 (90,0%) asseguraram não ter algumas medicações, como supositório de glicerina ou solução glicerinada (24 (80,0%) das US) e antiácidos (14 (46,7%) das US).

Figura 6. Medicamentos essenciais para as gestantes nas unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.



Conforme figura acima, a SER I apresentou pior disponibilidade de medicamentos em relação às demais (73,7%), enquanto que a SER II manifesta melhor desempenho (92,5%).

A próxima tabela demonstra o funcionamento do sistema de referência e contra-referência dentro do município de Fortaleza, posicionando as US por SER.

Tabela 6. Sistema de referência e contra-referência das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.

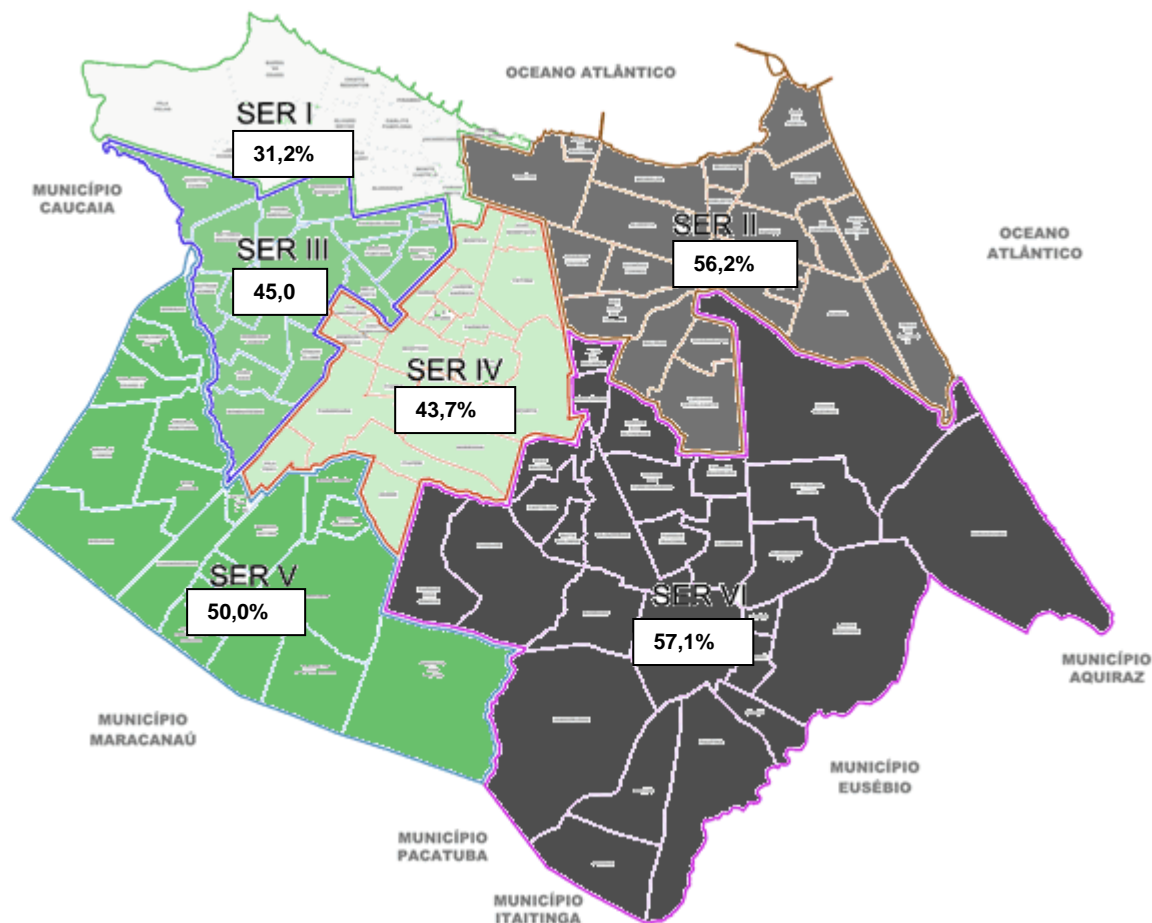
Classificação*	Secretaria Executiva Regional (SER)												Fortaleza	
	I		II		III		IV		V		VI			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ótima	-	-	1	25,0	-	-	-	-	-	-	1	14,3	2	6,7
Satisfatória	-	-	1	25,0	-	-	-	-	1	16,7	1	14,3	3	10,0
Precária	1	25,0	-	-	4	80,0	3	75,0	4	66,6	4	57,1	16	53,3
Insatisfatória	3	75,0	2	50,0	1	20,0	1	25,0	1	16,7	1	14,3	9	30,0

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

Observa-se um sistema de referência precário no município (53,3%), tanto no encaminhamento da gestante para outras especialidades como para o parto. De todas as unidades, 14 (46,7%) referiram ter esta dificuldade. Porém a contra-referência encontra-se ainda pior, com 20 US (66,7%) citando inexistência da mesma, obtendo informações qualquer sobre a paciente apenas em situações em que elas retornam, ou através de relações de amizade entre o profissional da US e o especialista ou profissional que realizou o parto.

É consenso geral a insatisfação quanto ao sistema de referência e contra-referência, mas detecta-se piores valores na SER I (31,2%) e discreta melhora, com relação às demais, na SER VI (57,1%), melhor visualizado na figura seguinte.

Figura 7. Sistema de referência e contra-referência das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.



A tabela 7 consiste na distribuição das unidades de saúde na classificação quanto ao uso dos instrumentos de registro, de acordo com a SER.

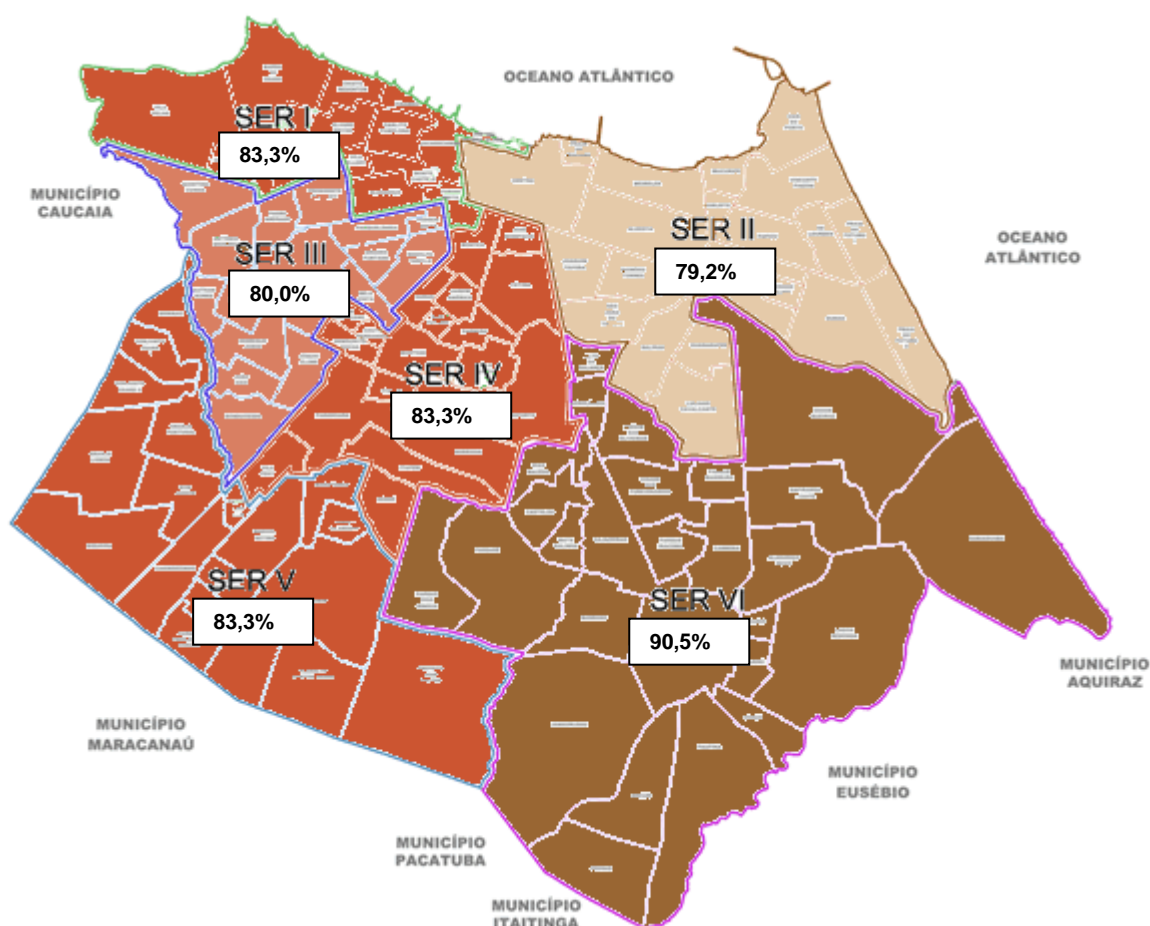
Tabela 7. Instrumentos de registro das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.

Classificação*	Secretaria Executiva Regional (SER)												Fortaleza	
	I		II		III		IV		V		VI			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ótima	1	25,0	1	25,0	3	60,0	2	50,0	3	50,0	3	42,9	13	43,3
Satisfatória	2	50,0	2	50,0	-	-	1	25,0	-	-	4	57,1	9	30,0
Precária	1	25,0	1	25,0	1	20,0	1	25,0	1	16,7	-	-	5	16,7
Insatisfatória	-	-	-	-	1	20,0	-	-	2	33,3	-	-	3	10,0

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

Dos instrumentos citados pelo MS como recomendados, o cartão ou caderneta da gestante é utilizado e disponível em todas as unidades e o mapa de registro diário é utilizado em 25 (83,3%) delas. A ficha perinatal, usada por 15 (50,0%) das unidades, vem sendo substituída pelo prontuário eletrônico, entretanto, ainda com limitações, como computadores antigos e ausentes em alguns consultórios, além de sistema lento e fora do ar em algumas situações.

Figura 8. Instrumentos de registro das unidades de saúde de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.



Observa-se uma homogeneidade nas SER quanto à utilização de instrumentos de registro, no entanto, ressalta-se destaque positivo para a SER VI (90,5%) e negativo para a SER II (79,2%).

A tabela 8 descreve a classificação geral da estrutura das unidades de saúde para uma assistência pré-natal adequada, de acordo com a SER e com Fortaleza como um todo.

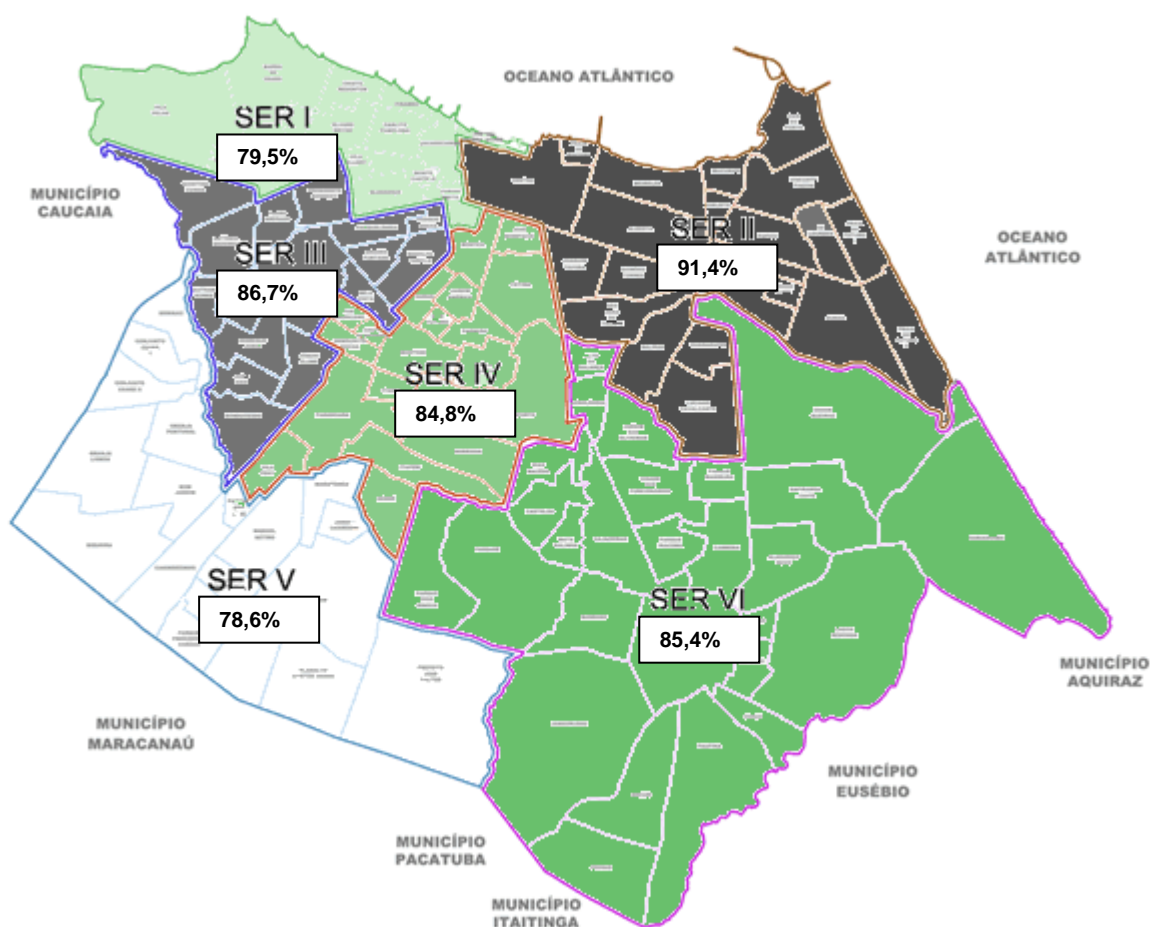
Tabela 8. Classificação da estrutura das unidades de saúde considerando a assistência pré-natal prestada, de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.

Classificação*	Secretaria Executiva Regional (SER)												Fortaleza	
	I		II		III		IV		V		VI			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ótima	1	25,0	3	75,0	2	40,0	1	25,0	3	50,0	2	28,6	12	40,0
Satisfatória	2	50,0	1	25,0	3	60,0	3	75,0	1	16,7	5	71,4	15	50,0
Precária	1	25,0	-	-	-	-	-	-	2	33,3	-	-	3	10,0
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

A figura abaixo revela unidades de saúde melhor estruturadas na SER II (91,4%) e mais desprovidas de recursos na SER V (78,6%).

Figura 9. Classificação da estrutura das unidades de saúde considerando a assistência pré-natal prestada, de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010.



A tabela a seguir sintetiza as anteriores, considerando os parâmetros utilizados para a avaliação da estrutura das unidades de saúde, bem como a sua classificação de adequação, do município de Fortaleza.

Tabela 9. Classificação da estrutura das unidades de saúde considerando a assistência pré-natal prestada no município de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2010.

Estrutura	Classificação							
	Ótima		Satisfatória		Precária		Insatisfatória	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Planta física	13	43,3	3	26,7	9	30,0	-	-
Recursos humanos	6	20,0	17	56,7	7	23,3	-	-
Recursos materiais	20	66,7	7	23,3	3	10,0	-	-
Apoio laboratorial	22	73,3	2	6,7	6	20,0	-	-
Medicamentos	12	40,0	13	43,3	3	10,0	2	6,7
Sistema de referência e contra-referência	2	6,7	3	10,0	16	53,3	9	30,0
Instrumentos de registro	13	43,3	9	30,0	5	16,7	3	10,0
ESTRUTURA	12	40,0	15	50,0	3	10,0	-	-

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

A tabela anterior favorece uma comparação entre os subitens de estrutura avaliados, possibilitando perceber que o sistema de referência e contra-referência foi o mais precário, com 16 (53,3%) das US classificando como precário, enquanto que o apoio laboratorial foi destacado por 22 (73,3%) como ótimo.

Uma tabela síntese dos dados anteriormente mencionados encontra-se no apêndice 8 (tabela 13).

5.2 Processo

Em 2009, o número de gestantes que se inscreveram no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi 15.177, para 137.620 gestantes cadastradas em Fortaleza, correspondendo 11,03% de cobertura.

Quanto ao processo, consideraram-se os indicadores do MS já mencionados, disponibilizados pelo departamento da Saúde da Mulher na SESA, através do Relatório de Indicadores do SISPRENATAL, do componente Incentivo da Assistência Pré-Natal, do PHPN, descritos na tabela 10.

Tabela 10. Indicadores de processo na avaliação da assistência pré-natal de Fortaleza-CE no ano de 2009.

INDICADORES DE PROCESSO	N	POPULAÇÃO	%
Percentual de gestantes que realizaram a primeira consulta pré-natal até o quarto mês gestacional em relação à população-alvo	8355	137.620	6,07
Percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal	841	11.013	7,64
Percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e consulta de puerpério	27	2.702	1,00
Percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e todos os exames básicos	199	11.013	1,81
Percentual de gestantes que receberam imunização antitetânica	2384	11.449	22,82
Percentual de gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica	23	2.702	0,85

Fonte: DATASUS/ SISPRENATAL

5.3 Resultado

Nesta etapa, avaliaram-se os indicadores considerados de resultado, propostos pelo MS, disponibilizados pela Célula de Vigilância Epidemiológica da SMS de Fortaleza, apresentados na tabela 11.

Tabela 11. Indicadores de resultado na avaliação da assistência pré-natal de Fortaleza-CE no ano de 2009.

INDICADORES DE RESULTADO	N	POPULAÇÃO	%
Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos do município	522	37.199	1,40
Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos do município	0	37.199	0

Fonte: DATASUS/ SINASC

A taxa de incidência da sífilis congênita no município de Fortaleza, em 2009, é 14/1000 nascidos vivos.

5.4 Impacto

O MS preconiza alguns indicadores como de impacto, refletindo a qualidade da assistência pré-natal prestada no município. Estes estão expostos na tabela 12.

Tabela 12. Indicadores de impacto na avaliação da assistência pré-natal de Fortaleza-CE comparados nos anos de 2008 e 2009.

INDICADORES DE IMPACTO	2008	2009
Razão de mortalidade materna do município comparada a do ano anterior	78,5	51,1
Coefficiente de mortalidade neonatal total no município comparado ao do ano anterior	10,15	11,2

Fonte: DATASUS

No ano de 2008 houve 30 casos de óbitos maternos, enquanto que, em 2009, tiveram 19. O número de mortes neonatais até 28 dias foi 388 em 2008 de um total de 38.225 nascidos vivos. Para o ano de 2009, da totalidade de 37.199 nascidos vivos no período, morreram 419 neonatos até 28 dias de vida.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com Donabedian (1988), para avaliação de serviços de saúde, são necessários três atributos: estrutura, processo e resultado. Entretanto, a estrutura da unidade é primordial para uma assistência pré-natal de qualidade, já que não há como prestar um cuidado eficaz sem as mínimas condições estruturais necessárias. Segundo o Ministério da Saúde, a atenção pré-natal deve estar organizada para atender as reais necessidades da população de mulheres grávidas, por meio da disponibilização de recursos mais coerentes e profissionais capacitados (BRASIL, 1998).

Neste trabalho, para análise da estrutura, foram utilizados os seguintes itens: planta física, recursos materiais e humanos, apoio laboratorial, medicamentos essenciais, referência e contra-referência e instrumentos de registro.

O Ministério da Saúde recomenda a preservação de um ambiente facilitador do inter-relacionamento entre equipe profissional e gestante, disponibilizando, indispensavelmente, uma área destinada à assistência pré-natal (BRASIL, 1998). De um modo geral, a planta física das unidades é adequada para a realização da consulta pré-natal. Os consultórios são individuais, com condições de higiene, iluminação e ventilação apropriadas, possuem sistema para regular a temperatura ambiente, sendo os condicionadores de ar os mais freqüentes.

Entretanto, em nenhuma US há sala de espera para as gestantes aguardarem o atendimento, porém disponibilizam bancos nos corredores que, tanto não são de quantitativo suficiente, quanto são impróprios por estarem quebrados ou com formato inconveniente para mulheres grávidas, a exemplo de cadeiras escolares.

Outro contraponto é quanto à existência de pias para a lavagem das mãos dentro dos consultórios. Em muitas unidades detectou-se a presença da pia, no entanto, através desse estudo não foi possível perceber o uso e funcionamento da mesma, além da frequência da lavagem das mãos, que deveria ocorrer sempre entre uma consulta e outra.

O atributo menos cotado foi a presença de sala para realização de educação em saúde. Poucas unidades dispõem de lugar adequado, tendo que improvisar em locais

indevidos, sem mínimas condições de conforto necessárias. Segundo Serapioni e Silva (2006), em trabalho realizado no Programa Saúde da Família no Ceará, os gestores reconhecem a importância de espaço físico para a execução de atividades de prevenção e autocuidado entre os diferentes grupos de pacientes e tem buscado soluções para esta questão.

É preconizada pelo MS a execução do pré-natal por profissionais de saúde treinados e capacitados para um cuidado de qualidade, com enfoque na assistência integral à saúde da mulher (BRASIL, 1998). Os recursos humanos também são suficientes na maior parte das unidades. Há médicos e enfermeiros conduzindo o pré-natal, sendo os médicos especialistas em Saúde da Família ou Obstetrícia, atendendo as gestantes pelo menos dois turnos por semana, com profissionais de enfermagem de nível médio auxiliando nas consultas e faxineiro para higienização do ambiente todos os dias.

Contudo, ainda existem muitas grávidas residentes em áreas descobertas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e que, portanto, estão sujeitas a não realização do pré-natal ou acompanhamento impróprio da gestação.

Nenhuma US dispõe de funcionário de apoio para preenchimento de papéis de registro das consultas, ficando tudo a cargo do profissional executante do pré-natal, sendo ele médico ou enfermeiro. Além do problema da sobrecarga profissional, gera subregistro das informações, tanto por falta de tempo como por desinteresse profissional, tornando os indicadores irrealistas, possivelmente uma das causas para os dados apresentados anteriormente e discutidos a seguir.

As unidades de saúde como um todo dispõem de recursos materiais essenciais recomendados pelo MS. Houve poucos relatos de ineficaz manutenção dos equipamentos e esterilização instrumentais utilizados. Contudo, é importante ressaltar que a existência do material necessário à assistência pré-natal não garante a qualidade do atendimento, pois não assegura o uso pelo profissional e nem que o seja de modo correto.

Todos os exames complementares, tanto laboratoriais como de imagem (ultrassonografia obstétrica) preconizados pelo Ministério da Saúde, são disponibilizados para a grávida em pré-natal na rede básica gratuitamente. Algumas US participantes da pesquisa são postos de coleta de amostras sanguíneas, enviando-as para os serviços de análise, enquanto outras necessitam de encaminhar para outras unidades as gestantes que necessitam de exames laboratoriais. A distância entre esses serviços pode ser um obstáculo para a

realização do exame. Outra limitação é o sistema de cotas citado por determinadas unidades de saúde, imposto pela gestão, que não disponibiliza quantidade suficiente de exames, impedindo que sejam solicitados e realizados os exames sempre que necessário.

A ultrassonografia (US) obstétrica tem como fator dificultador relevante a imensa fila de espera. Muitos profissionais reclamaram da demora na realização deste exame, sugerindo como principal causa a não priorização da gestante para a execução deste procedimento. Segundo relatos, muitas gestantes concluem o atendimento pré-natal sem que tenha conseguido realizar um exame de US.

É imprescindível que as unidades de saúde tenham medicamentos essenciais para serem distribuídos às gestantes quando preciso. Como um todo, as US dispõem de quase todas as medicações recomendadas, com exceção do supositório de glicerina ou solução glicerinada e alguns relatos de ausência de antiácidos. Porém permanece o problema de faltas na farmácia da unidade por demora no envio pela gestão ou número insuficiente, ocorrendo inclusive com fármacos indispensáveis, como ácido fólico e sulfato ferroso.

A fim de garantir uma referência formal para toda a clientela e permitir seu acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, de acordo com a exigência de cada caso, é premente um sistema de referência eficaz. Do mesmo modo, um sistema de contra-referência funcionando é relevante para certificar o retorno da gestante e do recém-nascido ao serviço de saúde de origem, com todas as informações precisas para o seu seguimento e notificação da equipe de saúde (BRASIL, 1998).

Todavia, nesse município, não há funcionamento adequado destes sistemas. Na referência, há empecilhos para o encaminhamento da gestante a especialistas ou para o parto, como uma fila de espera extraordinária e carência de corpo especializado e maternidades. Na contra-referência, quando as gestantes conseguem ser referenciadas, não há nenhum retorno das informações. Imagina-se, que esse problema deveria ter sido solucionado com a implantação do prontuário eletrônico, que, teoricamente, deveria permitir o fluxo de informações entre os serviços de saúde dos diversos níveis de atenção. No entanto, o sistema eletrônico não é o mesmo a nível estadual e municipal, impedindo que as informações sejam compartilhadas.

Através da coleta e análise dos dados obtidos em cada consulta, pretende-se acompanhar sistematicamente a evolução da gravidez. Daí a importância da utilização de

instrumentos de registro. Além disso, possibilitam a seleção de elementos necessários para a avaliação das estatísticas do serviço (BRASIL, 1998).

Apesar de ter sido detectada a existência de instrumentos de registro recomendados, não é assegurado o uso dos mesmos e nem que sejam adequadamente preenchidos. Na maioria dos serviços, a ficha perinatal foi substituída pelo prontuário eletrônico. No entanto, os profissionais de saúde reclamam que o sistema é lento, pára de funcionar em diversos momentos, os computadores são obsoletos e inexistentes em alguns consultórios no qual são realizadas consultas pré-natal.

Em uma tentativa de comparação entre as regiões administrativas do município de Fortaleza, observou-se que, praticamente, não há desigualdades de condições estruturais disponíveis pelas unidades. Todavia, isso vai de encontro a um dos princípios regidos pelo SUS: a equidade. De fato, essa capital cearense é dividida espacialmente de modo iníquo e desigual: de um lado o luxo e riqueza e, do outro, miséria, e injustiça social. Bairros pertencentes às SER I e V são mais desprovidos que os da SER II, por exemplo, e, no entanto, não há diferenças quanto a recursos demandados, quantitativo de medicamentos dispensados e número de cotas disponíveis para exames laboratoriais, apesar da maior demanda e carência populacional da atenção básica.

Estudo realizado em Sobral-CE, em 2004, detectou um percentual satisfatório de 85% para o indicador de estrutura de todos os postos do Programa Saúde da Família, com o menor índice apontando para a deficiência dos recursos humanos (SIQUEIRA, 2004). Trabalho executado em Pelotas-RS observou uma estrutura precária das unidades de saúde, com 70% do ideal para uma assistência pré-natal de qualidade, principalmente devido a deficiências na planta física (SILVEIRA, SANTOS E COSTA, 2001). Nesta pesquisa, a maioria das unidades foi classificada como satisfatória, porém com débil sistema de referência e contra-referência.

O MS sugere a avaliação de ações da assistência pré-natal por meio de indicadores, com a finalidade de identificar os problemas de saúde da população-alvo e do desempenho do serviço, além de permitir a mudança de estratégia para melhorar a atenção pré-natal (BRASIL, 1998).

Segundo Tanaka (2004), os indicadores, através de variáveis numéricas, caracterizam de forma sintética o que se quer avaliar, dando maior significado. Dessa forma,

vêm sendo bastante utilizados na avaliação de serviços de saúde. Dado à complexidade da saúde, mais especificamente da assistência pré-natal, objeto deste trabalho, a seleção de indicadores que aprofundem esta temática e retratem a realidade apresentada pelo serviço é complicada.

Considerando a disponibilidade dos dados e a possibilidade de comparação entre demais serviços, por se tratar de padrões, selecionaram-se alguns indicadores já sugeridos pelo Ministério da Saúde como adequados para avaliação da assistência pré-natal. Estes indicadores fazem parte do componente Incentivo da Assistência Pré-Natal, do PHPN, que tem como objetivo a atenção pré-natal qualificada, com critérios essenciais preconizados pelo PHPN, estabelecendo, para tanto, incentivos financeiros tanto em nível estadual, quanto municipal (BRASIL, 2002b).

A cobertura do programa com relação ao total de gestantes do município de Fortaleza mostrou-se ainda bem precária (11,03%), tendo em vista os dez anos de existência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Tal programa foi instituído, mediante a Portaria 569, publicada no Diário Oficial da União, em 8 de junho de 2000, como uma iniciativa do Ministério da Saúde visando uma atenção maior à gestante, ao recém-nascido e à puérpera, a fim de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002b).

Entretanto, avaliação recente do PHPN realizada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, enfatizou o efeito benéfico do programa com relação à atenção pré-natal, porém revelou, em análise crítica ao SISPRENATAL, que apesar de ter o potencial de instrumentalizar o gerenciamento do PHPN por meio de relatórios, o sistema não reflete a realidade local, estando defasado no tempo e no quantitativo de dados disponíveis quando comparado a nível regional e central (BRASIL, 2008). Pesquisa realizada em São Carlos-SP apóia o comentário acima, afirmando que há deficiência no registro das informações apesar da grande adesão ao PHPN, o que torna o SISPRENATAL ainda não tão confiável (POLIDO, 2010).

Desse modo, são aceitas as limitações dos dados apresentados pelo SISPRENATAL; porém, tem-se garantia de que, apesar deste viés, ainda são estas as informações disponíveis mais precisas para análise da assistência pré-natal, em face da abrangência nacional oferecida pelo DATASAU.

O percentual de gestantes cadastradas que realizaram a primeira consulta pré-natal até o quarto mês gestacional em relação à população-alvo reflete no início precoce da assistência pré-natal da gestante, essencial para acompanhamento de toda a gravidez e prevenção e/ou detecção de complicações o mais cedo possível, garantindo tempo hábil para implantação de possíveis intervenções de saúde. Neste trabalho, observa-se um percentual baixo (6,07%) de início do pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional, tendo em vista dados já apresentados pela literatura. Estudo realizado em uma microrregião do Ceará (Baturité), em 2001, constatou que 58,16% das gestantes iniciou o pré-natal dentro dos primeiros três meses de gestação (MOURA, HOLANDA JR. e RODRIGUES; 2003). Outro trabalho, executado no município de Quixadá, no Ceará, observou que esse mesmo indicador corresponde a 32,12% (GRANJEIRO, DIÓGENES e MOURA, 2008). Pesquisa realizada em Caxias do Sul-RS com puérperas de uma maternidade detectou que 34,7% delas iniciaram o PN até a 14ª semana de gestação (TREVISAN *et al.*, 2002).

Este fato é preocupante, já que este indicador cogita a precária captação destas gestantes para a realização das consultas, estratégia básica da assistência pré-natal de qualidade, ou mesmo o desinteresse por parte da mulher grávida, ambos com as possíveis causas: frágil vínculo entre profissionais da saúde e gestante, existência de áreas descobertas, que impede a captação das gestantes pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ou até negligência por parte dos profissionais, principalmente dos ACS, no desempenho de suas atividades com eficiência.

O percentual de gestantes que se submeteram a, no mínimo, seis consultas pré-natal foi 7,64%, valor bem distante dos dados da literatura vigente, é irrisório comparado ao ideal, dada a importância da realização deste indicador, para a garantia do acompanhamento da gestante nas diferentes etapas da gravidez, para a identificação de possíveis complicações, evitando danos ao feto e à mulher prenha. Diferença excepcional de resultado foi confirmada por Trevisan *et al.* (2002) em seu trabalho, demonstrando que 90,3% das gestantes realizaram seis consultas ou mais. Pesquisa realizada no interior de São Paulo em 2005 afirmou que 75,9% das grávidas realizaram pelo menos seis consultas PN (PARADA, 2008). Já Serruya *et al.* (2004c) observou cifra menor deste indicador (20%), embora ainda mais favorável do que neste estudo.

Porém, vale salientar que o número de consultas pré-natal, por maior que seja, não garante que a assistência seja adequada, o que avalia é a qualidade das consultas realizadas,

seguindo os princípios de humanização propostos pelo PNP de 2000, como a escuta da gestante, esclarecendo suas dúvidas e explicando as condutas adotadas e desenvolvimento de atividades educativas, para proporcionar respostas às indagações da mulher e informações necessárias sobre a gravidez e cuidados com o recém-nascido, bem como a execução procedimentos essenciais, como exames laboratoriais básicos, imunização, teste anti-HIV e consulta de puerpério, justificando a apresentação e discussão dos indicadores a seguir.

A consulta de puerpério constitui o momento em que é avaliado o estado de saúde da mulher e do recém-nascido e o retorno às condições pré-gravídicas, apoiado o aleitamento materno, identificadas e conduzidas as situações de risco, orientado o planejamento familiar e avaliada a interação da mãe com o recém-nascido. O retorno da mãe e do recém-nascido à unidade de saúde deve ocorrer logo na primeira semana pós-parto, pois é o período mais propenso a situações de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2005a). De acordo com esta pesquisa, o percentual de gestantes que efetuaram pelo menos seis consultas pré-natal e consulta de puericultura caiu para apenas 1%. Este valor é reduzido em comparação a outros estudos que revelam 58,7% (PARADA, 2008) e 5,66% (NASCIMENTO, RODRIGUES e ALMEIDA, 2007) de regresso das puérperas para a revisão pós-parto ou consulta de puerpério. No entanto, pesquisa a nível nacional com o objetivo de avaliar do PHPN já aponta escassa realização da consulta de puerpério na maioria dos municípios brasileiros (BRASIL, 2008).

Uma possível causa para esse fato é a incompreensão da relevância desta consulta por parte das puérperas, até mesmo pela ausência de incentivo do profissional de saúde durante o pré-natal para que a gestante retornasse à US para a revisão pós-parto, pois o que se observa é que, muitas vezes, as puérperas retornam à US, mas não para sua consulta de puerpério, e sim para a imunização do recém-nascido. Portanto, há a possibilidade, também, de subnotificação deste dado, dado que, em várias ocasiões, os profissionais de saúde aproveitam a ida da puérpera e recém-nascido à US e realizam a consulta de puerpério e a primeira consulta de puericultura do recém-nascido simultaneamente, podendo não haver registro da consulta puerperal, o que não garante uma boa qualidade deste atendimento.

A realização de exames laboratoriais básicos é indispensável para o acompanhamento pré-natal, uma vez que complementam a avaliação clínica e obstétrica da mulher, favorecendo a adoção de diagnósticos e condutas adequadas (GRANJEIRO *et al.*, 2008). Nesta pesquisa, é ainda irrelevante o percentual de gestantes que realizaram no mínimo

seis consultas pré-natal e todos os exames básicos (1,81%). Trabalho realizado em Salvador-BA em 2002 observou que este indicador correspondeu a 7,81% (NASCIMENTO, RODRIGUES e ALMEIDA, 2007). Entre usuárias do Sistema Único de Saúde do município de Caxias do Sul-RS, foi detectado que 44,3% das gestantes que realizaram seis ou mais consultas se submeteram a todos os exames complementares recomendados (TREVISAN *et. al.*, 2002).

Um problema comum é a demora na entrega dos resultados dos exames, fazendo com que não existam registros destes no sistema e, portanto, subnotificação. Autores têm destacado a insatisfação das usuárias quanto a este atraso na apresentação dos resultados dos exames, principal aspecto negativo da assistência pré-natal colocado por 13,5% delas (CARVALHO e ARAÚJO, 2007). Outra dificuldade que pode ter contribuído para este baixo índice é a existência de cotas máximas para a solicitação de exames laboratoriais por US, que, muitas vezes, são insuficientes para o quantitativo de gestantes acompanhadas por cada US, impossibilitando a solicitação de alguns exames por parte do profissional de saúde. Ainda entre os obstáculos, a imensa fila de espera para a realização de ultrassonografia é relevante, pois não há priorização das gestantes, fazendo com que a gravidez chegue ao fim sem que tenha sido avaliado o estado de saúde do feto através de exame de imagem.

Como uma iniciativa para controle e erradicação do tétano materno e neonatal, foi instituída, em 1973, a imunização antitetânica, regulamentada pelo Programa Nacional de Imunização. Desde então, não se têm medido esforços para o alcance desta meta, evitando cerca de 309.000 mortes por tétano ao ano no mundo e 400 óbitos neonatais por tétano, no Brasil, ao ano (MATTOS *et. al.*, 2003). Entretanto, vale ressaltar regressão importante desse índice a cada ano, em todas as regiões do País, principalmente pelo aumento da cobertura hospitalar ao parto e da vacinação sistemática das gestantes e mulheres em idade fértil (GRANJEIRO *et. al.*, 2008).

Em Fortaleza, o percentual de gestantes que receberam a imunização antitetânica chega a 22,82% apenas, muito embora o número de gestantes imunizadas possa ser pouco maior, visto que algumas mulheres possam ter sido imunizadas anteriormente. Todavia, este indicador mantém-se bem abaixo do esperado, comparado ao município de Quixadá, que alcançou 90,09% de cobertura vacinal de gestantes em 2002 (GRANJEIRO *et. al.*, 2008), 33,5% em Salvador-BA em 2002 (NASCIMENTO, RODRIGUES e ALMEIDA, 2007),

42,4% em Juiz de Fora-MG (COUTINHO *et al.*, 2003), 55% em Pelotas-RS (SILVEIRA, SANTOS e COSTA, 2001) e 91,2% em Caxias do Sul-RS (TREVISAN *et al.*, 2002).

A realização de, no mínimo, seis consultas pré-natal, de todos os exames laboratoriais básicos, da testagem anti-HIV, da imunização antitetânica e da consulta puerperal são parâmetros estabelecidos pelo PHPN a serem cumpridos pelos estados e municípios, através das unidades integrantes do seu sistema de saúde, para garantir uma atenção pré-natal qualificada e humanizada (BRASIL, 2005a).

Em Fortaleza, esse indicador corresponde a somente 0,85% do total de gestantes. Contudo, outros autores apontam déficit também em outras localidades, sendo 5,66% em Salvador-BA em 2007 (NASCIMENTO, RODRIGUES e ALMEIDA, 2007) e 21,11%, em Quixadá-CE, e em 2004 (GRANJEIRO *et al.*, 2008). Em concordância com Granjeiro *et al.* (2008), observa-se nesta pesquisa que, à medida que são acrescentadas variáveis ao indicador de processo, o percentual reduz drasticamente, demonstrando que a realização dos parâmetros agregados, e não isolados, constitui o maior desafio para o alcance de uma assistência pré-natal satisfatória.

A sífilis congênita é resultante da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, por via transplacentária para o conceito, durante a gravidez ou parto, da gestante não tratada ou inadequadamente tratada. A taxa de infecção da transmissão vertical, nas fases primária e secundária da doença, é de 70% a 100%, reduzindo para 30% na etapa tardia e, após contaminação, as chances de aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal chega a 40% (BRASIL, 2005b).

No entanto, a sífilis congênita constitui enfermidade prevenível, por meio da execução durante a gravidez do VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*), teste sorológico de técnica simples, rápida e de baixo custo, disponibilizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005b); é utilizado para a triagem da sífilis em gestante e, sua possibilidade de titulação, permite o acompanhamento sistemático do tratamento (BRASIL, 2005b).

Devido aos riscos perinatais e da magnitude da sífilis congênita (SC) no Brasil, mediante a Portaria 542 de 22 de dezembro de 1986, publicada no Diário Oficial da União, essa enfermidade tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2005b). Desde então, não se tem medido esforços para redução dos

índices da sífilis congênita e, em 1993, o Ministério da Saúde propôs sua erradicação do País até o ano de 2000, tendo como meta o alcance de menos de um caso para cada mil nascidos vivos. Para atingir esse objetivo, estabeleceu normas de diagnóstico e tratamento da doença, adotou uma definição de SC com a finalidade de identificar o maior número de casos, treinou profissionais da assistência pré-natal e vigilância epidemiológica e disponibilizou as medicações necessárias para o tratamento (BRASIL, 2007).

Contudo, ainda prevalecem altos os níveis de ocorrência de sífilis congênita. Entre 2000 e 2010, foram notificados 3.448 casos de sífilis congênita no Ceará, sendo 557 somente no ano de 2010, com uma taxa de incidência de 5,4/1.000 nascidos vivos. Apenas em Fortaleza, o número de SC em menores de um ano, em 2010, chegou a 389 casos (CEARÁ, 2010).

Nesta pesquisa, detectaram-se 14/1.000 nascidos vivos, valor bem maior do que a meta estabelecida pelo MS há dez anos. O percentual de casos de SC em relação ao total de recém-nascidos do município de Fortaleza (1,40%) também demonstra cifra elevada comparada a outras cidades. Estudo realizado recentemente, em Sobral-CE, observou que 0,065% dos nascidos vivos foram diagnosticados com sífilis congênita (SIQUEIRA, 2010).

Outro trabalho, efetuado em Caxias do Sul-RS, revelou SC incidência de 15/1000 nascidos vivos ou prevalência de 1,87%, um pouco maior do que nesta pesquisa, e comprovou a associação com a falha assistência pré-natal quanto afirmou que, em 21,3% das gestantes que confirmaram ter realizado o PN, o diagnóstico da SC se deu no momento do parto, a nível hospitalar, e que o tratamento pré-natal da sífilis materna entre a população estudada foi inadequado em 74,5% dos casos (LORENZI *et al.*, 2005).

Em concordância com Donalísio, Freire e Mendes (2007), entre as possíveis causas desse percentual elevado, destaca-se o inadequado manejo da sífilis congênita no que diz respeito à prevenção e ao tratamento por atraso das sorologias solicitadas às gestantes no pré-natal, investigação falha dos casos de sífilis na gravidez; tratamento impróprio ou inexistente das gestantes e seus parceiros, e ausência de informações sobre o seguimento de puérperas e crianças infectadas após o parto, além da falta de capacitação profissional para tanto.

Como um problema de saúde pública no Brasil, e no mundo, o tétano neonatal (TNN) atingiu, nos anos 1990, um registro mundial de 289.250 casos e uma taxa de letalidade

de 74,3%. Esses números têm reduzido sensivelmente desde a implantação de políticas públicas para a eliminação do tétano neonatal, alcançando a meta de menos de um caso por mil nascidos vivos em cada município ou distrito, proposta pela Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2005c). Em 2002, houve 33 casos de TNN no País, sendo 54,5% no Nordeste. No ano seguinte, ocorreu uma diminuição de 54,6% do valor em comparação ao ano anterior (Brasil, 2005c).

No Ceará, os casos de tétano neonatal vêm decrescendo consideravelmente, passando de 11 em 1996-97, para nove em 1998, três em 1999 e apenas um em 2000 (CEARÁ, 2000a).

Em 2009, ano de escolha dessa pesquisa, não houve casos de tétano neonatal. O mesmo resultado foi encontrado em São Paulo em 2005 (GONÇALVES *et al.*, 2008). Desde o ano 2000, inexistem casos de TNN em Quixadá-CE (GRANJEIRO, DIÓGENES e MOURA, 2008). Em 2003, foi alcançada a meta de erradicação do TNN em Sobral-CE, não ocorrendo nenhum caso desta patologia desde então (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

Possivelmente, esses valores devem-se ao aumento da cobertura de partos hospitalares, além da vacinação antitetânica sistemática em mulheres em idade fértil e durante o pré-natal. Entretanto, a ausência de casos de tétano neonatal pode estar relacionada à subnotificação, já que esta doença tende a ocorrer em situações desfavoráveis, como partos no domicílio, em áreas rurais, sem assistência médica, além de depender de condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, para que os casos sejam detectados e notificados. Schramm, Sanches e Szwarcwald (1996) confirmam a subnotificação como um problema relevante, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, define-se morte materna como óbito durante a gestação ou nos primeiros 42 dias pós-parto, independente da duração ou localização da gravidez, por qualquer causa relacionada com a prenhez, ou agravada por ela, ou por intervenções relacionadas à mesma, exceto devido a causas acidentais ou incidentais (WHO, 1995).

A razão de mortalidade materna (RMM) constitui um ótimo indicador de saúde da mulher, bem como da população como um todo, e revela iniquidades populacionais, visto que é menor em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, comparada a nações

desenvolvidas e, mesmo nestas, há desigualdades entre os diferentes estratos socioeconômicos (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2004).

A redução da RMM encontra-se entre as principais Metas do Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, com proposta de diminuição de 16 milhões de mortes de mulheres e crianças em todo o mundo até 2015 (ONU, 2011). Enquanto em países, como Canadá e Estados Unidos, esse indicador está em torno de 9/100.000 nascidos vivos, em regiões de Bolívia e Brasil, este valor chega a 100/100.000 nascidos vivos, mostrando intensa disparidade. Porém, embora menos desenvolvidas, outras nações, como Chile, Costa Rica, Cuba e Uruguai, desenvolveram políticas públicas visando melhorar este indicador e alcançou números menores que 40/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2002a).

Diversas estratégias têm sido utilizadas para a resolução desse problema de saúde pública: o acesso ao pré-natal; desfrutado por cerca de 90% das gestantes desde 1996, com metade delas realizando sete ou mais consultas, cobertura de partos hospitalares, alcançando 97%, e a instituição dos Comitês de Mortalidade Materna (CMM). Criados em São Paulo em 1988, os CMM espalharam-se pelas demais regiões, visando melhorar a qualidade da notificação dos óbitos maternos, além de investigar melhor suas causas e monitorar sua ocorrência (LEAL, 2008).

Em Fortaleza, a RMM, em 2009, foi de 51,1/100.000 nascidos vivos. Estudo realizado em Porto Alegre-RS divulgou, em 1999, a RMM correspondente a 83,8/100.000 nascidos vivos, valor bem maior do que nesta pesquisa (RAMOS *et al.*, 2003). Melhor resultado foi encontrado por Gomes *et al.* (2010) no Distrito Federal, com RMM de 39,1/100.000 nascidos vivos em 2005. Contudo, cifra semelhante encontrou-se em trabalho executado em todas as capitais de estados brasileiros e Distrito Federal uma estimativa de 54,3/100.000 nascidos vivos para 2002 (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2004).

Este resultado classifica a RMM de Fortaleza como alta, segundo os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, expostos a seguir: baixa, até 20/100.000 nascidos vivos; média, de 20 a 49/100.000 nascidos vivos; alta, de 50 a 149/100.000 nascidos vivos; muito alta, quando maior que 150/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2000c).

Entretanto, apesar de cifra ainda bem elevada com relação ao preconizado pela OMS, que tolerava valor máximo de dez óbitos por cem mil nascidos vivos (WHO, 1985), percebe-se, nesta pesquisa, uma redução da mortalidade materna, ao se confrontar os anos de

2008 e 2009, com RMM passando de 78,5/100.000 para 51,1/100.000 nascidos vivos, respectivamente. Outro estudo cearense tem demonstrado resultados decrescentes, como em Sobral-CE, onde a RMM declinou de 97,9/100.000 para 31,5/100.000 nascidos vivos, no mesmo período (SIQUEIRA, 2010). Todavia, ao nível de estado, houve um aumento da RMM de 2006 a 2009, passando de 66,2 para 78,9/100.000 nascidos vivos (CEARÁ, 2011). Vale ressaltar que há a possibilidade de melhora da notificação dos casos e, portanto, aumento desta taxa.

Diante desta realidade, fica clara a deficiência da assistência pré-natal, dado que por volta de 98% das mortes maternas são evitáveis, mediante a adoção de ações relativamente simples, que venham a garantir uma atenção pré-natal de qualidade e acesso aos serviços de saúde (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

Para alcance desta meta do milênio, faz-se necessário: obter cobertura plena de atenção ao pré-natal e ao parto; otimizar a atenção prestada durante a gestação e o momento do nascimento; reduzir as complicações decorrentes da gravidez indesejada, por meio de uma política adequada de reprodução, ou seja, programa de planejamento familiar eficaz; e conferir poder institucional e político aos CMM, de modo a favorecer o cumprimento exato de suas funções (LEAL, 2008).

O coeficiente de mortalidade neonatal constitui indicador negativo de saúde no Brasil, dado que, na grande maioria das vezes, os óbitos neonatais são considerados evitáveis por meio do uso de tecnologias disponíveis atualmente. Na realidade, a redução das altas taxas vigentes deste indicador permanece como um desafio para os serviços de saúde, governo e sociedade, principalmente pela concentração em áreas mais desprovidas de recursos, o que sinaliza as desigualdades sociais do país, além da dificuldade de acesso a serviços de saúde resolutivos e qualificados, em tempo cabível (MARTINS e VELÁSQUÉS-MELENDEZ, 2004).

De fato, houve uma redução nas taxas de mortalidade infantil no País observada a partir de 1990, passando de 48/1.000 nascidos vivos neste período para 26,5/1.000 nascidos vivos em 2002. No entanto, esta queda deve-se ao componente pós-natal, devido à implementação de ações como: ampliação do acesso à atenção básica, aumento da cobertura do saneamento básico, apoio e incentivo ao aleitamento materno, avanço das tecnologias

médicas, principalmente a imunização e a terapia de reidratação oral, redução da taxa de fecundidade e melhoria do grau de instrução das mulheres (BRASIL, 2004).

Desse modo, a mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil, em virtude da complexidade dos fatores biológicos, econômicos e assistenciais associados (LEAL e SZWARCOWALD, 1996; BRASIL, 2004). Comprovando a afirmação anterior, em 2009, foram notificados 2.037 óbitos de menores de um ano no Ceará, sendo 69,9% (1.424) neonatais (CEARÁ, 2011). Essa predominância de óbitos na primeira semana de vida determina uma relação cada vez mais estreita com a assistência de saúde prestada à gestante e ao recém-nascido no pré-parto, parto e atenção imediata à criança no nascimento e berçário (LANSKY, FRANÇA e LEAL, 2002).

Segundo a Portaria nº 1.399 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de dezembro de 1999, seção III artigo 3º, inciso XIII, a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna constitui uma das ações do município, que deve assegurar estrutura e equipes adequadas para exercer tais atividades. Nesse sentido, foram instituídos os Comitês de Mortalidade Infantil, que visam a compreensão das situações de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e demarcação das políticas de saúde dirigidas à sua diminuição (BRASIL, 2004).

Em Fortaleza, o coeficiente de mortalidade neonatal (CMN) mantém-se elevado (11,2/1.000 nascidos vivos) e houve piora com relação ao ano anterior (10,5/1.000 nascidos vivos). O mesmo acontece a nível de estado (Ceará), onde este indicador foi de 10,9/1.000 nascidos vivos em 2009, com discreto aumento com relação ao ano antecedente (10,7/1.000 nascidos vivos). De acordo com Leite *et al.* (1997), o município de Fortaleza apresentou CMN precoce de 15,2/1.000 nascidos vivos em 1995, demonstrando que a redução deste indicador é demasiadamente lenta, bem aquém do esperado pelo período decorrido (quase 15 anos). Siqueira (2010) encontrou CMN correspondente a 14,82/1.000 nascidos vivos em Sobral-CE, no ano de 2009.

Em outros estados a situação não é diferente. Em Montes Claros-MG, esse indicador consistiu em 13,4/1.000 nascidos vivos em 1999 (MARTINS e VELÁSQUÉS-MELENDEZ, 2004). Em São Luís-MA, o CMN apresentou crescente elevação, passando de 10,45 por mil, em 1979, para 28,23 por mil, em 1996, com elevação de 170%, correspondente a 6,74% de acréscimo ao ano (RIBEIRO e SILVA, 2000).

Vale ressaltar, que os indicadores utilizados foram preconizados pelo Ministério da Saúde, mas não consideram um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde: a humanização.

Na estrutura, avalia-se a existência ou não de itens indispensáveis para uma consulta pré-natal, sem ponderar o acolhimento por parte dos profissionais de saúde, o vínculo com o profissional e a unidade, além do acesso ao serviço. Os indicadores utilizados para análise do processo, resultado e impacto tratam de taxas que quantificam a produtividade do serviço, porém não consideram a qualidade do atendimento proporcionado às gestantes.

Sendo assim, tendo em vista a predominância do componente neonatal na mortalidade infantil e a influência de fatores relacionados à gestação e ao recém-nascido neste item, já que as condições biológicas e sócio-econômicas das mulheres são desfavoráveis, é cabível a implementação de ações visando à melhoria da assistência pré-natal e imediata ao recém-nascido. Porém, ao invés de subsidiar uma assistência de nível primário adequada, observa-se um investimento cada vez maior em tecnologias de ponta para o cuidado de recém-nascidos doentes, apesar de não ser uma alternativa inviável, dado que se trata de um centro de referência para outros municípios em atenção neonatal. Todavia, os gastos com estas ações são bem mais onerosos aos recursos públicos.

7 CONCLUSÕES

Segundo os critérios estabelecidos neste estudo, as unidades de saúde são estruturalmente satisfatórias para uma atenção pré-natal de qualidade. A planta física, os recursos materiais, o apoio laboratorial e os instrumentos de registro foram classificados como ótimos. Já os recursos humanos e a disponibilidade de medicamentos essenciais foram categorizados como satisfatórios. Entretanto, é precário o sistema de referência e contra-referência das gestantes para outras especialidades ou para o parto, dificultando o acompanhamento eficaz da gestação.

Para a avaliação da estrutura, utilizou-se um instrumento elaborado com base em preceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde como indispensáveis a um pré-natal de qualidade. Tal instrumento passou por um processo de validação, sendo apreciado por pessoas renomadas da obstetrícia cearense, nas diversas áreas de atuação (assistência direta, pesquisa e gestão), incluindo autoridades da Secretaria Municipal de Saúde, constituindo, portanto, formulário adequado para avaliação da realidade de Fortaleza, podendo, até mesmo, estender-se a demais municípios. Essa contribuição poderia estimular o desenvolvimento de outras pesquisas abordando avaliação da estrutura, o que enriqueceria a literatura na área, que é, ainda, bem escassa, uma das limitações para discussão nessa etapa da pesquisa.

Quanto ao processo e resultado, obteve-se: gestantes que realizaram a primeira consulta pré-natal até o quarto mês gestacional em relação à população-alvo (6,07%); gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal (7,64%); gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e consulta de puerpério (1%); gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal e todos os exames básicos (1,81%); gestantes que receberam imunização antitetânica (22,82%); gestantes que realizaram no mínimo seis consultas pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica (0,85%); recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos do município (1,40%); recém-nascidos com diagnóstico de tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos do município (0%); razão de mortalidade materna do município comparada a do ano anterior (78,5% em 2008 e 51,1% em 2009); e coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparado ao do ano anterior (10,15% em 2008 e 11,2% em 2009).

Apesar dos bons resultados com relação à estrutura, os reflexos nos indicadores de processo, resultado e impacto não foram positivos, com índices baixos com relação ao esperado pela OMS ou MS, ou comparado a outras regiões. Destaca-se, apenas a ausência de casos de tétano neonatal e a redução da Razão de Mortalidade Materna em relação ao ano anterior.

Este estudo fornece um panorama geral da situação da atenção pré-natal neste município, delimitando áreas mais fragilizadas, bem como pontos que merecem maiores investimentos. Desse modo, é imprescindível que as autoridades voltem sua atenção à saúde da mulher e estabeleçam estratégias de melhoria da qualidade da assistência pré-natal prestada, a fim de melhorar os indicadores já citados.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E. B. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal do PSF II do município de Ingá-PB.** Disponível em: <<http://cbconf.com.br/anaiscofen/anais7.asp?edicao=7>>. Acesso em: 06 set 2009.

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

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos.** 3.ed. Brasília: MS, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Comitês de Mortalidade Materna: Manual.** Brasília: MS, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: MS, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada.** Brasília: MS, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Brasília: MS, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Taxa de Mortalidade Materna (coeficiente de mortalidade materna). Ficha de qualificação.** Brasília: MS, 2000c. Acesso em: 20 jan 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc06.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal.** Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2(1):69-71,2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita**. Brasília: MS, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: MS, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação da notificação da sífilis congênita no Brasil, 2000 a 20003**. Boletim eletrônico epidemiológico, n. 7, p. 1-5, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: Guia Para Diagnóstico e Conduta em Situações de Risco de Morte Materna**. Brasília: MS, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**, 42(2):383-387; 2008.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para a gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, da cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v.7, n.3, p. 309-317, 2007.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Informe Epidemiológico: Mortalidade Materna**. Fortaleza: Núcleo de Epidemiologia, SESCE, 2001.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Informe epidemiológico: Sífilis congênita**. Fortaleza: Núcleo de Epidemiologia, SES-CE, 2010.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Informe epidemiológico: Tétano neonatal**. Fortaleza: Núcleo de Epidemiologia, SES-CE, 2000a.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Mortalidade Infantil no Ceará**. Fortaleza: Núcleo de Epidemiologia, SES-CE, 2000b.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Situação de saúde do Ceará**. Fortaleza: Coordenação de Proteção e Promoção da Saúde, SES-CE, 2011.

CHAMBERLAIN, G. **Manual de assistência pré-natal**. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1993.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZAN, J. M.; DIAZ-ROSSELLO, J. L. Epidemiology of fetal death in Latin America. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 79, n. 371-378, 2000.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768-794, 2005.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B.; DAIN, S.; SAYD, J. D.; COUTINHO, L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, Minas Gerais. **RBGO**, v. 25, n.10, p.717-724, 2003.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.

_____. Evaluation de la calidad de la atención médica. In: While, K. L.; editor. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington (USA): Organization Panamericana de la Salud: OPAS-Public, p. 382-404; 1992. APUD: D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

_____. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de La calidad de la atención. **Salud Pública**, v. 35, n. 1, p. 94-97, 1993.

_____. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, p. 1743-1748, 1988.

_____. The quality medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Phatol Lab Med**, v. 114, p. 115-118; 1990.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiol. Serv. Saúde**, n. 16, v. 3, p. 165-173, 2007.

FLEXNER, A. **Medical Education and United States and Canada: Report to Canergie Foundation for Advancement of Teaching**. Merrymount Press, New York, 1960.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Perfil das mortalidades maternas em Fortaleza**. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/cmmf_apresentacao.asp>. Acesso em: 09 set 2008.

FRENK, J. Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. 1919-2000. **Salud Pública de Mexico**, v. 42, n. 6, p. 556-557, 2000.

GALETTA, M. A. **Obstetrícia**. Como surgiu o pré-natal. Disponível em: <www.clubedobebe.com.br/palavra%20dos%20especialistas/obst-11-00.htm>. Acesso em 09 set 2008.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C.; THEME FILHA, M. M. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saúde Pública**, v. 35, p. 74-80, 2001.

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

GOLVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SOUZA-JÚNIOR, C. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.

GOMES, M. M.; FERREIRA, V. C. M. D.; GOMES, F. M.; GOMES FILHO, C. Mortalidade materna no entorno do Distrito Federal. **Brasília Med**, v. 47, n. 1, p. 40-45, 2010.

GOMES, U. A.; BETTIOL, H.; SILVA, A. A. M.; ALMEIDA, L. E. A.; BARROS, A. A.; BARBIERI, M. A. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: Apresentação de algumas características demógrafa- sociais e da atenção médica da população estudada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, p. 5-17, 1990.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGHI, M. A. B.; D'ÁVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

GRANJEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Escol Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.

HALPERN, R.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; TOMASI, E. Atenção Pré-natal em Pelotas. Rio Grande do Sul. Brasil. 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 487-492, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população, 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=23>. Acesso em: 06 dez 2010.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma unidade filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 5, n. 1, p. 523-532; 2005.

LAGO, T. Atenção obstétrica. In: **Seminário Nacional Assistência Obstétrica no Brasil: Desafios e Estratégias para Ação**, pp. 7-8. Brasília: Secretaria de Saúde do Município de Curitiba, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Ministério da Saúde, 1999.

Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa. In: Lakatos EM, Marconi MA. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991, p.195-200.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 759-772, 2002.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol**, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LEAL, M. C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1724-1725, 2008.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 1979 a 1993. 1- Análise por grupo etário segundo a região de residência. **Rev Saúde Pública**, v. 30, p. 403-412, 1996.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Prom Saúde**, v. 3, p. 31-36, 2002.

LEITE, A. J. M.; MARCOPITO, L. F.; DINIZ, R. L. P.; SILVA, A. V. S; SOUZA, L. C. B.; BORGES, J. C. *et al.* Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar? **J Pediatr**, v. 73, n. 6, p. 388-394, 1997.

LEOPARDI, M. T.; **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002, p. 12-64.

LORENZI, D. R. S; ARAÚJO, B. F.; GRAZZIOTIN, L.; BASSO, E. Prevalência de sífilis congênita no Hospital geral de Caxias do Sul-RS no período de 1998-2002. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 17, n. 1, p. 5-9, 2005.

MARTINS, E. F; VELÁSQUÉS-MELENDEZ, G. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 4, n. 4, p. 405-412, 2004.

MATTOS, L. M. B. B.; CAIAFFA, W. T.; BASTOS, F. F.; TONELLI, E. Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 14, n. 5, p. 350-354, 2003.

MENEZES, A. M. B.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; TOMASI, E.; HALPERN, R.; OLIVEIRA, A. L. B. Risk factors for perinatal mortality in an urban area of Southern Brazil, 1993. **Rev Saúde Pública**, v. 32, p. 209-216, 1998.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR., F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, 2003.

NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S.; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 7, n. 2, p. 191-197, 2007.

NEUMANN, N. A.; TANAKA, O. Y.; VICTORA, C. G.; CESAR, J. A. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 6, n. 4, p. 307-318, 2003.

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

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, 583p.

ONU. Organização das Nações Unidas. **We can end poverty. Millennium Development Goal 2015**. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/>>. Acesso em: 18 jan 2011.

POLIDO, C. B. A. **O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da assistência à gestante no município de São Carlos, SP.** 2010. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2010.

PORTEFIELD, J. D. Evaluation of Patients: Codman Revisited. **Bull. N. Y. Acad. Med.**, v. 52, n. 1, p. 30-38, 1976.

RAMOS, J. C. L.; MARTINS-COSTA, S.; VETTORAZZI-STUCZYNSKI, J.; BRIETZKE, E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 25, n. 6, p. 431-436, 2003.

RATTNER, D. A epidemiologia da qualidade: uma proposta. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 21-32, 1996.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P. dos; CAMPOS, F. E. de; ACÚRCIO, F. de A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

RIBEIRO, V. S.; SILVA, A. A. M. Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 429-438, 2000.

SCHRAMM, J. M. A.; SANCHES, O.; SZWARCOWALD, C. L. Análise da mortalidade por tétano neonatal no Brasil (1979-1987). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p.217-224, 1996.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá (Estado do Paraná, Brasil), 1991: Um exercício de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p.356-367, 1994.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. **Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará.** Fortaleza: Edições UECE, 2006, 98p.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 26, n. 7, p. 517-524, 2004a.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004b.

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

SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G.; SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 27, n. 3, p. 103-105, 2005.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: Uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 131-139, 2001.

SIQUEIRA, D. D'Á. **Assistência da qualidade do pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral-Ceará**. Monografia da Especialização, Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - UVA, 87p., 2004.

SIQUEIRA, D. D'Á. **Assistência Pré-Natal em Sobral-CE: processo, resultado e impacto em 2005-09**. Dissertação de Mestrado, Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 95p., 2010.

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

TANAKA, O. Y. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TANAKA, A. C. d'A.; SIQUEIRA, A. A. F.; BAFILE, P. N. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, p. 67-75, 1989.

TREVISAN, M. R.; LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

WIKIPÉDIA. **Fortaleza**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Fortaleza>>. Acesso em: 06 dez 2010.

WHO. World Health Organization. **Women Health and Development: A Report by the General Director**. Geneva: WHO, 1985.

_____. World Health Organization. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão. CBCD, São Paulo; 1995.

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

XIMENES NETO, F. R. G.; LEITE, J. L.; FULY, P. F. C.; CUNHA, I. C. K. O; CLEMENTE, A. S.; DIAS, M. S. S. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev Bras Enferm**, n. 61, v. 5, p. 595-602, 2008.

APÊNDICE 2 - Orçamento

6.2.1 Material permanente*

1 Computador com acesso à internet

1 Impressora

*Já disponível para a pesquisa

6.2.2 Material de consumo

Material	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Papel A4	6 resmas	13,95	83,70
Tinta para impressora jato de tinta (preta)	4 cartuchos	55,00	220,00
Tinta para impressora jato de tinta (colorida)	2 cartuchos	65,00	130,00
Caneta	10 unidades	1,00	10,00
Gasolina	100 litros	2,29	229,00
Xérox (textos científicos e questionários)	1500 cópias	0,10	150,00
Total			822,70**

** Custo assumido pela pesquisadora

APÊNDICE 3

Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-Natal na Rede Básica de Fortaleza-CE

A) AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

PSF: _____ Código: _____

I. PLANTA FÍSICA	PONTOS		
1. Há sala de espera com bancos para sentar	00	05	10
2. Existe sala de exame (consultório) individual	00	05	10
3. A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas	00	05	10
4. Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos	00	05	10
5. Há luz individual suficiente para atividades que requeiram maior iluminação	00	05	10
6. Há sistema para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.)	00	05	10
7. Há sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde	00	05	10
TOTAL DE PLANTA FÍSICA	MÁX	70	

II. RECURSOS HUMANOS

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

III. RECURSOS MATERIAIS

Em cada consultório onde é feita a consulta pré-natal existe:

16. Mesa e cadeiras	00	05	10
17. Mesa ginecológica	00	05	10
18. Foco de luz	00	05	10
19. Balança para adulto (peso/altura)	00	05	10
20. Esfigmomanômetro	00	05	10
21. Estetoscópio Clínico	00	05	10
22. Estetoscópio de Pinard/ Sonar Doppler	00	05	10
23. Fita métrica flexível e inelástica	00	05	10
24. Espéculos	00	05	10
25. Material para coleta de exame colpocitológico	00	05	10
26. Gestograma ou disco obstétrico	00	05	10
27. Roupa de cama e camisola limpa	00	05	10
28. Lixeira para material usado	00	05	10
29. Existe efetiva manutenção e esterilização dos equipamentos e instrumental utilizados	00	05	10
TOTAL DE RECURSOS MATERIAIS	MÁX	140	

IV. APOIO LABORATORIAL MÍNIMO

Na unidade é garantida a realização dos seguintes exames de rotina:

30. Hemograma completo	00	05	10
31. Grupo sanguíneo e fator Rh	00	05	10
32. VDRL	00	05	10
33. Teste de Coombs indireto	00	05	10
34. Glicemia de jejum	00	05	10

35. TTG	00	05	10
36. Sumário de urina	00	05	10
37. Urocultura com antibiograma	00	05	10
38. Ultra-sonografia	00	05	10
39. Papanicolau	00	05	10
40. Teste anti-HIV	00	05	10
TOTAL DE APOIO LABORATORIAL	MÁX	110	

V. MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A unidade dispõe dos medicamentos abaixo segundo normas:

41. Antiácidos	00	05	10
42. Sulfato ferroso	00	05	10
43. Ácido fólico	00	05	10
44. Supositório de glicerina e/ou solução glicerinada	00	05	10
45. Analgésicos	00	05	10
46. Antitérmicos	00	05	10
47. Insulina	00	05	10
48. Anti-hipertensivos	00	05	10
49. Antibióticos	00	05	10
50. Medicações para o tratamento de corrimento vaginal	00	05	10
TOTAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	MÁX	100	

VI. SISTEMA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Sempre que necessário, individualmente há:

51. Sistema de referência funcionante	00	05	10
52. Sistema de contra-referência funcionante	00	05	10
TOTAL DE INSTRUMENTOS DE REGISTRO	MÁX	20	

VII. INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Em cada consulta realizada, individualmente há:

53. Cartão da gestante (ou caderneta)	00	05	10
54. Ficha perinatal	00	05	10
55. Mapa de registro diário	00	05	10
TOTAL DE INSTRUMENTOS DE REGISTRO	MÁX	30	

Total de Pontos Pontos Obtidos Proporção

I. PLANTA FÍSICA	70			
II. RECURSOS HUMANOS	80			
III. RECURSOS MATERIAIS	140			
IV. APOIO LABORATORIAL	110			
V. MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	100			
VI. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	20			
VII. INSTRUMENTOS DE REGISTRO	30			
TOTAL GERAL	550			

APÊNDICE 4

CARTA AOS ESPECIALISTAS

Fortaleza, ____ de _____ de 20__

Caro Dr. _____,

Solicitamos a colaboração de V. S^a para participar do processo científico de validação de um “Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-Natal na Rede Básica de Fortaleza-CE”.

Após validação, este instrumento será aplicado ainda neste estudo, a fim de alcançar o objetivo de avaliar a qualidade da assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE. Este estudo consiste em minha dissertação do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

O instrumento é composto por três partes distintas: avaliação da estrutura, do processo e do resultado (satisfação da usuária). Constituído em estilo *check list*, terá seu preenchimento realizado pela própria pesquisadora em campo. À partir do somatório dos pontos, poderemos classificar a assistência pré-natal prestada em ótima (90% a 100% do total de pontos), satisfatória (75% a 89,9%), precária (50% a 74,9%) ou insuficiente (49,9% e menos).

Vale ressaltar que a validação deste instrumento não tem a finalidade de garantir eficácia de sua aplicação em outras situações, como outro nível de atenção, unidades privadas ou outra localidade.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE e os dados serão tratados de forma anônima, confidencial.

A sua escolha deveu-se à reconhecida experiência sobre os processos técnico-científicos e administrativos na área da Obstetrícia.

Aproveito para agradecer a atenção e me coloco à disposição para maiores esclarecimentos.

Cordiais saudações,

Enf^a Rebeca Silveira Rocha
Mestranda do CMASP/UECE

APÊNDICE 5

ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO

1. OBJETO DE ANÁLISE:

Instrumento de Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-Natal na Rede Básica de Fortaleza-CE.

2. AVALIADORES:

Especialistas que funcionarão como colaboradores no processo de validação do instrumento.

3. MODELO DO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO:

Utilizar-se-á uma planilha, na qual à esquerda estarão os números correspondentes aos itens do instrumento e à direita espaços para preenchimento da avaliação, marcando com um X a alternativa que considerar adequada para cada item.

A) ESTRUTURA	RELEVANTE		PERTINENTE		CLARO	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.						
2.						

Em cada coluna (relevante, pertinente e claro) deve ser assinalado sim ou não, não devendo deixar resposta em branco ou assinalar dois itens em uma coluna.

Os itens têm um código, formado por uma letra e um número, por exemplo A.7, e corresponde a: a letra é o tópico do instrumento (A- estrutura) e o número corresponde ao do instrumento. Neste exemplo, A.7 significa “Há luz individual suficiente para atividades que requeiram maior iluminação”.

4. RESTRIÇÕES SOBRE AS QUESTÕES:

Espaço disponível para as sugestões dos avaliadores.

Os itens considerados não relevantes ou não pertinentes na planilha devem ser avaliados quanto à exclusão e citados no espaço abaixo:

a) Excluir os itens de nº: _____.

Os itens considerados não claros na planilha deverão ser detalhados em qual aspecto e, caso desejar, poderá sugerir mudanças no espaço abaixo:

b) Os seguintes itens não estão claros, sugiro: _____

No espaço abaixo, poderão acrescentar itens que considerar pertinentes e que não foram contemplados no instrumento.

c) Sugiro acrescentar os itens: _____

5. CURRÍCULUM RESUMIDO PARA FINS DE CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES:

Descrição da titulação e instituições vinculadas.

Nome completo: _____

Titulação: _____

Instituição (ões) vinculada (s): _____

Estou à disposição para maiores esclarecimentos através dos seguintes contatos: telefone (85) 8805 2206; e-mail bekinharocha@hotmail.com.

6. PRAZO PARA ENTREGA: ____/____/____

APÊNDICE 6**FORMULÁRIO PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO**

a) Excluir os itens de nº: _____.

b) Os seguintes itens não estão claros, sugiro:

c) Sugiro acrescentar os ítems:

CURRÍCULO DO AVALIADOR:

Nome completo: _____

Titulação:

Instituição (ões) vinculada (s):

ÍTEMS	RELEVANTE		PERTINENTE		CLARO	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A) ESTRUTURA						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34.						
35.						
36.						
37.						
38.						
39.						
40.						
41.						
42.						
43.						
44.						
45.						

46.						
47.						
48.						
49.						
50.						
51.						
52.						
53.						
54.						
55.						
56.						
57.						
58.						
59.						
60.						

APÊNDICE 7

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos getores ou profissionais representantes das Unidades de Saúde

A Universidade Estadual do Ceará, através do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, está realizando uma pesquisa sobre a avaliação da qualidade da assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Gurgel e como pesquisadora a mestranda Rebeca Silveira Rocha. Essa pesquisa tem o objetivo avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada na atenção primária do município de Fortaleza considerando a estrutura, o processo e o resultado.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, permitindo que sejam realizadas perguntas a respeito desse assunto. Para isso, realizaremos a entrevista que abordará seus dados de identificação, os dados referentes ao seu processo de trabalho e o serviço do qual faz parte. Afirmamos que a pesquisa é gratuita e garantimos não revelar o seu nome, utilizando-se da mesma apenas os resultados para fins científicos, e que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Em caso de dúvida durante ou após essa pesquisa, deverá procurar o Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, Av Paranjana, 1700 – Itaperi. Tel.: 3101 9826 ou pelo celular (85) 8805 2206 (Rebeca).

Assinatura do Pesquisador

Tendo sido informado sobre a pesquisa: **Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado**, concordo em participar da mesma.

Nome _____ Data: _____

Assinatura _____

- Impressão em 2 cópias (pesquisadora e entrevistado (a))

APÊNDICE 8

Tabela 13 - Síntese da classificação da estrutura das unidades de saúde considerando a assistência pré-natal prestada, de acordo com a SER. Fortaleza-CE, 2010

Classificação*	Secretaria Executiva Regional (SER)												Fortaleza	
	I		II		III		IV		V		VI			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Planta física</i>														
Ótima	2	50,0	2	50,0	2	40,0	-	-	3	50,0	4	57,1	13	43,3
Satisfatória	-	-	1	25,0	3	60,0	3	75,0	-	-	1	14,3	8	26,7
Precária	2	50,0	1	25,0	-	-	1	25,0	3	50,0	2	28,6	9	30,0
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Recursos humanos</i>														
Ótima	-	-	2	50,0	2	40,0	-	-	1	16,7	1	14,3	6	20,0
Satisfatória	3	75,0	2	50,0	1	20,0	4	100,0	3	50,0	4	57,1	17	56,7
Precária	1	25,0	-	-	2	40,0	-	-	2	33,3	2	28,6	7	23,3
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Recursos materiais</i>														
Ótima	3	75,0	4	100,0	3	60,0	2	50,0	3	50,0	5	71,4	20	66,7
Satisfatória	-	-	-	-	2	40,0	2	50,0	1	16,7	2	28,6	7	23,3
Precária	1	25,0	-	-	-	-	-	-	2	33,3	-	-	3	10,0
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Apoio laboratorial</i>														
Ótima	3	75,0	4	100,0	4	80,0	4	100,0	3	50,0	4	57,1	22	73,3
Satisfatória	-	-	-	-	1	20,0	-	-	1	16,7	-	-	2	6,7
Precária	1	25,0	-	-	-	-	-	-	2	33,3	3	42,9	6	20,0
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Medicamentos</i>														
Ótima	1	25,0	3	75,0	-	-	1	25,0	2	33,3	5	71,4	12	40,0
Satisfatória	2	50,0	1	25,0	4	80,0	2	50,0	2	33,3	2	28,6	13	43,3
Precária	-	-	-	-	1	20,0	1	25,0	1	16,7	-	-	3	10,0
Insatisfatória	1	25	-	-	-	-	-	-	1	16,7	-	-	2	6,7
<i>Referência e</i>														

<i>contra-referência</i>														
Ótima	-	-	1	25,0	-	-	-	-	-	-	1	14,3	2	6,7
Satisfatória	-	-	1	25,0	-	-	-	-	1	16,7	1	14,3	3	10,0
Precária	1	25,0	-	-	4	80,0	3	75,0	4	66,6	4	57,1	16	53,3
Insatisfatória	3	75,0	2	50,0	1	20,0	1	25,0	1	16,7	1	14,3	9	30,0
<i>Instrumentos de registro</i>														
Ótima	1	25,0	1	25,0	3	60,0	2	50,0	3	50,0	3	42,9	13	43,3
Satisfatória	2	50,0	2	50,0	-	-	1	25,0	-	-	4	57,1	9	30,0
Precária	1	25,0	1	25,0	1	20,0	1	25,0	1	16,7	-	-	5	16,7
Insatisfatória	-	-	-	-	1	20,0	-	-	2	33,3	-	-	3	10,0
<i>Estrutura</i>														
Ótima	1	25,0	3	75,0	2	40,0	1	25,0	3	50,0	2	28,6	12	40,0
Satisfatória	2	50,0	1	25,0	3	60,0	3	75,0	1	16,7	5	71,4	15	50,0
Precária	1	25,0	-	-	-	-	-	-	2	33,3	-	-	3	10,0
Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.