



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELIZIAN BRAGA RODRIGUES BERNARDO

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES COM RISCO
HABITUAL**

FORTALEZA

2016

ELIZIAN BRAGA RODRIGUES BERNARDO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES COM RISCO HABITUAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde sexual e reprodutiva: uma proposta de estudo para a atividade intersectorial de promoção da saúde e Ações integradas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Priscila de Souza Aquino

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- B444a Bernardo, Elizian Braga Rodrigues.
Avaliação da assistência pré-natal de gestantes com risco habitual / Elizian Braga Rodrigues
Bernardo. – 2016.
122 f. : il. color.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado
em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino.
1. Cuidado Pré-Natal. 2. Indicadores Básicos de Saúde. 3. Enfermagem. I. Título.

ELIZIAN BRAGA RODRIGUES BERNARDO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES COM RISCO HABITUAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Priscila de Souza Aquino (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Régia Christina Moura Barbosa Castro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Paula Renata Amorim Lessa
Instituto Federal do Ceará (IFCE)

A Deus,
Aos meus pais, Elenir e José.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, meu orientador supremo, por ter permanecido do meu lado durante toda a minha vida e por ter contribuído de maneira inigualável no meu processo de formação. Obrigado meu Deus, por toda a inteligência, sabedoria e discernimento que o Senhor me concedeu, pois foram essenciais para a obtenção de todo o aprendizado e sucesso que alcancei. Além disso, agradeço por tudo isto: pela família maravilhosa que o Senhor me presenteou; por todas as oportunidades que me foram conferidas; por todas as conquistas que já obtive. Obrigado Senhor!

A meus pais, Elenir e José, por sempre me incentivarem e acreditarem no meu potencial, por serem generosos e se doarem integralmente, proporcionando-me a obtenção desse Título de Mestre em Enfermagem. Agradeço por terem me ensinado a viver, mesmo diante de todas as adversidades e dificuldades que a vida nos proporcionou, por terem me educado e me ensinado a ter humildade e caráter diante de qualquer situação. Amo muito vocês!

Ao meu eterno Max, *in memória*, por ter me ensinado a olhar o mundo com o coração. Sinto falta do seu abraço, do seu carinho, do seu apoio, da sua presença, sem você tudo isso não teria sentido. Você estará presente em mim em todos os dias da minha vida.

Aos meus sogros, especialmente a minha sogra, Zenacleide, que sempre foi uma mãe para mim. Uma verdadeira amiga e companheira. Aprendi a te amar como filha e hoje não sei viver longe de ti. Obrigada por sempre está ao meu lado e me incentivar a viver sorrindo. Você é um grande exemplo para mim.

Aos meus irmãos, Elaine, Adriana, Juliana, Ana Paula, Yasmim e Francisco José por estarem comigo durante toda a vida. Obrigado por saber que posso contar com o apoio de vocês durante as tristezas e, sobretudo, nas alegrias.

À Professora Doutora Priscila de Souza Aquino, minha orientadora, por todas as orientações e conselhos durante o Mestrado e por todo o aprendizado que adquiri nesses dois anos sob sua tutela. Obrigada por todas as contribuições e conselhos fundamentais para o meu crescimento profissional, pela compreensão e apoio durante esse período. A Senhora é um modelo profissional, sempre dedicada na busca pela excelência.

Obrigada a todos os membros do Projeto de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva, em especial Professora Doutora Ana Karina Bezerra Pinheiro, por sempre nos inspirar na produção do conhecimento.

À Professora Doutora Régia Christina Moura Barbosa Castro, por ter aceitado a colaborar com a realização dessa pesquisa desde o início. Suas contribuições foram muito valiosas para o aprimoramento desse trabalho. Agradeço ainda os conselhos, a atenção dispensada e as palavras de incentivo. Tenho um carinho muito especial pela Senhora.

À Professora Doutora Ana Kelve de Castro Damasceno, minha eterna tutora e futura orientadora. Obrigada por me receber de braços abertos e por me aceitar como orientanda de Doutorado. Serei eternamente grata. Obrigada por sempre me motivar a ir a busca dos meus sonhos, acreditando que tudo se caminhará bem. Muito do que sou hoje profissionalmente e pessoalmente devo a Senhora.

À Professora Doutora Paula Renata de Amorim Lessa, por ter aceitado participar desse momento tão importante para mim. Obrigada por todas as contribuições realizadas visando a melhoria dessa dissertação. Obrigada pelo apoio e carinho que sempre expressou por mim. Tenho muito orgulho de ser sua amiga. Obrigado por tudo!

Aos meus amigos conquistados durante a graduação e que permaneceram ao meu lado por todo o Mestrado, Igor Mendes, Karine Bezerra, Hellen Catunda, Camila Brasil, Ana Carolina Rocha, a minha querida amiga conquistada no mestrado, Àdria Marcela, por terem feito dos meus dias na Universidade e nas atividades exigidas durante o Mestrado momentos inesquecíveis. Aos meus amigos que fiz durante o intercâmbio na Università della Sapienza, Sammya, Pedro, Paulo, Marco, Carol, Mário, Felipe e Lílian, mais conhecidos como os Legais. Desejo ter a amizade de vocês por toda a minha vida, pois são pessoas muito especiais e cativas no meu coração.

Ao PET Enfermagem UFC, por ter sido uma verdadeira família, por todas as oportunidades de aprendizado proporcionadas nesse grupo, por todos os verdadeiros amigos que conquistei. Obrigado pelo incentivo constante para realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, instigando-me a investigar e buscar novos conhecimentos e saberes.

Aos eternos colegas ex-petianos, em especial a Lara Leite, Diego Jorge e Samila Ribeiro, pois se tornaram verdadeiros amigos e exemplos para mim. Agradeço por terem me feito

confiar em meu potencial e por compartilharem diversos momentos inesquecíveis dentro desse grupo.

Agradecer a Marília, Andrezza, Vivien, Adman, Karízia, Verônica, Cinthia, Denise, Franz, Mariana, Carol, Tati e todas as pessoas que colaboraram comigo na coleta de dados, vocês foram essenciais para a realização desse trabalho. Serei eternamente grata a vocês.

A todos os profissionais da instituição em que foi concretizada essa pesquisa, pelo apoio e colaboração permanente.

A todos as participantes da pesquisa, pelo tempo concedido para contribuir com a obtenção dos resultados desse estudo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, por serem pacientes e dedicados e por dividirem seus ensinamentos comigo. Serei grata sempre!

A Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo apoio financeiro.

Meus sinceros agradecimentos a Todos!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar a assistência pré-natal ofertada às gestantes com risco habitual em um serviço de saúde escola por meio da avaliação da estrutura, processo e resultado. Trata-se de um estudo avaliativo. O estudo foi realizado no período de maio de 2015 a janeiro de 2016 na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa, situada no bairro do Planalto do Pici, Fortaleza, Ceará. A amostra totalizou 554 prontuários e 50 puérperas que realizaram o pré-natal na Casa de Parto Natural. O instrumento de coleta dos dados contemplou aspectos sociodemográficos, clínicos e obstétricos, indicadores de estrutura, do processo e do resultado da assistência pré-natal. Os dados foram analisados com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*. A estrutura do serviço foi classificada como adequada, com 30 (90,62%) indicadores em consonância com as recomendações ministeriais. Os indicadores do processo foram classificados em três níveis: Nível I, referente ao número de consultas e ao início precoce do pré-natal, foi adequado em apenas 92 (16,4%) casos; Nível II, referente aos procedimentos clínicos e obstétricos mais o nível I, foi adequado em 86 (15,4%) casos e; Nível III, referente aos exames laboratoriais mais nível I e II, a adequação diminuiu para 44 (7,9%) casos. Das 50 puérperas entrevistadas, 46 (92%) estavam em Aleitamento Materno Exclusivo, 46 (92%) pariram recém-nascido com peso adequado, 42 (84%) realizaram consulta puerperal, 31 (62%) tiveram parto normal, 41 (82%) não tiveram intercorrências na gestação e/ou parto, nenhuma delas apresentou caso de sífilis congênita, transmissão vertical do HIV e tétano neonatal e 41 (82%) estavam satisfeitas com o pré-natal realizado. Assim, o resultado da assistência pré-natal foi classificado como adequado. As características maternas e obstétricas que apresentaram associação com significância estatística com o início do pré-natal inadequado foram: gestantes sem companheiro ($p=0,013$), ausência de intercorrências em gestações anteriores ($p=0,004$), parto anterior ($p<0,001$), história de aborto ($p=0,009$) e filhos ($p<0,001$). O número de consultas inadequadas esteve associado à multiparidade ($p=0,026$), ausência de intercorrências na gestação atual ($p<0,001$) e parto anterior ($p=0,003$). Já a inadequação da realização dos exames laboratoriais foi associada a mulheres sem companheiro ($p=0,021$), sem antecedentes familiares de comorbidade ($p<0,001$) e primigestas ($p=0,022$). Quanto à satisfação com o pré-natal realizado, a maioria das puérperas, 41 (82%) estava satisfeita, evidenciando, por meio de associação estatística ($p=0,039$), que as puérperas que iniciaram o pré-natal precoce tinham 33%

(IC 95%: 1,10 – 1,61) maior chance de ter satisfação com o pré-natal. Portanto, conclui-se que o serviço apresenta indicadores de estrutura e resultados adequados. Entretanto, merece destaque com relação à adequação dos indicadores do processo, merecendo maior atenção dos gestores e profissionais de saúde para o planejamento de ações em prol da melhoria desses indicadores.

Palavras-Chave: Cuidado Pré-Natal. 2. Indicadores de Saúde. 3. Avaliação da assistência pré-natal. 4. Estudo avaliativo. 5. Enfermagem.

ABSTRACT

It is an evaluative study conducted in order to evaluate the prenatal care offered to pregnant women with normal risk in a health-school service by evaluating its structure, process and results. The study was conducted from May 2015 to January 2016 at the Natural Birth Center Ligia Barros Costa, located in the district of Planalto do Pici, Fortaleza, Ceará. The sample totaled 554 records and 50 postpartum women who underwent prenatal on the Natural Birth Center. The data collection instrument contemplated sociodemographic, clinical and obstetric aspects and indicators of structure, process and result of prenatal assistance. The data were analyzed with the support of the Statistical Package for Social Sciences statistical software. The structure of the service was classified as adequate, with 30 (90.62%) of the indicators according with the ministerial recommendations. Process indicators were classified into three levels. Level I, referring to the number of medical appointment and the early initiation of prenatal care; Level II, referring to the level I added to the clinical and obstetric procedures; and Level III, referring to the level II added to the laboratory tests. Their respective indicators had resulted adequate in 92 (16.4%) cases of level I, in 86 (15.4%) cases of level II and in only 44 (7.9%) cases of level III. Of the 50 mothers interviewed, 46 (92%) were on Exclusive Breastfeeding, 46 (92%) delivered newborn with normal weight, 42 (84%) underwent postpartum consultation, 31 (62%) had normal birth, 41 (82%) had no complications during pregnancy and/or giving birth, none of them presented the case of congenital syphilis, vertical transmission of HIV or neonatal tetanus and 41 (82%) were satisfied with the performed prenatal care. Thus, the result of prenatal care was classified as adequate. Maternal and obstetric characteristics that were associated with statistical significance with the inadequate beginning of prenatal care were: pregnant women without a partner ($p=0,013$), absence of complications in previous pregnancies ($p=0,004$), previous birth ($p < 0,001$), abortion history ($p=0,009$) and with children ($p < 0,001$). The number of inadequate consultation was associated with multiparity ($p=0.026$), absence of complications during the current pregnancy ($p < 0.001$) and previous birth ($p=0.003$). Already the inadequacy of the realization of laboratory tests were associated with: women without a partner ($p=0,021$), with no family history of comorbidity ($p < 0,001$) and first pregnancy ($p=0,022$). About the satisfaction with the received prenatal care, most mothers, 41 (82%) were satisfied, showing, through statistical association ($p=0.039$), that mothers who started early prenatal were 33% (95% CI: 1.10

– 1.61) more likely to be satisfied with prenatal care. Therefore, it is concluded that the service performance have adequated structure and results indicators. However, leaves something to be desired as to the suitability of the process indicators, deserving more attention from health managers and professionals for the planning of actions in order to improve these indicators.

Keywords: Prenatal Care. 2. Health Indicators. 3. Evaluation of prenatal care. 4. Assessment study. 5. Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Tipagem sanguínea
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AU	Altura Uterina
BCF	Batimentos cardíacos fetais
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento Familiar
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CPN	Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EAS	Elementos Anormais do Sedimento
EQU	Exame qualitativo de urina
ESF	Estratégia Saúde da Família
FFOE	Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Hb	Hemoglobina
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
Ht	Hematócrito
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
IG	Idade Gestacional
IMC	índice de massa corpórea
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITU	Infecção do Trato Urinário
ITU	Infecção Trato Urinário
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	Razão de Chance
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PubMed	Public/Publish Medline
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
REUSP	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Rh	Fator Rh
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UAPS	Unidade de Atenção Primária de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
USF	Unidades Saúdes da Família
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Fluxograma com a seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados Pubmed, Scopus, Cinahl e Lilacs de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, Ceará, 2016. **29**
- Quadro 1** - Distribuição dos artigos incluídos na Revisão Integrativa. Fortaleza, Ceará, 2016 **30**
- Figura 2** – Distribuição dos bairros próximos a Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa, situados na Regional III. Fortaleza, Ceará, 2016 **46**
- Quadro 2:** Distribuição da adequabilidade dos indicadores de estrutura da CPN. Fortaleza, Ceará, 2016 **56**

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição das características da assistência PN de gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016 **67**
- Tabela 2** - Distribuição dos procedimentos clínicos obstétricos ofertados as gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016. **71**
- Tabela 3** – Distribuição da adequabilidade da Assistência PN de gestantes com Risco Habitual ofertado na CPN de acordo com os critérios de Coutinho modificado. Fortaleza, Ceará, 2016 **80**
- Tabela 4** - Distribuição do resultado materno e perinatal das puérperas atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, 2016 **82**
- Tabela 5** – Distribuição da associação entre a utilização do PN com a via de parto, intercorrência gestacional e no parto e satisfação das puérperas atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016 **84**
- Tabela 6** – Distribuição da associação entre as variáveis clínicas e obstétricas com o número de consultas inadequadas, início PN após 12^a semanas e realização dos exames inadequados das gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016 **86**
- Tabela 7** – Associação entre as variáveis clínicas e obstétricas com o número de consultas inadequadas, início PN após 12^a semanas e realização dos exames inadequados das gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016 **89**

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Distribuição dos principais antecedentes familiares das gestantes atendidas no PN de Risco Habitual no CPN. Fortaleza, Ceará, 2016 **63**
- Gráfico 2** – Distribuição das principais intercorrência na gestação atual das gestantes atendidas no PN de Risco Habitual no CPN. Fortaleza, 2016 **64**
- Gráfico 3** – Distribuição da adequabilidade da Utilização do PN ofertados às gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016 **70**
- Gráfico 4** - Distribuição da adequabilidade dos procedimentos clínicos e obstétricos ofertados às gestantes atendidas no PN de Risco Habitual no CPN. Fortaleza, Ceará, 2016 **74**
- Gráfico 5** - Distribuição das orientações ofertadas às gestantes atendidas no PN de Risco Habitual no Centro de Parto Lígia Barros Costa. Fortaleza, Ceará, 2016 **75**
- Gráfico 6** – Distribuição da adequabilidade dos exames complementares realizados pelas gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016 **77**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo Geral	24
2.2	Objetivos Específicos	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
4	METODOLOGIA	45
4.1	Tipo de Estudo.....	45
4.2	Período e Local do Estudo.....	45
4.3	População e Amostra.....	47
4.4	Instrumentos de coleta de dados.....	48
4.5	Coleta de dados.....	53
4.6	Análise dos Dados.....	54
4.7	Aspectos Éticos.....	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
5.1	Avaliação da Estrutura.....	56
5.2	Avaliação do Processo.....	62
5.3	Avaliação do Resultado.....	81
5.4	Associação das variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas com a inadequação do número de consultas, início pré-natal e exames laboratoriais realizados.....	85
6	CONCLUSÃO	94
	REFERÊNCIAS	96
	ANEXOS	106
	APÊNDICES.....	108

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal é um desafio para as autoridades em saúde de todo o mundo, tanto no que se refere à qualidade da assistência prestada quanto aos marcos conceituais. O ciclo gestatório deve ser assistido de forma satisfatória em suas três fases (gravidez, parto e puerpério), a fim de que a mulher receba uma assistência mais humanizada possível.

O cuidado prestado durante a gravidez, chamado de Pré-Natal (PN), corresponde ao período da concepção até o início do trabalho de parto. Para que o momento do nascimento seja o mais seguro possível, torna-se necessário que a assistência prestada nessa fase seja de qualidade. Essa assistência ao PN corresponde a um conjunto de ações que visam um atendimento global da saúde do binômio mãe/filho, de maneira individualizada com qualidade e resolutividade (BARRETO *et al.*, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) refere que o acompanhamento PN visa assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Esse acompanhamento contribui para a adoção, pelas gestantes, de comportamentos saudáveis, tais como boa nutrição, exercícios regulares, realização de exames, imunizações, além de promover conhecimentos sobre o processo gravídico (ZAMPIERI *et al.*, 2010). Dessa forma, o compromisso dos gestores e profissionais de saúde se torna primordial para que essa assistência de qualidade seja assegurada.

Para além do caráter físico, o objetivo da assistência PN visa à promoção de um processo de reprodução mais saudável, tanto para a gestante como para o seu filho, por meio de ações que reduzam as vulnerabilidades e melhorem as avaliações no período gravídico-puerperal, objetivando a detecção precoce de fatores de risco, o desenvolvimento de medidas educativas, o apoio psicoemocional à mulher e seus familiares, bem como a referência e contrarreferência em níveis de assistência mais complexos, quando necessário (BRASIL, 2012).

Nos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, ainda se verifica uma restrição do acesso aos serviços de saúde e, muitas vezes, a atenção PN representa a porta de entrada das mulheres a esses serviços. Ademais, nesses países as iniquidades sociais, econômicas,

demográficas e de comportamento tem sido associadas às complicações maternas e fetais. Portanto, o PN configura-se como uma oportunidade ímpar para que o profissional de saúde promova intervenções direcionadas à promoção da saúde materna e fetal (RIBEIRO *et al.*, 2009; MENEZES *et al.*, 2009; VETTORE *et al.*, 2013).

Além disso, estudos nacionais afirmam que os níveis de saúde das mães e dos conceitos estão estreitamente interligados com a qualidade da assistência PN, tendo uma correlação direta com a realização de um PN adequado com a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal (VIELLAS *et al.*, 2014; MARTINELLI *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015). Dessa forma, a garantia do acesso e qualidade dessa assistência pode ser reforçada pela adoção de políticas públicas de saúde.

Com vistas assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade da assistência PN, o MS lançou em 2000 o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), pois, até então, não havia no país um modelo que normatizasse a assistência à gestante. Esse programa propôs a utilização de indicadores de avaliação com o intuito de monitorar continuamente a qualidade da atenção prestada. Esses indicadores avaliam aspectos como início de acompanhamento PN, número de consultas PN e puerperal, realização de exames complementares, imunização antitetânica, diagnóstico de sífilis congênita, tétano neonatal, transmissão vertical do HIV e mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2002).

Nota-se que o estabelecimento de indicadores de saúde que visavam apontar direções para ações a serem desenvolvidas durante o ciclo gravídico puerperal e que norteassem a prática assistencial foi, sem dúvidas, uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Outra iniciativa relevante diz respeito à Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) em 2011 a qual tem como objetivo atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas (BRASIL, 2011).

Tendo em vista a necessidade de melhorias nos índices de mortalidade materna e neonatal, a melhoria da humanização do parto e nascimento e bem como a reorientação da assistência prestada no ciclo gravídico e puerperal, o Governo Federal, em 2011, implementou a Estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro e implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Dentre as ações previstas do componente PN, está o acolhimento às intercorrências na gestação, acesso ao PN de alto de risco, realização dos exames de PN de risco habitual e de alto risco, acesso rápido aos resultados, vinculação da gestante ao local em que será realizado o parto, implementação de ações relacionados à saúde sexual e reprodutiva, além de prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites (BRASIL, 2011).

Ademais, a Rede Cegonha prevê ainda a qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, possibilitando assim uma assistência que integra, de forma holística, todos os quesitos necessários a uma assistência individualizada e focada na humanização (BRASIL, 2011).

As estratégias políticas supracitadas tinham como foco cumprir a meta do quinto Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) que visava reduzir em 75% a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no período compreendido entre 1990 e 2015, para 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Porém, dados nacionais apontam que a RMM, que era de 141 por 100 mil nascidos vivos em 1990 declinou para 68 por 100 mil nascidos vivos em 2010 (BRASIL, 2012). No início de 2015, os índices giravam em torno de 62 mortes por 100 mil (GOVERNO DO MARANHÃO, 2015). No Ceará, em 2010, a RMM era de 79,2 e diminuiu para 61,2 por 100 mil nascidos vivos em 2014. Dessa forma, esses números ainda estão distantes do preconizado pela ONU (SESA, 2015).

Considerando esse panorama da assistência à saúde materna, deve-se analisar com atenção a qualidade da assistência prestada e seu impacto na promoção da saúde dessas mulheres. Essa análise possibilita o reconhecimento das lacunas na assistência PN, e o desenvolvimento de intervenções direcionadas à resolução dos problemas, além de uma reorientação do modelo de atenção vigente, reforçando ações de empoderamento individual e um cuidado capacitado (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

No que se refere às ações ministeriais, é preciso ter clareza que seu foco principal consiste em alcançar os objetivos propostos. Assim, considera-se importante discutir acerca das principais barreiras enfrentadas para o desenvolvimento das ações preconizadas e expor os

benefícios que estas promovem na redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil, assegurando uma assistência protetora ao binômio.

Nas últimas duas décadas, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm-se baseado em uma ou mais categorias propostas por Donabedian (1991). Esse autor define a qualidade dos serviços de saúde como o grau de adequação desses às necessidades, expectativas e ao padrão de atendimento da população. O MS afirma que a busca pela qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se na atualidade um imperativo técnico e social (BRASIL, 2012).

Donabedian (1988, 1991) recomenda que as informações, a partir das quais seja possível tirar conclusões sobre a qualidade do cuidado, devem ser baseadas em três componentes do cuidar em saúde, ou seja, para avaliação da qualidade dos serviços, recomenda-se a análise da estrutura, do processo e do resultado.

A estrutura aborda informações sobre as condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se concretiza (recursos físicos, materiais e humanos). O processo abrange as atividades relacionadas à assistência. Por fim, o resultado, está relacionado ao efeito que as ações e os procedimentos tiveram sobre o estado de saúde, no caso o binômio mãe-filho, incluindo também a satisfação da usuária no processo de atendimento (DONABEDIAN, 1991).

Diante deste contexto, percebe-se que estudos avaliativos são importantes dentro do cenário da assistência em saúde, em especial aquele relacionado à qualidade da atenção PN. Além disso, estudo realizado por Rocha e Silva (2012), em três Regionais da capital cearense, apontou a inadequação da assistência PN entre mulheres usuárias desse serviço, por meio da avaliação da estrutura, processo, resultados e impacto segundo critérios do PHPN. Assim, a importância de realizar estudos avaliativos deve-se ao poder de subsidiar tomadas de decisões por parte dos gestores de saúde a fim de formular estratégias de enfrentamento dos problemas que afetam a qualidade da assistência prestada à mulher durante a gestação.

Dessa forma, o presente estudo propõe-se a avaliar a assistência PN ofertada às gestantes com risco habitual em um serviço de saúde escola de Fortaleza-CE, vinculado à Universidade Federal do Ceará, por meio da avaliação da estrutura, processo e resultado. A assistência PN é ofertada de forma sistemática desde 2003 e até o presente momento não passou

por um estudo avaliativo da assistência prestada e o serviço avaliado não faz parte da rede de atenção de saúde do município de Fortaleza.

É válido ressaltar que as consultas de Enfermagem são direcionadas ao atendimento de PN de risco habitual, o qual consiste em toda gestação que não apresenta fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo que possam interferir de forma negativa na evolução da gestação (BRASIL, 2012).

Assim, o presente estudo foi desenvolvido a fim de responder as seguintes questões: A assistência PN ofertada em serviço de saúde escola apresenta adequabilidade da atenção quanto à estrutura, processo e resultado? Quais variáveis que estão associadas ao início precoce do acompanhamento PN, ao número de consultas e à realização dos exames laboratoriais? As gestantes atendidas no PN estão satisfeitas com o serviço?

Estudos nacionais, ao avaliarem a qualidade da assistência PN têm utilizado como indicadores de adequabilidade o início precoce do acompanhamento PN, o número de consultas realizadas e a realização de exames laboratoriais (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GONÇALVES *et al.*, 2008; XIMENES NETO *et al.*, 2008; COUTINHO *et al.*, 2010; ANDREUCCI *et al.*, 2011; ANVERSA *et al.*, 2012; ZANCHI *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2013; CORRÊA *et al.*, 2014; MARTINELLI *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015). Somado a esses indicadores, o presente estudo investigou também a satisfação da mulher com o serviço.

Assim, percebe-se a relevância do estudo para a Enfermagem, uma vez que a produção do conhecimento acerca da adequabilidade da atenção PN fornecida para as mulheres é indispensável para produção de informações que embasem as avaliações das políticas implementadas, como a Estratégia Rede Cegonha.

Para que haja a melhoria da assistência PN de gestantes com risco habitual, os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, devem participar ativamente desse processo, contemplando as diretrizes propostas nas políticas de saúde, realizando atividades de educação em saúde que abordem e incentivem a adoção de hábitos saudáveis de vida e que promovam saúde, garantindo a integralidade do cuidado na atenção básica e tornando-se um diferencial no atendimento a essa clientela.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de risco habitual.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a adequação dos indicadores de estrutura, processo e resultado do pré-natal oferecido às gestantes de risco habitual;
- Associar as características sociodemográficas, clínicas e obstétricas das gestantes com o número de consultas realizadas, idade gestacional de início do pré-natal e exames laboratoriais;
- Verificar associação entre o número de consultas e idade gestacional de início pré-natal com o tipo de parto, intercorrência na gestação e/ou parto e satisfação da puérpera com o serviço.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Avaliação dos Serviços de Saúde

A avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde, e serve para subsidiar e reorientar as ações e serviços, redimensionando as necessidades da assistência em vista a melhorar a resolutividade e qualidade dos serviços de saúde (ESCRIVÃO JUNIOR, 2011).

Assim, a avaliação deve constituir-se em um instrumento fundamental para gerenciar de forma ágil, facilitando a obtenção dos resultados pretendidos, os quais possibilitarão identificar as ações desenvolvidas que estejam adequadas e compatíveis em relação aos parâmetros determinados, bem como mensurar seu impacto sobre o nível de saúde da população.

Vislumbrando a melhoria da atenção à saúde e a qualidade da assistência prestada ao usuário, os serviços de saúde devem passar por processos avaliativos durante o desenvolvimento de suas atividades. Uma avaliação constante da qualidade dos serviços de saúde é vital para seu êxito, sendo desejável a utilização de critérios objetivos, ou seja, indicadores que permitam “mensurar” a qualidade dos serviços (SANTOS; MERHY, 2006).

Sabe-se que a avaliação de ações em saúde pode ser feita pela ótica objetiva, na qual é passível de quantificação ou pela ótica subjetiva que inclui os valores, sentimentos e desejos dos atores envolvidos nestas ações (BOSI; UCHIMURA, 2007). No Brasil, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde encontra-se ainda em desenvolvimento, evidenciando que se tem muito a percorrer (ADAMI; YOSHITOME, 2003).

Além disso, pode ser definida em três aspectos: o primeiro se refere à avaliação tecnológica, a qual observa aspectos relativos à eficácia, segurança e efetividade; o segundo refere-se à avaliação econômica, que diz respeito à eficiência – custo/efetividade, custo/utilidade e custo/benefício e o terceiro implica na avaliação da qualidade (BRASIL, 2009).

Donabedian (1988) conceitua a avaliação da qualidade dos serviços de saúde como uma propriedade da atenção em saúde que pode ser obtida por meio de três dimensões do cuidado: a **qualidade técnica**, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia em saúde de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; a **relação terapeuta/paciente** (interpessoal), de modo a satisfazer os preceitos éticos,

as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes (o processo interpessoal tem que estar de acordo com as expectativas e os padrões sociais e individuais dos envolvidos na relação, incluindo a discrição, a privacidade, a escolha informada, o cuidado, a empatia, a honestidade, o tato e a sensibilidade) e **a qualidade das instalações do serviço**, ou seja, o ambiente físico.

A obtenção dessa qualidade deve visar sobremaneira à obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o usuário, sendo assim, tem-se que o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das ações e intervenções de saúde de forma a exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (DONABEDIAN, 1978).

Com o objetivo de avaliar a qualidade dos cuidados de saúde Adami e Maranhão (1995) referem a necessidade de definir qual o objeto de avaliação, sua finalidade, qual o percurso metodológico a ser utilizado e como serão aplicadas as medidas corretivas nos casos de falhas, que podem ser identificadas por meio de estudos desta natureza, administrativo ou de investigação.

O objeto de avaliação do presente estudo é a assistência PN, e tem-se como finalidade identificar lacunas existentes para que estratégias de melhoria possam ser criadas e os índices de morbimortalidade materna e infantil sejam reduzidos. Para isso, foi adotado o modelo unificado de avaliação dos serviços de saúde desenvolvido por Donabedian que classifica a adequabilidade da assistência de serviços de saúde por meio de três indicadores: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1988, 1991).

A **estrutura** avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde, englobando aqueles necessários para proporcionar a assistência, sendo eles, humanos (número e qualificação), materiais e físicos (instalações e equipamentos), financeiros (DONABEDIAN, 1988, 1991) e os sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos (ADAMI; MARANHÃO, 1995).

O enfoque na estrutura inclui o número, a distribuição e a qualificação da equipe profissional, o número, o tamanho, os equipamentos e a disposição geográfica das unidades de assistência à saúde e outras instalações (DONABEDIAN, 1991). Boa estrutura, com suficientes recursos e um desenho adequado é provavelmente, uma forma de garantir e promover a qualidade da atenção, influenciando de forma positiva no desempenho nas áreas de processo e resultado.

O **processo** corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, segundo os padrões técnico-científicos, bem como às atividades relacionadas à utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos, incluindo o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnósticos e os cuidados prestados (DONABEDIAN, 1988).

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

Esse autor considera ainda que avaliação do processo é o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. Sendo assim, a aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência PN proporciona identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante.

Quanto ao **resultado**, diz respeito as mudanças verificadas após a intervenção processual, sejam elas relacionadas a um efeito no estado de saúde dos indivíduos ou às mudanças de comportamento, conhecimento ou satisfação dos usuários dos serviços (DONABEDIAN, 1988, 1991).

3.2 Indicadores da avaliação da qualidade pré- natal: uma revisão integrativa

O PN é considerado um cuidado indispensável para assegurar o desenvolvimento de uma gravidez saudável. Dessa forma, estabelecer um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o ciclo gravídico puerperal é de fundamental importância, a fim de nortear a prática assistencial. Ademais, essas ações poderão ser subsidiadas por experiências exitosas de outros países, bem como por documentos formais assegurados por evidências científicas da qualidade da assistência.

A revisão integrativa da literatura permite reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um determinado tema, de uma forma sistemática e ordenada, possibilitando realizar uma compreensão mais detalhada de um problema específico (WHITTEMORE, 2005).

Esse tipo de estudo possibilita a fundamentação e incorporação de evidências no cuidado e/ou prática clínica, além de identificar lacunas no conhecimento para novos estudos na área da enfermagem de maneira organizada e sistematizada. A revisão integrativa vem sendo relatada na literatura como um método científico desde 1980 (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

As etapas adotadas na presente revisão basearam-se nas recomendações de Whittemore (2005) e consistem em: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; Interpretação dos resultados e; Apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Dessa forma, a pergunta norteadora para a presente revisão foi: Quais os indicadores de avaliação da adequabilidade da assistência PN utilizadas nas produções disponíveis?

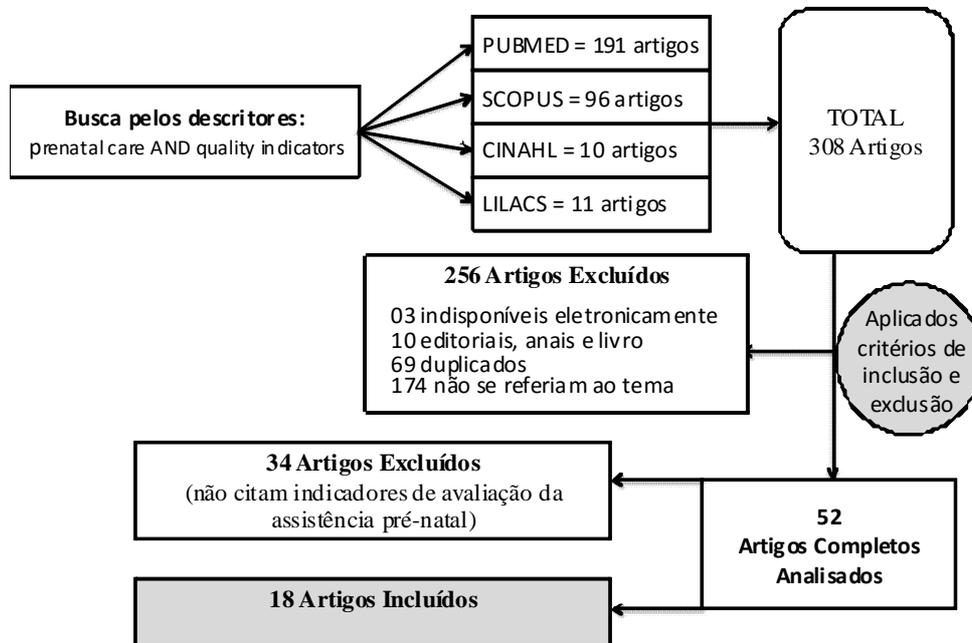
Este estudo adotou os seguintes critérios de inclusão das publicações: apresentar informações relativas à avaliação da assistência PN; estar disponível eletronicamente; ser classificado como artigo original e estar divulgado em inglês, espanhol e/ou português. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, relatos de experiência e *guidelines*.

Para selecionar os estudos, foram utilizados os sistemas de bases de dados importantes no contexto da saúde. Por meio do acesso *online* aos periódicos CAPES, foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (Public/Publish Medline), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e SCOPUS. O levantamento dos artigos ocorreu em março de 2015.

A terminologia em saúde utilizada foi consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), pelos quais se identificou os seguintes descritores controlados: cuidado PN e “indicadores de qualidade” e “*prenatal care*” e “*quality indicators*”. Utilizou-se o operador booleano AND entre os descritores, a fim de restringir a busca para aqueles artigos relacionados à questão norteadora do estudo.

Os artigos foram selecionados a partir da adequação dos mesmos quanto aos critérios de inclusão, e o percurso da busca realizada foi disposto na figura 1.

Figura 1- Fluxograma com a seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados Pubmed, Scopus, Cinahl e Lilacs de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, Ceará, 2016



Fonte: Elaborado pelo autor

Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento adaptado de Ursi (2005) (Anexo A). As variáveis investigadas foram: Identificação da publicação (título, autores, categoria profissional, país, idioma, ano); Local do estudo; Revista de Publicação; Delineamento metodológico do estudo (abordagem do estudo, tipo de estudo, objetivo, população, amostra, critérios de inclusão e exclusão, intervenções realizadas, tratamento dos dados, resultados evidenciados, conclusões, recomendações dos autores, limitações do estudo, nível de evidência). Após análise minuciosa, selecionou-se 18 artigos que contemplavam os critérios de inclusão.

A avaliação desses estudos consistiu na análise dos dados extraídos. Foi realizada a categorização, organização e sumarização dos dados em quadros. A análise dos dados referentes aos indicadores de avaliação da assistência PN encontra-se disposta em três categorias. Para a categorização, a presente revisão adotou o referencial proposto por Avedis Donabedian (1991). Ele descreve os enfoques que devem ser considerados numa avaliação da adequabilidade dos serviços de saúde, afirmando que independentemente da amplitude da definição de adequação, existe um tripé de indicadores (estrutura, processo e resultados).

Os indicadores de **estrutura** fazem menção a todos os atributos, materiais e organizacionais, que são relativamente estáveis no setor que proporciona a assistência. Já os de **processo** incluem todas as atividades prestadas na assistência, a competência profissional no tratamento do problema, assim como a habilidade a qual apresenta. Neste rol também se inclui o que os pacientes fazem por si mesmos. Os de **resultado** fazem referência ao que se obtém para o paciente, seja nas mudanças do conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado, ou na satisfação do paciente e do profissional (DONABEDIAN, 1991).

A discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo deste método.

A apresentação da presente revisão contemplou informações sobre cada artigo revisado, a pertinência dos procedimentos empregados, bem como seus aspectos relativos ao tema abordado. A análise dos dados exigiu tradução, leitura e releitura dos artigos. Foram extraídos os principais dados com a utilização do instrumento supracitado. Além disso, foram construído quadro contendo informações detalhadas de cada artigo, facilitando análise posterior, com o auxílio da literatura pertinente.

No quadro 1, encontram-se dispostos os dados referentes aos artigos analisados, incluindo os o autores, ano e revista de publicação, tipo de estudo e fonte de informação, local do estudo e indicadores avaliados.

Quadro 1: Distribuição dos artigos incluídos na Revisão Integrativa. Fortaleza, Ceará, 2016

Autor (ano) Revista de publicação	Tipo de Estudo/ Fonte de informação	Local do estudo	Indicadores Avaliados
Dias-da Costa <i>et al.</i> (2000) Revista de Saúde Pública	Estudo Transversal / Cartão da gestante	Pelotas /RS Brasil	PROCESSO
Puccini <i>et al.</i> (2003) Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal / Entrevista a mães de crianças menores de 1 ano (Questionário)	Embu/SP Brasil	PROCESSO

Almeida e Barros)2005) Revista Panamericana de Salud Publica	Estudo Transversal / Entrevista a puérperas.	Campinas/S P Brasil	PROCESSO RESULTADO
Nagahama e Santiago (2006) Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal Prontuário hospitalar da puérpera	Maringá/PR Brasil	PROCESSO
Passos e Moura (2008) Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal SISPRENATAL	Fortaleza/ CE Brasil	PROCESSO
Ximenes Neto <i>et al.</i> (2008) Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)	Estudo Transversal Entrevista com os profissionais e observação não-participante.	Sobral/CE Brasil	ESTRUTURA PROCESSO RESULTADO
Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) Revista da Escola de Enfermagem da USP (REUSP)	Estudo Transversal / SISPRENATAL	Quixadá/CE Brasil	PROCESSO
Gonçalves <i>et al.</i> (2008) Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)	Estudo Transversal / Prontuário de acompanhamento pré-natal	Mogi das Cruzes/SP Brasil	PROCESSO RESULTADO
Lu <i>et al.</i> (2011) Asia-Pacific Journal of Public Health	Estudo Transversal / Sistema de Informação do acompanhamento pré-natal	Shanghai China	PROCESSO
Andreucci <i>et al.</i> (2011) Revista de Saúde Pública	Estudo transversal Cartão da gestante e SISPRENATAL	São Carlos/SP	PROCESSO

Tran <i>et al.</i> (2012) BMC Health Service Research.	Estudo de coorte prospectiva / Entrevista as gestantes	Hanoi/ Vietnam	ESTRUTURA PROCESSO RESULTADO
Kyei <i>et al.</i> (2012) BMC Pregnancy and Childbirth	Estudo transversal / Dados do sistema de informação	Zambia/ Africa	ESTRUTURA PROCESSO
Anversa <i>et al.</i> (2012) Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal / Entrevista a puérpera, cartão da gestante e prontuário da maternidade.	Santa Maria/RS Brasil	PROCESSO
Oliveira <i>et al.</i> (2013) Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo transversal / Entrevista com coordenadores, observação nas unidades de saúde e análise de prontuários de gestantes.	Botucatu/SP Brasil	ESTRUTURA PROCESSO
Zanchi <i>et al.</i> (2013) Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal / Entrevista a puérperas e análise do cartão da gestante.	Rio Grande/RS	PROCESSO
Silva <i>et al.</i> (2013) Revista Panamericana de Salud Publica	Estudo Transversal Entrevista a puérpera, coleta no cartão da gestante e cartão da criança.	João Pessoa/PB Brasil	ESTRUTURA PROCESSO RESULTADO
Viellas <i>et al.</i> (2014) Caderno de Saúde Pública	Estudo Transversal/ Entrevista a puérperas e análise do cartão da gestante.	Multicêntric o Brasil	ESTRUTURA PROCESSO

Corrêa <i>et al.</i> (2014) Revista da Escola Enfermagem da USP (REUSP)	Estudo Transversal Ficha de pré-natal, SISPRENATAL e folha de evolução utilizada na UBS.	Capão Redondo/ SP	PROCESSO RESULTADO
--	---	----------------------	---------------------------

Fonte: Elaborado pela autora.

Os artigos incluídos nesse estudo datavam de 2000 a 2014. A maioria dos artigos foi publicada até 2011, 10 (55,5%) e em 2008, obteve-se o maior número dos artigos publicados, quatro (22,2%).

A maioria dos artigos, 17 (94,4%) publicações, apresentava corte transversal. Quanto às diferentes fontes de informação utilizadas pelos pesquisadores para avaliar a qualidade da assistência PN, verificou-se que 14 (77,7%) utilizaram fontes secundárias como alternativa à coleta dos dados, como cartão da gestante, prontuário e sistema de informação, associados ou não a outras fontes de coleta. Observou-se que nove (55,5%) artigos utilizaram apenas uma fonte de informação: entrevista a mães (PUCCINI, et al., 2003; ALMEIDA; BARROS, 2005), à gestante (TRAN et al., 2012), coleta em prontuários de acompanhamento PN (GONÇALVES et al., 2008), prontuário hospitalar da puérpera (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006), sistema de informação de acompanhamento PN (LU et al., 2011; PASSOS; MOURA, 2008; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008) e cartão da gestante (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2000). Ademais, outras fontes de coletas foram utilizadas, como: observação não participante e entrevista aos profissionais (OLIVEIRA et al., 2013; XIMENES NETO et al., 2008), entrevista a puérpera (ZANCHI et al., 2013; VIELLAS et al., 2014; SILVA et al., 2013; ANVERSA et al., 2012). Ressalta-se a importância da utilização de mais de uma fonte de informação, possibilitando assim, maior congruência das informações coletadas, minimizando possíveis ausências de registros.

Na revisão, 15 (83,3%) eram produções nacionais, das quais seis (33,3%) eram provenientes da região Sudeste, quatro (22,2%) da região Sul e quatro (22,2%) da região Nordeste e um (5,5%) multicêntrico. As demais produções, três (16,6%) se tratavam de estudos internacionais, um da África do Sul, um da China e um do Vietnã.

Dentre os indicadores de qualidade da assistência PN, tantos nas produções nacionais como internacionais, prevaleceu a utilização dos indicadores de processo, sendo estes indicadores avaliados em todos os estudos. Os indicadores de estrutura e os de resultados foram abordados

em seis (33,3%) estudos. Dos 18 artigos analisados, apenas dois (11,1%) avaliaram os três indicadores.

Assim, observa-se que ao longo dos anos tem-se voltado o olhar para a avaliação da qualidade da assistência PN, fato que evidencia a relevância da temática para subsidiar as políticas formuladas e direcionadas a assistência.

É sabido que a qualidade PN influencia nos índices de morbimortalidade materna e infantil. Dessa forma, entende-se que estudos avaliativos constituem ferramentas importantes dentro do cenário da saúde, tanto local, nacional e internacional.

Nos artigos de Neto et al. (2008); Passos e Moura, (2008); GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, (2008); Gonçalves et al., (2008); Andreucci et al. (2011); Oliveira et al. (2013); Corrêa et al. (2014); Puccini et al. (2003); Almeida e Barros, (2005); Nagahama e Santiago, (2006); Silva, et al. (2013) os autores avaliaram a adequabilidade da assistência PN considerando os indicadores do PHPN e Viellas, et al. (2014) utilizaram tanto os indicadores do PHPN como os da Estratégia Rede Cegonha.

Andreucci et al. (2011) defendem que os indicadores de processo do PHPN permitem avaliações quantitativas (e indiretamente qualitativas) do seguimento da gestação. Contudo, afirmam que esses indicadores de processo por si só não avaliam a qualidade do cuidado PN, sendo necessário considerar os demais parâmetros.

3.3 Indicadores da Assistência Pré-natal segundo a tríade de Donabedian

3.3.1 Avaliação da Estrutura

Ximenes Neto et al. (2008) consideraram na avaliação da estrutura, o serviço ofertar o dia e o horário específico para as consultas, sala de espera com cadeira, sala específica e individualizada para consulta, cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos, banheiro, sistema para regular a temperatura do consultório, sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde, mesa e cadeiras para entrevista, mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança antropométrica adulto, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard, sonar Doppler, fita métrica flexível e inelástica, gestograma ou disco obstétrico, Nomograma, álcool 70% com algodão, papel toalha, gel para sonar, água para lavagem das mãos, sabão para lavagem das mãos, material para coleta de exame colpocitológico,

apoio laboratorial, impressos, medicamentos e educação em saúde. Para cada variável foram apontados conceitos de: adequado, inadequado ou inexistente, de acordo com as normas do MS.

Kyei *et al.* (2012) utilizando um instrumento próprio avaliaram a assistência PN por meio de indicadores de estrutura, e consideraram ótimo: se o serviço ofertar no mínimo três dias de consultas pré-natais por semana, três testes de triagem (Hemograma completo, VDRL, HIV), cinco intervenções no PN (verificação do peso, pressão arterial, altura uterina, suplementação de ferro, imunização antitetânica, malária e plano de parto), três ou mais profissionais qualificados no quadro de funcionários do serviço e um sistema de referência em caso de agravos a saúde. Considerou adequado: ao menos um dia de assistência PN na semana, realizando pelo menos um teste de triagem, pelo menos três intervenções, mínimo de um profissional qualificado no quadro de funcionários. Inadequado: nas demais situações.

O estudo de Oliveira *et al.* (2013) que avaliou a qualidade do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária comparou o modelo tradicional de atenção à saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e caracterizou a estrutura disponível para atenção pré-natal. Consideraram-se indicadores relativos aos recursos humanos: formação dos profissionais, capacitações realizadas na área e participação/frequência em grupos de gestantes; recursos físicos: salas para atendimento individual ou em grupo; recursos materiais e equipamentos: disponibilidade de cartão PN e de instrumento para registro da história clínica e de identificação de risco, mobiliário, medicamentos essenciais, protocolos assistenciais e material básico (lençol, balança para peso e altura, estetoscópio, esfigmomanômetro, *sonar doppler*, fita métrica e material para coleta de colpocitologia oncótica).

Já o estudo de Silva *et al.* (2013) classifica o PN adequado quanto a estrutura quando o serviço apresenta: instalação em prédio construído para o fim específico (sem adaptação de outras construções), identificação explícita dos dias e horários de PN, apoio para exames laboratoriais (no local ou de referência), equipamentos, recursos materiais (higiênico-sanitários e para gestão da informação) e medicamentos/suplementos importantes para o pré-natal segundo recomendações do PHPN (BRASIL, 2000).

Percebe-se que os autores utilizam critérios diferentes para avaliar a estrutura, entretanto abordam em comum as questões referentes à estrutura física (XIMENES NETO *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2013), agendamento (XIMENES NETO *et al.*, 2008; KYEI *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013) equipamentos e insumos para semiotécnica (XIMENES NETO *et al.*, 2008;

SILVA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013), recursos humanos (KYEI et al., 2012; SILVA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013), apoio laboratorial e medicamentos (XIMENES NETO et al., 2008; KYEI et al., 2012; SILVA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013), impressos (XIMENES NETO et al., 2008; SILVA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013), protocolos (OLIVEIRA et al., 2013), sistema de referência e contra-referência (KYEI et al., 2012; SILVA et al., 2013) e atividade educativa (XIMENES NETO et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2013).

Assim, percebe-se que na avaliação de estrutura deve-se atentar para o cumprimento mínimo dos componentes que representam ferramentas essenciais para a garantia da atenção PN de qualidade, pois oferecem suporte para a realização das atividades preconizadas pelas diretrizes de saúde.

3.3.2 Avaliação do Processo

A avaliação do processo foi realizada em todos os estudos investigados. Donabedian (1991) alega que essa avaliação configura-se como um importante instrumento para organização da assistência e o mais indicado para avaliar os serviços de saúde.

Observa-se que os autores utilizam critérios diferentes para avaliar a adequabilidade do processo. Dias-da-Costa *et al.* (2000) realizaram um estudo com 148 cartões do PN de gestantes inscritas em uma unidade de saúde de Pelotas (RS), por meio de um instrumento próprio, baseado nas recomendações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984) e consideraram a assistência PN adequada quando a gestante havia iniciado o PN até o quarto mês de gestação e realizado no mínimo cinco consultas.

Puccini *et al.* (2003) realizaram um estudo transversal com o objetivo de avaliar a assistência PN e o parto de 475 mães de crianças menores de um ano residentes no Município do Embu/SP, e consideraram o PN adequado quando iniciado no primeiro trimestre e foram realizadas seis ou mais consultas. Este considerou importante, embora não tenha usado como critério de adequabilidade pré-natal, a realização de exames laboratoriais, aferição de pressão arterial (em uma ou mais consultas), exame das mamas (em uma ou mais consultas) e realização de pelo menos uma ultrassonografia.

Almeida e Barros (2005) e Nagahama e Santiago (2006) avaliaram o processo considerando o início do PN antes de 14 semanas, realização de seis ou mais consultas para uma

gestação de 37 semanas ou mais, cinco consultas para uma gestação com 32 a 36 semanas e quatro consultas para uma gestação com 22 a 32 semanas, realização de todos os exames de rotina propostos, realização de pelo menos cinco procedimentos clínico-obstétricos em todas as consultas tais como: peso e altura, verificação da pressão arterial, inspeção da pele e das mucosas, palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar, ausculta cardiopulmonar, exame do abdômen, exame dos membros inferiores, pesquisa de edema, palpação obstétrica: identificação da situação e apresentação fetal, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, orientação sobre amamentação e realização de pelo menos uma ultrassonografia. A atenção PN foi considerada como adequada superior quando todas as recomendações foram satisfeitas; adequada com o cumprimento de cinco recomendações; intermediária na presença de quatro; e inadequada quando três ou menos recomendações foram satisfeitas.

Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), Passos e Moura (2008) e Gonçalves et al. (2008) realizaram pesquisas descritivas, documentais, que objetivaram analisar os indicadores de processo do Sistema de Informação do PN (SISPRENATAL), tais como: primeira consulta até o 4º mês de gestação, seis consultas de pré-natal, exames laboratoriais, consulta de puerpério e imunização antitetânica, no mínimo duas doses, durante o PN.

Ximenes Neto et al. (2008) avaliaram o processo da assistência PN em 14 unidades do município de Sobral-CE, considerando adequado quando a gestante iniciou o PN até o 4º mês de gestação, realizou seis ou mais consultas, ABO/Rh, Hemoglobina/Hematócrito e oferta de testagem anti-HIV na primeira consulta, VDRL, sumário de urina e glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação, imunização antitetânica, participou de atividades educativas, classificação de risco na primeira consulta e nas consultas subsequentes, sistema de referência e contra referência e uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.

Andreucci et al. (2011) realizaram um estudo de corte transversal, considerando os requisitos mínimos do PHPN para avaliação do processo, considerando o início do PN até 17 semanas ou 120 dias, seis ou mais consultas PN, consulta puerperal, todos os exames básicos (Hemoglobina e Hematócrito, Glicemia em Jejum, Tipagem Sanguínea, VDRL, HBsAg, Sumário de Urina I, teste de HIV e imunização contra o tétano).

Lu et al. (2011) avaliaram a assistência PN quanto ao processo na China, usando um instrumento com 14 indicadores de qualidade da assistência PN, considerando que a gestante deve iniciar PN no 1º trimestre da gravidez com até 12 semanas e realizar no mínimo cinco consultas. Avaliam ainda durante o primeiro, segundo e terceiro trimestre cinco indicadores clínicos: pressão arterial, peso, situação fetal, altura uterina e batimento cardíaco fetal, além destes no primeiro trimestre é solicitado o exame colpocitológico (avaliar presença de leucorreia), sorologia para hepatite B e função hepática, no segundo trimestre é solicitado ultrassonografia e no segundo e terceiro trimestre proteinúria.

No Brasil, salvo indicação médica, não é realizado, a avaliação hepática e a proteinúria, não sendo considerado um exame de rotina na realidade brasileira. Os exames laboratoriais também diferem em sua repetição, uma vez que lhes são cobradas, na realidade brasileira, que sejam realizados no primeiro com repetição de alguns exames no terceiro trimestre.

Anversa et al. (2012) por sua vez avaliou o processo da atenção PN, verificando se existia diferença na qualidade do PN ofertado nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e unidades de Estratégia Saúde da Família de um município no Sul do Brasil e considerou para a qualidade da assistência PN quatro níveis de qualidade, quais sejam:

Nível 1: referia-se ao número de consultas e início do PN, sendo adequada o registro de seis ou mais consultas e o início do PN antes de 20 semanas; inadequada quando registrado o início do PN após 28 semanas, ou menos de três consultas e; intermediária nas demais situações.

Nível 2: número de consultas, início do PN e procedimentos clínicos obstétricos (nível 1+ nível 2). Considerou adequada, além do nível I, cinco ou mais registros de cada um dos seguintes procedimentos: pressão arterial, peso, idade gestacional, registros da altura uterina, e quatro ou mais registros dos batimentos cardíofetais e movimentos fetais); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do PN após 28 semanas de gestação, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíofetais e movimentos fetais); intermediária (nas demais situações).

Nível 3: nível 1 e exames laboratoriais preconizados pelo PHPN, sendo adequada, quando contemplava o nível 1 e um registro dos exames: tipagem sanguínea e fator Rh (ABO/Rh), hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), exame de sífilis (VDRL), exame qualitativo de urina (EQU), glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta, e nova

realização dos exames próximo à 30^a semana de gestação: VDRL, glicemia de jejum, teste anti-HIV, além de um exame HBsAg (antígeno de superfície do vírus da hepatite B); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do PN após 28 semanas ou menos de três consultas e nenhum registro dos exames); intermediária (em todas as demais situações).

Nível 4: soma dos níveis 1, 2 e 3, considerado adequado quando contemplava os parâmetros dos níveis 1 e 2 supracitados e pelo menos um exame na primeira consulta de ABO/Rh, Ht/Hb, VDRL, glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose e na 30^a semana de gestação realizar um exame de HBsAg e repetição do VDRL, glicemia de jejum, teste anti-HIV; inadequada quando no cartão da gestante estava registrado o início PN após 28 semanas, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíacos, movimentos fetais e nenhum registro dos exames e; intermediário, nas demais situações.

Estudo transversal realizado por Zanchi et al. (2013) tinha como objetivo avaliar a concordância entre os dados do PN da memória materna e do cartão da gestante no Município do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Avaliou a adequação da assistência PN por três índices: índice Kessner, índice de Silveira e índice do PHPN. Com base no índice proposto por Kessner modificado por Takeda (1993), descreveu o pré-natal como adequado quando inicia no primeiro trimestre da gestação e tem seis ou mais consultas. O índice de Silveira et al. (2000), considera o PN adequado quando inicia no primeiro trimestre, seis ou mais consultas e a realização de, no mínimo, dois exames qualitativos de urina, hemoglobina e sorologia para sífilis (VDRL), e o índice do PHPN define como PN adequado o início no primeiro trimestre, seis ou mais consultas, a realização de procedimentos clínico-obstétricos (peso, aferição da pressão sanguínea arterial, medida da altura uterina, exame de mamas e ginecológico), dois exames qualitativos de urina, hemoglobina, glicemia, VDRL e anti-HIV e vacinação antitetânica.

O estudo de Tran et al. (2012) realizado em Hanoi no Vietnã, segue as recomendações adotadas pelo governo vietnamita, o qual orienta no mínimo 3 consultas pré-natais para gestação de baixo risco, sendo realizada uma consulta em cada trimestre. Além disso, recomenda o início do PN no 1º trimestre de gestação, além do exame físico e obstétrico, exames laboratoriais, imunização antitetânica, suplementação de ferro e ácido fólico, profilaxia para malária e realização do pré-natal com profissional qualificado. Ao cumprimento dessas recomendações se qualifica como pré-natal adequado. Vale ressaltar que ultrassonografia,

segundo estes autores, não é uma recomendação oficial, portanto, não é ofertada na assistência PN, embora esta possa ser realizada em clínicas e hospitais particulares.

Kyei et al. (2012) ao avaliar a assistência PN na cidade de Zâmbia/África consideraram o processo adequado quando a gestante havia realizado no mínimo quatro consultas com um profissional qualificado, recebeu pelo menos oito intervenções pré-natais, como: verificação do peso e altura, aferição da pressão arterial, ter fornecido amostra de sangue e urina, suplementação de ferro, droga antimalárica, o plano de preparação para o parto, tratamento previsto para as parasitoses intestinais e vacinação antitetânica. Considerou-se adequação moderada quando a gestante realizou quatro consultas com um profissional qualificado e cinco a sete intervenções pré-natais.

Silva et al. (2013) consideraram adequado na avaliação do processo a cobertura da população de gestantes acompanhadas e gestantes que cumpriram as metas propostas pelo PHPN acima de 90%, como início do PN até 12^a semana gestacional, seis ou mais consultas, multidisciplinaridade nas consultas (com mais de um profissional de nível superior, além do médico e enfermeiro), realização dos procedimentos clínico-obstétricos (peso, altura, pressão arterial, cálculo da idade gestacional, aferição da altura uterina, apresentação fetal e edema) realização de pelo menos uma atividade de educação em saúde e apresentar no mínimo um indicador que avaliasse internamente a atenção ao PN no serviço.

Oliveira et al. (2013) consideraram adequado o início do PN até 17 semanas; mínimo de seis consultas (uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre); medida da altura uterina; realização do conjunto de exames preconizados para o primeiro trimestre (tipagem sanguínea, sorologias para toxoplasmose, HIV, sífilis e hepatite B, parasitológico de fezes, hemograma, urina simples ou urocultura e glicemia de jejum) e de terceiro trimestre (sorologia para sífilis, HIV e para toxoplasmose e hepatite B se necessário, urina simples ou urocultura e glicemia de jejum); coleta de colpocitologia oncótica; vacinação antitetânica e realização de grupo de gestantes.

Viellas et al. (2014) realizaram estudo que tinha como objetivo analisar a assistência PN quanto ao processo oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados classificaram o PN adequado quando a gestante iniciava até 16 semanas, no mínimo seis consultas no PN e a realização da consulta puerperal.

Corrêa et al. (2014) incluíram em sua avaliação da qualidade PN os indicadores de processo conforme preconizados no PHPN. Os critérios utilizados na análise do processo da assistência PN foram: início até 16 semanas, número mínimo de seis consultas, pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, consulta puerperal, exames básicos – tipagem sanguínea (ABO/Rh) na primeira consulta, sífilis (VDRL) na primeira consulta e 30ª semana, e anti-HIV na primeira consulta, Hb/Ht na primeira consulta, glicemia na primeira consulta e 30ª semana, exame de urina (EAS – Elementos Anormais do Sedimento) na primeira consulta e 30ª semana, dose imunizante da vacina antitetânica. Para classificar o PN (adequado e inadequado) considerou o atendimento a três indicadores do PHPN: início até 16 semanas, mínimo de seis consultas no PN e realização de consulta puerperal.

Assim, percebe-se que a maioria dos estudos classifica a adequabilidade do PN com base na idade de início e no número de consultas, porém diferem quanto a idade gestacional nesse período, tendo: até a 12ª semana (SILVA et al., 2013; LU et al., 2011), até a 14ª semana (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006), até a 16ª semanas (KYEI et al., 2012; VIELLAS et al., 2014; CORRÊA et al., 2014; XIMENES NETO et al., 2008; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GONÇALVES et al., 2008; DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2000), até a 17ª semanas (OLIVEIRA *et al.*, 2013; ANDREUCCI *et al.*, 2011), até a 20ª semana (ANVERSA *et al.*, 2012). Os demais estudos afirmam que as gestantes devem iniciar as consultas pré-natais ainda no 1º trimestre, entretanto não especificam a idade gestacional (TRAN *et al.*, 2011; ZANCHI *et al.*, 2013; PUCCINI *et al.*, 2003).

Quanto ao número de consultas têm-se recomendações de no mínimo: três consultas (TRAN *et al.*, 2011), quatro consultas (KYEI et al., 2012), cinco consultas (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2000; LU *et al.*, 2011) e seis consultas (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GONÇALVES *et al.*, 2008; XIMENES NETO *et al.*, 2008; ANDREUCCI *et al.*, 2011; ANVERSA *et al.*, 2012; ZANCHI *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2013; VIELLAS *et al.*, 2014; CORRÊA *et al.*, 2014).

A OMS refere não haver diferenças significativas nos resultados perinatais com a redução do número de consultas durante o PN e recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados, com o início precoce

do acompanhamento, até o quarto mês de gestação. O Brasil também segue essas recomendações, entretanto, desde 2011, com a Estratégia Rede Cegonha, passou a recomendar a realização de no mínimo sete consultas para uma gestação a termo (BRASIL, 2011) e a captação precoce ainda, na 12ª semana gestacional.

Quanto aos procedimentos clínicos obstétricos verificou-se adequado os seguintes parâmetros: **aferição de pressão arterial:** mínimo uma vez (PUCCINI et al., 2003), mínimo três vezes (LU et al., 2011), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; ZANCHI et al., 2013; SILVA et al., 2013), **peso e altura:** mínimo três vezes (LU et al., 2011), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; ANVERSA et al., 2012; ZANCHI et al., 2013; SILVA et al., 2013), **cálculo da idade gestacional:** mínimo cinco vezes (ANVERSA et al., 2012), **pesquisa de edema:** mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; SILVA et al., 2013), **identificação da situação e apresentação fetal:** mínimo três vezes (LU et al., 2011), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; SILVA et al., 2013), **medida da altura uterina:** mínimo três vezes (LU et al., 2011), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; ANVERSA et al., 2012; ZANCHI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; SILVA et al., 2013), **ausculta dos batimentos cardíacos fetais:** mínimo três vezes (LU et al., 2011), mínimo quatro vezes (ANVERSA et al., 2012), mínimo cinco vezes (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006), **movimentos fetais:** mínimo quatro vezes (ANVERSA et al., 2012), **exame das mamas:** mínimo uma vez (PUCCINI et al., 2003; ZANCHI et al., 2013), **realização do exame ginecológico quando necessário** (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; LU et al., 2011; ZANCHI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

Quanto aos exames complementares, considerou-se adequado a realização de **ABO/Rh** (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; XIMENES NETO et al., 2008; ANDREUCCI et al., 2011; ANVERSA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013; CORRÊA et al., 2014), **Hemoglobina/Hematócrito:** mínimo um (ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; XIMENES NETO et al., 2008; ANVERSA et al., 2012) e mínimo dois (ZANCHI et al., 2013; CORRÊA et al., 2014), **HIV:** mínimo um (XIMENES NETO et al., 2008) e mínimo dois (ANVERSA et al., 2012; ZANCHI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; CORRÊA et al., 2014), **VDRL:** mínimo dois (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA,

2008; PASSOS; MOURA, 2008; GONÇALVES et al., 2008; XIMENES NETO et al., 2008; ANDREUCCI et al., 2011; ANVERSA et al., 2012; ZANCHI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; CORRÊA et al., 2014), **sumário de urina:** mínimo um (ANVERSA et al., 2012) e mínimo dois (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GONÇALVES et al., 2008; XIMENES NETO et al., 2008; ANDREUCCI et al., 2011; ZANCHI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; CORRÊA et al., 2014), **glicemia de jejum:** mínimo dois (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GONÇALVES et al., 2008; XIMENES NETO et al., 2008; ANDREUCCI et al., 2011; ANVERSA et al., 2012; ZANCHI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; CORRÊA et al., 2014), **HBsAg:** mínimo um (ANDREUCCI et al., 2011; ANVERSA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013), **toxoplasmose na primeira consulta** (ANVERSA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013), **parasitológico de fezes** (OLIVEIRA et al., 2013), **realização de pelo menos uma ultrassonografia** (PUCCINI et al., 2003; ALMEIDA; BARROS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; LU et al., 2011) e **imunização antitetânica** (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; PASSOS; MOURA, 2008; GONÇALVES et al., 2008; ANDREUCCI et al., 2011; TRAN et al., 2012; ZANCHI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013), **profilaxia para malária** (TRAN et al., 2012; KYEI et al., 2013).

Assim, destaca-se que os indicadores de processo tem sido utilizados de forma unânime nos estudos avaliativos, o que demonstra sua importância na mensuração da qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, sua utilização isoladamente, não dá conta de responder aos fatores que influenciam na qualidade do PN, sendo necessário avaliar todos os elementos, bem como utilizar fontes variadas para a coleta dessas informações.

3.3.3 Avaliação do Resultado

Gonçalves et al. (2008) realizaram ainda a avaliação de indicadores de resultado, com análise do coeficiente de mortalidade materna e infantil; percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita e percentual de recém-nascidos com tétano neonatal. Não discorrem acerca dos critérios de adequação PN.

Corrêa et al. (2014) consideraram os indicadores maternos e perinatais como: idade gestacional no momento do parto, tipo de parto, peso ao nascer e amamentação na avaliação dos resultados.

Silva et al. (2013) ao avaliar os resultados do cuidado PN considerou como adequado o cumprimento de 75% ou mais dos seguintes indicadores: início do pré-natal no 1º trimestre, realização de seis ou mais consultas, uso de suplementos via oral de micronutrientes essenciais à gestação, consultas multiprofissionais de pré-natal (com a presença de mais de um profissional de nível superior), ter tido orientações quanto ao aleitamento materno durante a gestação, participação em no mínimo uma atividade de educação em saúde extra-consulta PN, usuária sem intercorrências clínicas ao longo da gestação e consulta puerperal no pós-parto.

Observa-se na avaliação de resultados que os autores utilizaram, assim como nas demais avaliações supracitadas, indicadores diferentes, os quais avaliam o desfecho da gestação com a análise do quadro clínico do binômio mãe/filho. Além dos dados quantitativos, deve-se investir na avaliação dos dados qualitativos, como satisfação e barreiras acerca do PN, assim, ter-se-á maior poder de conclusão acerca da qualidade da assistência ofertada.

3.3.4 Conclusão

Observa-se que os critérios definidos para julgar a estrutura, o processo e o resultado da assistência dependem das políticas de saúde instituídas nos territórios e dos principais problemas de saúde pública enfrentados pela população local.

Mesmo diante das diferentes formas de avaliação da assistência PN dispostas na literatura, percebe-se que há preocupação em seguir as recomendações ministeriais adotadas em seu país. Todos os índices de adequação, tanto nacionais como internacionais, seguem a mesma matriz, ou seja, as recomendações mínimas da OMS.

Os limites desse estudo versam na quantidade de artigos analisados, o que implica uma análise restrita do verdadeiro panorama da produção de estudos que avaliaram a assistência PN. Espera-se que os resultados aqui elucidados sirvam de subsídios tanto para implementar quanto direcionar estudos avaliativos, com vistas à melhoria da qualidade da assistência PN.

Assim, vale ressaltar a importância dos estudos que avaliaram os três indicadores de qualidade da assistência PN, uma vez que permitem uma avaliação mais ampla e complexa acerca dessa assistência.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, com componentes descritivos e analíticos, os quais abordam o desenvolvimento de informações úteis sobre um programa, prática, procedimentos ou políticas, com o objetivo de produzir conhecimento que sirva como fator orientador na tomada de decisão (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa avaliativa foi centrada nos indicadores de estrutura, processo e resultado, segundo o referencial teórico proposto por Donabedian (1991). Os componentes da estrutura referem-se aos recursos físicos, humanos, materiais; os do processo diz respeito as ações envolvendo profissionais e pacientes e os do resultado referem-se ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde e a satisfação dos pacientes (DONABEDIAN, 1991).

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade desses três indicadores relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2005).

Tendo em vista a importância e relevância dos estudos de avaliação da assistência PN, autores tem realizado estudos nessa temática, utilizando a avaliação da estrutura, processo e resultado da assistência na atenção primária, como Silveira, Santos e Costa (2001), Passos e Moura (2008), Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), Gonçalves *et al.* (2008) e Andreucci *et al.* (2011). Assim, o presente estudo avaliou a assistência PN de um serviço de saúde utilizando esses três indicadores.

4.2 Período e Local do Estudo

O estudo foi realizado no período de maio de 2015 a janeiro de 2016. O estudo foi desenvolvido em três fases, sendo a que demandou mais tempo foi na fase II (Avaliação do Processo) com sete meses, seguida da fase III (avaliação de resultado) com dois meses e fase I (Avaliação da Estrutura) com um mês de coleta.

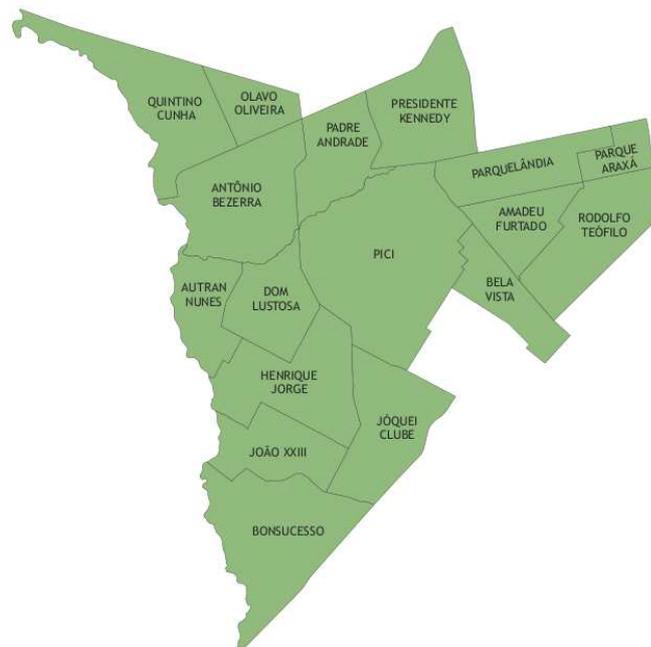
O estudo foi desenvolvido na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN), pertencente ao Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), o qual faz parte da Pró-

reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC), e está sob a responsabilidade administrativa do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) situada em Fortaleza, Ceará.

Fortaleza é dividida em seis regionais de saúde. Cada regional possui uma estrutura de Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) que conta com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). A CPN não está vinculada a nenhuma regional, entretanto atende uma demanda da população, especialmente de bairros adstritos na regional III como Pici, Dom Lustosa, Henrique Jorge e outros.

Esses bairros apresentam baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). O bairro do Pici, o qual se situa a CPN apresenta o segundo menor IDH 0,2186 dessa regional, configurando um bairro com situação socioeconômica desfavorável (IBGE, 2010; FORTALEZA, 2015).

Figura 2 – Distribuição dos bairros próximos a Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa, situados na Regional III. Fortaleza, Ceará, 2016



Fonte: Google imagens

A CPN tem como missão promover a formação de recursos humanos em ações de aprendizagem, ensino, pesquisa e extensão, realizando um serviço de excelência na assistência PN, prevenção ginecológica, planejamento familiar, consulta puerperal, puericultura e atendimento ao idoso.

Embora a inauguração desta tenha se dado em 16 de outubro de 2003, o funcionamento do acompanhamento PN já era realizado desde a década de 80, logo após a implantação do CEDEFAM em 1981 (COSTA *et al.*, 2007).

Este serviço além de fornecer assistência à comunidade de baixa renda configura-se em campo de prática de alunos de Graduação e Pós-Graduação de Enfermagem da referida universidade. As consultas são realizadas por acadêmicos de Enfermagem supervisionados por enfermeiros assistenciais e docentes do curso de graduação em Enfermagem da UFC. Estas consultas são norteadas e fundamentadas pelas diretrizes ministeriais, processo de Enfermagem e Modelo de Atividade de Vida Roper, Logan e Tierney (2001) (COSTA *et al.*, 2007).

A escolha deste local ocorreu por tratar-se de um serviço diferenciado, no qual o gerenciamento e a assistência PN são realizados pela equipe de Enfermagem, não havendo no serviço, a equipe multidisciplinar (médico, dentista e outros). Vale ressaltar que as gestantes acompanhadas na CPN são cadastradas nas UAPS adstritas a Regional III, buscando a assistência nesse serviço quando não consegue consultas no serviço municipal.

Vale ressaltar a inexistência de estudos anteriores que avaliaram a assistência PN ofertada nessa instituição abordando os indicadores de estrutura, processo e resultado, o caracteriza o ineditismo desse trabalho como fonte de informações acerca da realidade desse serviço.

4.3 População e Amostra

O estudo ocorreu em três fases, utilizando fontes de informações distintas. Na fase de avaliação da **estrutura**, foram realizadas entrevistas informais com duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem, selecionadas de modo intencional, com amostragem não probabilística.

Este tipo de seleção é adequada e frequentemente utilizada para geração de ideias em pesquisas exploratórias, sendo empregada quando se deseja obter informações de maneira rápida e barata (HULLEY *et al.*, 2015).

Na fase de **processo**, a população consistiu em todos os prontuários de PN disponíveis na CPN, totalizando 1.651 prontuários. Como o objetivo da presente avaliação do serviço visava analisar as últimas ações do MS referentes à implementação da estratégia Rede Cegonha, a amostra consistiu em todos os prontuários de janeiro de 2011 a junho de 2015.

Foram excluídos aqueles que ainda estavam em acompanhamento PN, tiveram registro de encaminhamento ao PN de alto risco, registro de apenas uma consulta PN e aqueles que não estavam no arquivo da instituição.

O total de prontuários nesse período foi de 695. Destes, 56 ainda estavam em acompanhamento PN, 40 estavam ausentes na unidade, 24 tinham apenas uma consulta e registrada, 21 tinham registro de encaminhamento para PN de alto risco. Ao final, compõe-se uma amostra de 554 prontuários. Destas 554 mulheres que realizaram PN, seis realizaram dois pré-natais nesse período. Como o estudo avaliou a assistência PN, ao final foram analisados 560 pré-natais.

Atualmente, os prontuários são arquivados após a consulta puerperal e/ou revisão de parto realizada na primeira semana pós-parto e com 42 dias, respectivamente.

Na fase de **resultado**, a amostra dessa fase do estudo foi composta por 50 puérperas, sendo incluídas na amostra aquelas que realizaram o PN com risco habitual na CPN, no mínimo duas consultas e com resolução da gestação no primeiro semestre de 2015. A captação das puérperas deu-se por conveniência, com amostragem não probabilística intencional.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Segundo Polit e Beck (2011), a coleta de dados por meio de um formulário estruturado tende a fornecer informações que são mais facilmente quantificadas, pois reúnem os dados de maneira comparável e pré-especificada para toda a amostra da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi dividido em quatro partes, quais sejam: 1) Avaliação de Estrutura, 2) Aspectos sociodemográficos, clínicos e história reprodutiva, 3) Avaliação de Processo, 4) Avaliação de Resultados e Satisfação das puérperas com o serviço (Apêndice A). O instrumento foi baseado nas recomendações ministeriais do PHPN, Estratégia Rede Cegonha e Caderno de Atenção ao PN de Baixo Risco (BRASIL, 2002; 2011; 2012).

Quanto aos dados relacionados à **avaliação dos indicadores da estrutura**, foram coletadas as seguintes informações: **infraestrutura**: instalação em prédio construído para o fim específico (sem adaptação de outras construções), sala específica e individualizada para consulta, consultório dispõe de pia para lavar as mãos, consultório dispõe de um banheiro, sistema para regular a temperatura do consultório, sala de espera com cadeira e sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde; **oferta de consultas**: identificação explícita dos dias e horários de PN; **equipamentos e recursos materiais**: mesa e cadeiras para entrevista, mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança antropométrico adulto, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard, sonar *doppler*, fita métrica flexível e inelástica, gestograma ou disco obstétrico, álcool 70% com algodão, papel toalha, gel para sonar, água para lavagem das mãos, sabão para lavagem das mãos, material para coleta de exame colpocitológico, impressos; **recursos humanos**: equipe multidisciplinar; **apoio laboratorial** (local ou de referência) e; **medicamentos/suplementos** para o PN segundo recomendações do PHPN (BRASIL, 2002).

Nos dados relacionados à caracterização das gestantes atendidas, foram coletadas informações acerca das seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, procedência, renda familiar, ocupação e raça. Todas essas variáveis foram adquiridas por meio da coleta das informações contidas no prontuário de acompanhamento PN. Em relação à clínica foram analisadas as seguintes variáveis: história pessoal e familiar de hipertensão, diabetes, má formação congênita, gemelaridade, infertilidade e Infecção do Trato Urinário (ITU), intercorrência na gestação anterior e atual.

Em relação à história obstétrica, investigou-se: número de gestações, partos e abortos, número de filhos vivos, partos abdominais e normal, intercorrências gestacionais prévias e atuais, história vacinal e acompanhamento nutricional.

Em relação à **avaliação dos indicadores do processo** foram incluídos na análise o número de consultas pré-natais realizadas; idade gestacional que iniciou as consultas de PN; realização de exames laboratoriais no PN: classificação sanguínea tipagem ABO-Rh, hematócrito, hemoglobina, glicemia de jejum, VDRL, teste anti-HIV, sumário de urina, HbsAg e sorologia para toxoplasmose, realização dos procedimentos clínicos/obstétricos (avaliação do estado nutricional, pressão arterial, altura uterina, batimentos cardíofetais, presença de edema,

apresentação fetal, cálculo de Idade Gestacional (IG), temáticas das orientações ofertadas, intercorrências na gestação, dentre outros.

Quanto a **avaliação dos indicadores do resultado**, questionou-se acerca do aleitamento materno exclusivo, via de parto, intercorrências na gestação e/ou parto, dados perinatais (peso ao nascer, idade do recém-nascido), realização consulta puerperal e/ou revisão de parto, diagnóstico de sífilis congênita, neonatal, transmissão vertical do HIV/Aids e satisfação da puérpera quanto ao PN realizado.

4.4.1 Critérios de Avaliação da Adequabilidade da Assistência PN

O desfecho principal do estudo, a adequabilidade do PN, foi avaliado por meio dos indicadores de estrutura, processo e resultado, os quais obedeceram algumas diretrizes preconizadas pelo PHPN, o Caderno de Atenção ao PN de Baixo Risco e a Estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

- **Avaliação da Estrutura**

Na avaliação da estrutura, foi utilizado a classificação proposta por Silva et al. (2013), os quais avaliaram seis domínios estruturais (prédio construído para o fim específico, identificação explícita dos dias e horários de PN, apoio para exames laboratoriais, equipamentos, recursos materiais e medicamentos/suplementos) sendo atribuindo valor 1 para adequado e 2 para inadequado.

No presente estudo foi acrescentado também o domínio referente aos recursos humanos, atendendo as recomendações ministeriais. Ademais, os valores atribuídos a cada item do domínio foi somado a fim de calcular o percentual de adequabilidade por domínio e adequabilidade global. A partir deste cálculo, o cuidado PN foi classificado em três categorias:

- ✓ **Adequado superior:** 100% das respostas receberam valor 1;
- ✓ **Adequado:** $\geq 75\%$ das respostas receberam valor 1;
- ✓ **Intermediário:** de 51 a 74% de respostas receberam valor 1 e;
- ✓ **Inadequado:** $\leq 50\%$ ou menos das respostas receberam valor 1.

- **Avaliação de Processo**

Os critérios adotados para avaliar o processo foram desenvolvidos e utilizados por Coutinho (2010). Embora este estudo não faça parte dos estudos que compuseram a revisão integrativa, optou-se por utilizá-lo devido sua clareza metodológica e por trazer um instrumento consolidado no cenário de avaliação da assistência PN, sendo utilizando por outros estudiosos no assunto como Gonçalves, Cesar e Mendonza-Sassi (2009), Fonseca, Pádua e Valadares Neto (2011), Anversa et al. (2012), Polgliane et al. (2014).

Coutinho (2010) estabeleceu três níveis de qualidade. Assim, o Nível 1 relaciona-se com o início e o número de consultas que foi inicialmente por outros autores para avaliar a utilização do PN. Os critérios de utilização do PN estão em consonância com outros estudos encontrados na Revisão Integrativa. Ressalta-se que apenas o critério adequado foi modificado, adotando ao invés de seis consultas e início PN até 14 semanas gestacional, sete consultas e início PN até 12 semanas gestacionais, seguindo as recomendações da Estratégia Rede Cegonha.

- ✓ **Adequado:** início do PN até 12 semanas de gestação e 7 ou mais consultas de PN;
- ✓ **Intermediário:** todas as situações intermediárias entre adequada e inadequada;
- ✓ **Inadequado:** início do PN após a 27ª semana de gestação ou duas ou menos consultas de PN.

O Nível 2 – relaciona-se aos procedimentos clínicos obstétricos considerados essenciais para a adequação do PN mais Nível I, classificam-se como:

- ✓ **Adequado:** cinco ou mais registros de altura uterina, idade gestacional, peso, PA, e índice de massa corpórea (IMC) e quatro ou mais registros dos BCF e dois ou mais registros da apresentação fetal e edema;
- ✓ **Intermediário:** todas as situações intermediárias entre adequada e inadequada;
- ✓ **Inadequado:** duas ou menos anotações de altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema, peso e batimento cardíofetal ou nenhum registro da apresentação fetal.

O Nível 3 – relaciona-se aos exames complementares tidos como básicos mais Nível I e II. Nesse nível, foram acrescentados à classificação de Coutinho et al. (2010) os exames toxoplasmose e HBsAg, recomendados pela estratégia Rede Cegonha, porém adotou-se o número de apenas uma sorologia de cada, conforme estudo de Anversa et al. (2012). As classificações são:

- ✓ **Adequado:** 1 tipagem ABO- -Rh, 2 hematócritos, 2 hemoglobinas, 2 glicemias de jejum, 2 VDRL, 2 testes anti-HIV, 2 sumários de urina, 1 HbsAg, 1 sorologia para toxoplasmose;
- ✓ **Intermediário:** quaisquer exames básicos.
- ✓ **Inadequado:** nenhum registro de exame laboratorial.

- **Avaliação de Resultado**

É oportuno ressaltar que os critérios utilizados para avaliar os indicadores do resultado foram adaptados pela autora com base no estudo de Silva *et al.* (2013) e nos critérios do PHPN (BRASIL, 2002).

Assim, as puérperas foram avaliadas perante as seguintes questões: iniciou o PN até 12 semanas gestacionais, mínimo sete consultas ao longo do PN, em aleitamento materno exclusivo, usuária sem intercorrências clínicas ao longo da gestação, consulta puerperal no pós-parto, parto normal ou cesárea com indicação obstétrica, parto a termo, peso adequado ao nascer, ausência de infecção congênita da sífilis, HIV e tétano. Os dados foram coletados por meio de entrevista a puérpera, cartão da gestante e cartão da criança.

Os critérios de adequação dos resultados foram baseados no cálculo proposto por Silva et al. (2013). Para cada item será atribuído o valor 1 para adequado e 2 para inadequado. Assim, serão classificados como:

- ✓ Adequado superior: 100% das respostas receberam valor 1;
- ✓ **Adequado:** $\geq 75\%$ das respostas receberam valor 1;
- ✓ **Intermediário:** de 51 a 74% de respostas receberam valor 1 e;
- ✓ **Inadequado:** $\leq 50\%$ ou menos das respostas receberam valor 1.

Ainda nos resultados foi avaliado a satisfação da mulher por meio de um formulário semi-estruturado com perguntas objetivas e subjetivas elaborado pela própria autora e avaliado por juízes.

4.4.2 Avaliação do instrumento de coleta

Com o intuito de conferir maior credibilidade ao instrumento, foi realizada uma avaliação do instrumento quanto à aparência e conteúdo (Apêndice B). A avaliação foi realizada por três juízes, sendo um mestre e dois especialistas em Cuidado PN com publicações na área de saúde sexual e reprodutiva, após realização de convite (Apêndice C) e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D).

Os juízes analisaram o instrumento quanto à forma de apresentação e ao conteúdo elaborado, relacionando estes elementos à sua capacidade de atingir os objetivos propostos. As modificações sugeridas foram analisadas.

4.5 Coleta de dados

Na fase I, da avaliação da estrutura, a coleta dos dados referentes à obtenção das informações para avaliação da estrutura foi realizada pela própria pesquisadora, a qual por meio de uma visita à instituição coletou as informações por meio da observação da infraestrutura, funcionamento do serviço e coletando informações com os profissionais que atuavam no dia da visita. Foram realizados registros fotográficos do serviço e das consultas, mediante consentimento prévio dos participantes (Apêndice E). Vale ressaltar que a autora desse estudo esteve anteriormente inserida na assistência PN por um ano, a fim de conhecer melhor a rotina e a assistência ofertada nessa instituição, durante o estágio a docência.

Na fase II, da avaliação do processo, a coleta de dados foi realizada por meio de investigação nos prontuários. A coleta foi realizada pela pesquisadora, três bolsistas de Iniciação Científica e cinco membros do Projeto de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva do Departamento de Enfermagem da UFC, previamente treinados e apresentados ao instrumento. Os prontuários eram resgatados do arquivo morto e eram coletados por ordem cronológica, na própria instituição ou na Universidade.

Já na fase III, na avaliação do resultado, a coleta de dados foi realizada junto às mulheres no pós-parto durante a consulta puerperal. O agendamento foi realizado por via telefônica e de acordo com disponibilidade e conveniência da puérpera. Foi orientado a mulher que portasse o cartão do PN e cartão da criança no dia da consulta puerperal e/ou revisão de parto, os quais foram utilizados como fontes para coleta de informações dos números de consultas realizadas, início do PN e dados perinatais. Ademais, foram realizadas visitas domiciliares às puéperas que não puderam comparecer, no horário da manhã, conforme agendamento por telefone.

As informações pertinentes a essa fase continham perguntas objetivas e subjetivas. A duração da entrevista era em média vinte minutos.

A aplicação do instrumento foi realizada pela pesquisadora, com a colaboração de quatro alunas de mestrado em Enfermagem da UFC.

4.6 Análise dos dados

As variáveis desfechos do presente estudo foram o número de consultas PN, início precoce do PN e a realização dos exames laboratoriais, sendo as variáveis independentes ou preditoras as sociodemográficas, clínicas e obstétricas.

Os dados foram armazenados e processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Calculou-se as frequências absolutas, relativas e as medidas de tendência central. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, a fim de identificar a normalidade dos dados. Para o cálculo da significância estatística da associação, foi utilizado o teste de Qui-quadrado com intervalo de 95% de confiança pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%) e a Razão de Chance (OR) com intervalo de 95% de confiança.

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos, bem como discutidos conforme a literatura pertinente.

4.7 Aspectos Éticos e Legais

Os princípios da Bioética que tratam de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça foram respeitados, bem como os princípios éticos para pesquisa com seres humanos

presentes na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e foi aprovado sob o protocolo nº 1.292.616 (Anexo B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentam-se divididos em três tópicos: avaliação da estrutura, avaliação do processo e avaliação de resultado.

5.1 Avaliação da Estrutura

Para assegurar a qualidade do serviço de saúde é necessário garantir estrutura adequada, o que envolve recursos humanos capacitados, equipamentos, materiais e insumos suficientes. Quando isso não é proporcionado aos profissionais da saúde, estes tendem a justificar a inadequação dos serviços prestados pelas limitações encontradas pelo serviço. Sendo assim, assegurar infraestrutura de qualidade favorece o acesso a ações e a obtenção de melhores resultados nas intervenções, assim como a qualificação da atenção e a satisfação do usuário (DONABEDIAN, 1988).

Os indicadores de estrutura foram distribuídos em sete domínios, conforme quadro 2.

Quadro 2: Distribuição da adequabilidade dos indicadores de estrutura da CPN. Fortaleza, Ceará, 2016

VARIÁVEIS ESTRUTURAIS	Presente	Ausente	Adequação
Infraestrutura			
Instalação em prédio construído para o fim específico	1		
Sala específica e individualizada para consulta	1		
Consultório dispõe de pia para lavar as mãos	1		
Consultório dispõe de um banheiro	1		
Sistema para regular a temperatura do consultório	1		
Sala de espera com cadeira	1		
Sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde	1		
Total	7		100%
Oferta das consultas			
Identificação explícita dos dias e horários de pré-natal	1		

Total	1		100%
Equipamentos			
Mesa e cadeiras para entrevista	1		
Mesa de exame ginecológico	1		
Escada de dois degraus	1		
Foco de luz	1		
Balança antropométrico adulto	1		
Esfignomanômetro	1		
Estetoscópio clínico	1		
Estetoscópio de Pinard	1		
Sonar Doppler	1		
Fita métrica flexível e inelástica	1		
Gestograma ou disco obstétrico	1		
Total	11		100%
Recursos materiais			
Álcool 70% com algodão	1		
Papel toalha	1		
Gel para sonar	1		
Água para lavagem das mãos	1		
Sabão para lavagem das mãos	1		
Material para coleta de exame colpocitológico	1		
Impressos	1		
Total	7		100%
Recursos Humanos			
Médico		2	
Enfermeiro	1		
Técnico de Enfermagem	1		
Agente comunitário de Saúde		2	
Apoio Técnico	1		
Total	3	2	60%
Apoio laboratorial para exames laboratoriais (no local ou de referência)	1		

Total	1		100%
Medicamentos/suplementos importantes para o pré-natal		2	
Total		1	0%

Fonte: Elaborado pela autora

A estrutura da CPN, seguindo os critérios de avaliação supracitados, foi classificada como adequado com 30 (90,62%) dos indicadores atendidos conforme diretrizes ministeriais. A estrutura foi intermediária quanto aos recursos humanos, obtendo apenas 60% das recomendações e inadequada, 0% quanto aos medicamentos e suplementos importantes para o PN. Os demais critérios estão em consonância com as diretrizes ministeriais.

Quanto aos dados apresentados no quadro acima, no que se refere à infraestrutura, observou-se que a CPN foi construída especificamente para sediar uma casa de parto natural, a qual visava acompanhar a mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal. Entretanto, suas ações foram direcionadas apenas as consultas de enfermagem, conforme anteriormente citada.

A CPN atualmente conta com quatro salas específicas para atendimento PN e duas para consultas ginecológicas, todas equipadas com pia, apenas uma delas não tem banheiro interno. Todas as salas possuem sistema para regular a temperatura do consultório (ar condicionado e janelas). Há duas salas de espera, equipadas com cadeiras e poltronas e um auditório para atividades docentes e/ou educação em saúde.

Rocha e Silva (2012) ao avaliar assistência PN na rede básica de Fortaleza, em 30 Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS), observou que a planta física das unidades era adequada para a realização da consulta PN. Os consultórios eram individuais, com condições de higiene, iluminação e ventilação apropriadas, possuindo um sistema para regular a temperatura ambiente, sendo os condicionadores de ar os mais frequentes. Entretanto, esses serviços não apresentavam sala de espera e, embora houvesse a presença de pia nos consultórios, as mesmas não eram usadas ou não estavam funcionando.

Segundo a Política Nacional de Humanização, uma boa ambiência compreende o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2008). Um ambiente adequado configura-se em um espaço facilitador do processo de trabalho funcional,

favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado (BARATIERI; MARCON, 2012; FREITAS et al., 2013).

Outro fator relevante e indispensável refere-se a espaços específicos para realização de atividade educativa. No serviço avaliado, observou-se que faz parte da rotina a realização de estratégias educativas individuais e coletivas. Estas, por sua vez, podem ser realizadas na sala de espera, auditório ou mesmo no consultório. Aditado a isso, o serviço ainda oferta, semestralmente, um curso para gestantes, abordando temáticas relacionadas com as modificações na gravidez, amamentação, cuidados com o bebê e preparação para a gravidez e o puerpério saudáveis, utilizando técnicas de apoio didático para favorecer o processo de ensino e aprendizagem como: bonecos para simulação da amamentação e cuidados com o recém-nascido, aplicação de jogos para reforçar a aprendizagem do conteúdo, exploração de álbum seriado e material para a prática de exercícios físicos (HOLANDA *et al.*, 2013). O curso é ministrado por professores, enfermeiros e alunos de graduação de enfermagem da UFC.

Estudos de avaliação da atenção PN evidenciaram que as unidades não dispõem de espaços específicos para o desenvolvimento de atividades educativas (COSTA *et al.*, 2009; ROCHA; SILVA, 2012). A inexistência desses espaços dificulta a qualidade da assistência, configurando como fator limitante para a aquisição de novos conhecimentos e adoção de hábitos saudáveis de vida pela gestante (XIMENES NETO *et al.*, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Quanto à oferta das consultas, o serviço disponibiliza os dias e horários de atendimento para as gestantes, os quais acontecem pelo menos três dias na semana, nos turnos manhã e tarde, com uma média de 100 consultas mensais. As consultas de primeira vez são agendadas previamente pelas gestantes por telefone ou presencialmente e as subsequentes são agendadas ao final das consultas.

Kyei *et al.* (2012) avaliaram a assistência PN com base dos dados do sistema de informação da cidade de Zambia/África e consideraram adequado o serviço que oferta no mínimo um dia de consulta PN por semana e ótimo aquele que oferta no mínimo três. Diante de tal parâmetro, evidencia-se que o serviço disponibiliza a quantidade de dias de atendimento de forma adequada. Entretanto vale ressaltar que trata-se de realidades distintas e que as comparações devem ser ponderadas e avaliadas conforme

Oliveira *et al.* (2013) ao avaliar a qualidade do cuidado PN desenvolvido na atenção primária, comparando o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família, verificaram que os

recursos físicos eram adequados e semelhantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades Saúdes da Família (USFs) e a grande maioria dos equipamentos e materiais necessários estavam disponível.

Ximenes Neto *et al.* (2008) em Sobral e Rocha e Silva (2012) em Fortaleza também verificaram que as UAPS dispõem de equipamentos e recursos materiais essenciais recomendados pelo MS. Esses achados corroboram com os resultados do presente estudo. Todavia, ressalta-se que a existência desses atributos não garante a qualidade da assistência PN.

O MS estabelece uma equipe multiprofissional para o acompanhamento da gestante em todo o ciclo gravídico puerperal, a saber: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentista. Preconiza ainda no mínimo sete consultas pré-natais com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro (BRASIL, 2011).

Entretanto, a CPN conta apenas com a equipe de enfermagem na assistência PN, duas enfermeiras especialistas, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, não havendo de forma sistemática essas consultas intercaladas.

Além da equipe de enfermagem, observa-se grande fluxo de alunos da graduação, pós-graduação e residência. Estes estão em formação ou aperfeiçoamento profissional e em contrapartida contribuem com a assistência PN.

Segundo a Lei do Exercício Profissional, compete ao enfermeiro realizar consultas às gestantes com risco habitual, uma vez que Conselho Federal de Enfermagem assegura que o enfermeiro possui competência e embasamento teórico-científico para este fim (COFEN, 1986). Porém, ao identificar alguma intercorrência durante a gestação este deve encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência, sendo esta a postura adotada pelos enfermeiros na instituição avaliada (BRASIL, 2012).

Para o encaminhamento médico, mesmo não estando vinculada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, a CPN conta com o apoio das UAPS e maternidades circunvizinhas que atendem as gestantes encaminhadas com alguma demanda de saúde.

Faz premente, o fortalecimento do sistema de referencia e contra referência desse serviço com as demais instituições de apoio, a fim de minimizar essa fragilidade quanto aos recursos humanos.

Em Fortaleza a maioria das unidades apresentou-se adequada quanto aos recursos humanos, tendo médicos e enfermeiros conduzindo o PN, 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-os (ROCHA; SILVA, 2012).

Ainda no estudo supracitado, observa-se um número considerável de gestantes residentes em áreas não cobertas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e que, portanto, estão sujeitas a não realizarem o PN adequadamente, fator que influencia sobremaneira na captação precoce e no acompanhamento adequado.

O presente estudo apresenta um cenário ainda mais inquietante, uma vez que este serviço não conta com o apoio de ACS na captação precoce das gestantes das áreas circunvizinhas. Tal deficiência pode influenciar em desfechos desfavoráveis ao binômio mãe/filho, devendo o município juntamente com a UFC elaborar um sistema ou plano que reorienta o serviço para melhoria desse quesito.

Oliveira *et al.* (2013) ao avaliar dois modelos de atenção a saúde observou que nas UBSs o atendimento está centrado no profissional médico, estando as consultas de enfermagem mais incorporadas nas USFs, fato relacionado à mudança no processo de trabalho do enfermeiro, promovida pela Estratégia Saúde da Família, que aproxima as enfermeiras do cuidado, a partir da elaboração de protocolos de atenção que as respaldam (PARADA, 2008).

Referente ao apoio para exames laboratoriais, a CPN não dispõe desse serviço em sua unidade, entretanto conta com serviço de referencia para a realização dos mesmos. Assim, ao solicitar os exames complementares conforme as diretrizes ministeriais, a profissional referencia encaminha as gestantes para fazê-lo nas UAPS as quais estão vinculadas.

Segundo a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia para que o acompanhamento da gestante seja efetivo, a estrutura da unidade precisa permitir o acesso aos exames laboratoriais (FEBRASGO, 2005).

Silva *et al.* (2013) a partir dos achados encontrados por meio da tríade avaliativa: estrutura-processo-resultados, concluíram que os serviços de PN da atenção primária do município de João Pessoa, apresentaram adequada estrutura no que se refere a espaço físico, presença de materiais de higiene, recursos de gestão da informação, equipamentos, apoio laboratorial e medicamentos. Especificamente quanto aos medicamentos os achados, no presente estudo, estão em dissonância com o estudo supracitado, bem como o preconizado pelo MS, uma vez que a CPN não dispõe de medicamentos para suas usuárias.

Assim como o serviço encaminha para a realização dos exames, o faz também quanto à prescrição de algum medicamento, especialmente referente à suplementação de ferro e ácido fólico.

Conforme a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro no que diz respeito à prescrição de medicamentos, solicitação de exames e consulta de enfermagem, encontra-se disciplinada na lei do exercício profissional 7.498/86 COFEN (1986). A Portaria Municipal de Fortaleza (2015) assegura ao enfermeiro a prescrição de ácido fólico, sulfato ferroso e exames complementares no PN, garantindo a esses profissionais ações mais resolutivas frente às queixas das gestantes (FORTALEZA, 2015).

O serviço em questão atende, em sua maioria, aos indicadores de estrutura conforme preconizado pelo MS. Entretanto, merece atenção quanto ao planejamento e gerenciamento de ações conjuntas com a rede municipal de saúde, com as maternidades de referências e com a UFC a fim de atender melhor as demandas da comunidade a qual assiste e melhorar os indicadores de saúde dessa população.

5.2 Avaliação do Processo

5.2.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e obstétrica das gestantes

As gestantes, a partir dos dados dos prontuários apresentaram mediana de idade de 22 anos, variando de 13 a 43 anos e com desvio padrão de $\pm 6,18$ anos, com 342 (61,1%) pertencentes a faixa etária de 20 a 34 anos. Observa-se ainda percentual considerável de gestantes adolescentes, ou seja, 193 (34,5%).

No presente estudo, houve prevalência das mulheres em idade ideal para reprodução. Segundo um estudo de revisão realizado Caetano, Netto e Manduca (2011) não há posição consensual quanto ao fator "idade materna" associado à condição de risco, no desenvolvimento da gravidez. A gravidez, em todas as faixas etárias, pode vir acompanhada de condições desfavoráveis tanto para mulher quanto para o feto, dependendo da condição de saúde e do contexto físico, psicoemocional, social, econômico e cultural que envolve a concepção e seu desfecho.

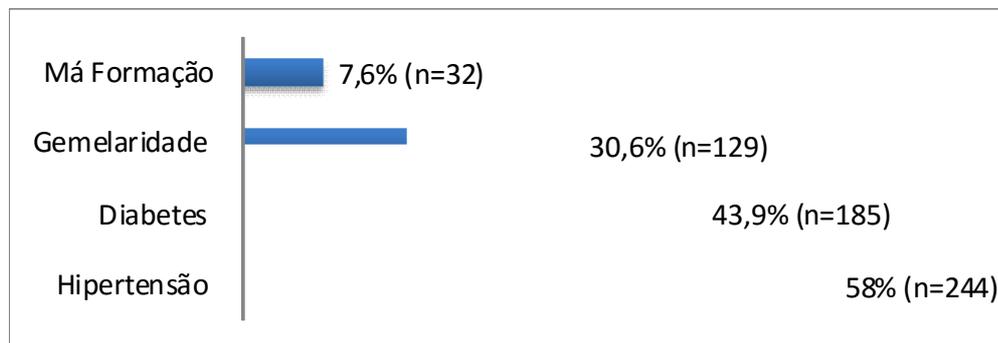
Apesar disso, Resende e Montenegro (2011) ressalta a influencia da idade materna sobre os resultados perinatais: as mulheres nos extremos de idade, (≤ 15 anos e ≥ 35) têm em geral resultados menos favoráveis que as chamadas adultas jovens, entre 20 e 34 anos. As mulheres com gestação tardia apresentam risco similar às adolescentes em alguns aspectos, e mais elevado em outras situações como o abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas e malformações congênitas.

Observa-se, embora discretamente, prevalência das gestantes com mais de nove anos de estudo, com 51,3% (n=273), casadas ou com união estável, com 58,7% (n=328), não brancas, com 86,1% (n=118), sem atividade laboral, com 55,3% (n=278) e que residiam próximo à CPN, com 92,6% (509).

Quanto ao perfil obstétrico das gestantes observa-se que a maioria era primigesta 60,4% (n=340), nulípara 67,8% (n=379), sem história de aborto 62,4% (n=136), das mulheres com filhos, apenas 64,4% (n=116) tinham um filho e sem história de cesárea anterior. Em estudo com base populacional realizado por Viellas *et al.* (2014) com uma amostra de 23.940 sujeitos, aponta que 41,5% ainda estavam na primeira gestação e 15% tinham três ou mais gestações anteriores.

Observa-se, no gráfico 1, os principais antecedentes clínicos identificados nas gestantes atendidas na CPN.

Gráfico 1 – Distribuição dos principais antecedentes familiares das gestantes atendidas no PN de Risco Habitual no CPN. Fortaleza, Ceará, 2016



Fonte: Elaborada pela autora.

Nota-se prevalência daquelas com história familiar de comorbidade 77,7% (n=370), sendo as doenças crônicas como hipertensão 58% (n=244) e diabetes 43,9 (n=185) as mais prevalentes.

Essa prevalência também foi verificada no estudo de Oliveira e Graciliano (2015), o qual avaliou a prevalência e os fatores associados aos dessas patologias em uma maternidade pública de Maceió-AL, verificado em 73% das gestantes.

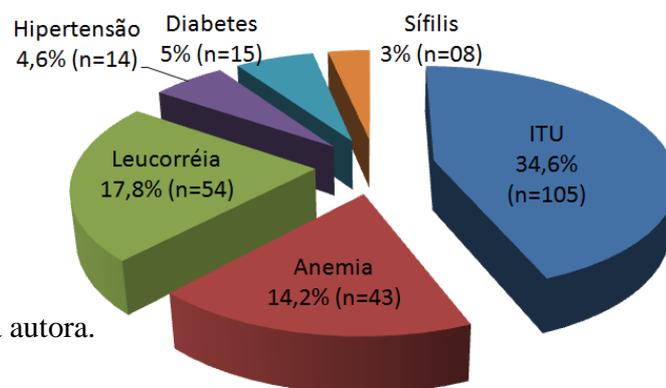
A maioria das gestantes não tinha antecedentes pessoais registrados no prontuário 58,6% (n=275). Dos registros, observa-se prevalência das gestantes com intercorrência na gestação anterior 64,4% (n=125). Dessas intercorrências destacam-se abortamento com 65,6% (n=82) e infecção urinária com 52,8% (n=66).

Estudo de Silva *et al.* (2015) observou que aproximadamente 20% das mulheres pesquisadas já haviam passado por abortamento, dado esse superior aos relatados em outras partes do Brasil, onde, segundo o IBGE, 14% das brasileiras referiram alguma vez ter tido aborto espontâneo prévio (BARBARESCO *et al.*, 2014; BORSARI *et al.*, 2013; CECATTI *et al.*, 2010).

No estudo de Viellas *et al.* (2014) das mulheres que já haviam engravidado anteriormente, aproximadamente um terço apresentou desfechos negativos em gestações anteriores, corroborando com os achados do presente estudo.

Estão dispostos no gráfico 2, as principais intercorrências na gestação atual das gestantes atendidas na CPN.

Gráfico 2 – Distribuição das principais intercorrência na gestação atual das gestantes atendidas no PN de Risco Habitual no CPN. Fortaleza, 2016



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se que a maioria das gestantes apresentou ao longo da gestação alguma situação que demandou maiores cuidados da equipe de saúde, uma vez que no presente estudo 59,9% (n=313) tiveram alguma intercorrência na gestação atual. Dentre as mais prevalentes têm-se a Infecção Trato Urinário (ITU) com 34,6% (n=105), leucorreia com 17,8% (n=54) e anemia 14,2% (n=43).

Estudo realizado em 16 UBS no município de Queimados em Campina Grande – PB, com 288 mulheres que realizaram PN de risco habitual, detectou elevada prevalência de ITU em 31,2% da sua amostra (PEDRAZA; ROCHA; CARDOSO, 2012).

A ITU representa a terceira patologia mais comum na gestação, acometendo de 10 a 12% das grávidas (JACOCIUNAS; PICOLI, 2007). Sua ocorrência pode implicar em complicações maternas e fetais como bacteremia, choque séptico, anemia, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro e o parto pré-termo, baixo peso do recém-nascido ao nascimento (DUARTE, 2008; FIGUEIREDO, 2012).

Estudo verificou resultado similar referente a queixas de leucorreia, com 16,9% (SILVA et al., 2015). Vale ressaltar que essa sintomatologia pode ser fisiológica ou associada a um agente infeccioso. Neste último caso, merece atenção, uma vez que as doenças infecciosas, especialmente as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), configuram-se como fator de risco para a saúde do binômio mãe /filho.

Alguns estudos têm identificado a anemia como um dos principais fatores de risco na gravidez, relacionada com uma série de efeitos deletérios para o binômio mãe-filho, sendo associada a maior taxa de mortalidade materna e perinatal; maior risco de prematuridade e baixo peso ao nascer; nascimento de recém-nascidos com reservas de ferro abaixo do normal, entre outros (SANTOS *et al.*, 2012).

A Hipertensão Arterial e o Diabetes gestacional atingiram 14 (4,6%) e 15 (5%) das gestantes, respectivamente. Essas duas enfermidades devem ser alvo de cuidado especial, pois são responsáveis por grande parcela da morbidade e mortalidade brasileira.

A Sífilis foi diagnosticada em oito (3%) das gestantes. Esta quando não diagnosticada e tratada durante o período gestacional, pode ser transmitida ao feto provocando sérias complicações (BRASIL, 2015).

De acordo com Caldas *et al.* (2013) do ponto de vista obstétrico, estatísticas indicam que 90% das gestações iniciam e evoluem sem intercorrências. No entanto, aproximadamente 10% delas apresentam concomitância de vulnerabilidade tanto materna quanto fetal. As possíveis complicações ocorrem devido à doença obstétrica na gravidez atual (diabetes gestacional, óbito fetal, trabalho de parto prematuro, por exemplo) e intercorrências clínicas como doenças infectocontagiosas ou doenças clínicas diagnosticadas durante a gravidez.

Diante disso, fica notório que mesmo as gestantes com risco habitual necessitem de cuidado especial na medida em que possuem intercorrências que podem se não tratadas, culminar para um desfecho desfavorável. Sendo assim, faz-se necessário o acompanhamento da gestante por uma equipe multidisciplinar em trabalho articulado e dinâmico (CALDAS *et al.*, 2013).

Observou-se que a maioria das gestantes foi encaminhada a outros profissionais de saúde, 78,7% (n=432). Tendo em vista que o serviço é composto prioritariamente por enfermeiros, percebe-se que algumas dessas gestantes precisaram de atendimento médico (Ex.: alto- risco gestacional), nutricional (Ex.: gestantes obesas), psicológico e odontológico.

5.2.2 Nível I – Utilização do Pré-Natal

O Nível I refere-se tão somente a utilização do PN, no qual são avaliados o número de consultas realizadas e a idade gestacional de início do pré-natal, dados alocados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das características da assistência PN de gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016

<i>Assistência Pré-Natal</i>	n	%	Kolmogorov-Smirnov	Mediana ± DP
Nº de Consultas Realizadas (n=560)				
2 - 3	155	27,7	p = 0,000	6,00 ± 2,82 Mín: 2 Máx: 14
4 -6	168	30,0		
≥ 07	237	42,3		
Adequação PHPN (n=560)				
≥ 06 consultas	307	54,8		
< 06 consultas	253	45,2		
Adequação Rede Cegonha (n=560)				
≥ 07 consultas	237	42,3		
< 07 consultas	323	57,7		
Início precoce do Pré-Natal (n=560)				
≤ 12 semanas	147	26,3		
> 12 semanas	413	73,8		
Trimestre de Início do pré-natal (n=560)				
1º Trimestre (8 – 14 sem)	209	37,3		
2º Trimestre (15 – 27 sem)	296	52,9		
3º Trimestre (> 27 sem)	55	9,8		
Trimestre de Saída do pré-natal (n=560)				
1º Trimestre (8 – 14 sem)	5	0,9		
2º Trimestre (15 – 27 sem)	76	13,6		
3º Trimestre (> 27 sem)	479	85,5		
Última Consulta ≥ 37 sem (n= 479)				
Sim	283	59,1		
Não	196	40,9		

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se em estudo de Rocha e Silva (2012) em Fortaleza que apenas 7,64% das gestantes realizaram seis ou mais consultas PN, valor bem abaixo do verificado pelo presente estudo e de outros estudos nacionais (GRANJEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; PARADA, 2008).

O número ideal de consultas ainda é pauta de discussão, tendo recomendações diferentes em cada país. Ensaio clínico randomizado conduzido pela OMS demonstraram que um PN focalizado, com número mínimo de quatro consultas, atrelado à realização de intervenções específicas, fundamentadas em evidências científicas, apresentava resultados similares aos de um PN com maior número de consultas (VILLAR *et al.*, 2001).

No presente estudo a maioria das gestantes, 73,8% (n=413) iniciou o PN após a 12^a semana gestacional, sendo mais prevalente o início do acompanhamento PN no 2º trimestre da gestação, 52,9% (n=296). O mesmo achado foi verificado por Domingues *et al.* (2012) no Rio de Janeiro e Rocha e Silva (2012) em Fortaleza.

Outros estudos nacionais também encontraram problemas na captação precoce de gestantes, com valores que variaram de 14% a 82% (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; CHRESTANI *et al.*, 2008; DOMINGUES *et al.*, 2012). Entretanto, é possível que esses resultados tenham determinantes diferentes, relacionados às características das gestantes como dificuldade de diagnóstico da gravidez e barreiras de acesso (VIELLAS *et al.*, 2014).

No serviço avaliado, constatou-se a falta de uma rede de apoio, especialmente de ACS que realizassem captação precoce dessas gestantes. Ademais, a gestante só inicia a consulta PN nesse serviço mediante resultados dos exames em mãos. Essa conduta visa identificar a existência de alguma necessidade que mereça maiores cuidados e encaminhamento ao PN de alto risco.

A efetivação de um PN de qualidade inclui a captação precoce das gestantes para início de uma atenção especializada. A estratégia Rede Cegonha salienta a importância de esse início ser até 12^a semana gestacional, o que não foi alcançado no estudo em questão.

Pesquisa realizada em São Paulo com 742 puérperas confrontou seus resultados de acordo com os critérios que pautam PHPN e a Rede Cegonha em níveis, sendo o nível 01 caracterizado pelo início do PN até o quarto mês de gestação, e encontrou 69,0% de adequação nesse quesito do PN. Isso indica que a captação precoce e o número de visitas foram melhores, o que permitiu a gestante maior oportunidade de receber cuidados preventivos e de promoção da saúde durante as consultas (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Observou-se no presente estudo que a maioria das mulheres 296 (52,9%) iniciou o PN no segundo trimestre. Estudo realizado por Hass, Teixeira e Beghetto (2013) com 101 mulheres cadastradas no Sistema Único de Saúde (SUS) que realizaram acompanhamento PN na ESF do município de Jardim Cascata, Porto Alegre – RS verificaram que aproximadamente 52% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Já estudo de realizado em nove das 10 UBS do município de Belo Horizonte – MG constatou que 28% das mulheres haviam iniciado o pré-natal após o primeiro trimestre (VERANI *et al.*, 2014).

As principais barreiras para a não realização do PN ou início precoce estão relacionadas às desigualdades sociais que persistem no país, com menor acesso das mulheres indígenas e pretas, daquelas com menor escolaridade, com maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste (VIELLAS *et al.*, 2014).

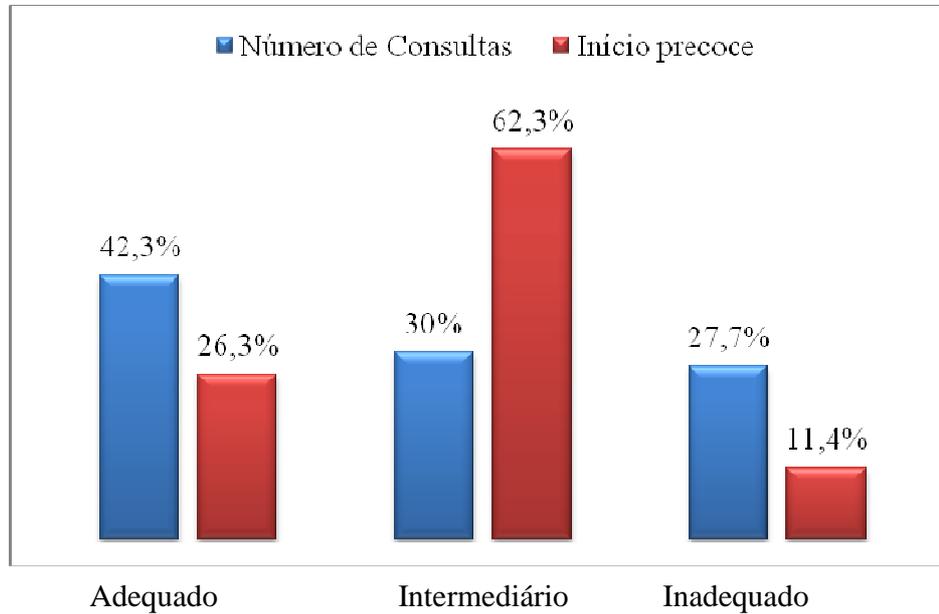
Diante disso, quanto à entrada tardia no PN, verificado no presente estudo, pode ter sido influenciado, além dos fatores supracitados, pelo fato da gestante iniciar o PN somente após a realização dos exames complementares solicitados. Tal prerrogativa do serviço pode ter configurado como uma barreira ao início precoce do PN, contribuindo para esse desfecho desfavorável.

Importante ainda avaliar não somente a idade gestacional que a mulher iniciou o PN, mas também a idade gestacional de saída. No presente estudo, considerou-se a idade gestacional da última consulta como data de saída. Assim, apenas 283 (42,5%) realizaram a última consulta com 37 semanas ou mais, idade gestacional considerada ideal para realização da última visita assistencial (VILLAR *et al.*, 2001).

Ao se levar em consideração apenas o número de consultas e o início do acompanhamento PN preconizado em diversos países, foram obtidos adequações que variaram de 27,6 a 82,2% em estudos realizados no Brasil, Estados Unidos e Espanha (CASTELLÓ *et al.*, 2012; COUTINHO *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2009; MARTINELLI *et al.*, 2014; ROCHA; SILVA, 2012; VICTORIA *et al.*, 2010). O presente estudo encontrou níveis bem mais baixos, 16,4% (n=92), fato que merece atenção por parte dos gestores e profissionais de saúde que atuam nesse serviço, bem como da rede municipal de saúde e da universidade a qual está vinculada.

Os dados referentes à adequabilidade da utilização PN podem ser visualizados no gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição da adequabilidade da Utilização do PN ofertados às gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016



Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se que 147 (26,3%) das gestantes tiveram início da assistência PN até a 12^a semana gestacional e 237 (42,3%) realizaram sete ou mais consultas PN, conforme Gráfico 1. A mediana foi de seis consultas por gestante, assim como em outros estudos (RIBEIRO et al., 2009) e acima do verificado por Polgiane *et al.* (2014), na qual verificou mediana de 4 consultas por gestante em seus resultados.

5.2.3 Nível II – Procedimentos Clínicos Obstétricos

Os procedimentos clínicos e obstétricos são primordiais para o monitoramento da saúde da mãe e desenvolvimento do bebê, sendo realizados durante as consultas, não demandando tecnologia sofisticada ou custos adicionais, indicando que a discussão relevante não é somente a acerca do número, mas também da qualidade das consultas para diagnóstico e tratamento de intercorrências gestacionais.

Assim, encontram-se distribuídos na Tabela 2 os dados referentes aos procedimentos clínicos obstétricos ofertados as gestantes atendidas na CPN.

Tabela 2 – Distribuição dos procedimentos clínicos obstétricos ofertados as gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OBSTÉTRICOS	N	%
Dois registros da Apresentação Fetal (n=555)		
Sim	510	91,9
Não	45	8,1
Cinco registros do Cálculo da IG (n=557)		
Sim	353	63,4
Não	204	36,6
Cinco registros da Avaliação da AU (n=558)		
Sim	343	61,5
Não	215	38,5
Cinco registros da Verificação da PA (n=555)		
Sim	345	62,2
Não	210	37,8
Quatro registros da Ausculta dos BCF (n=558)		
Sim	392	70,3
Não	166	29,7
Cinco registros da Avaliação Peso/IMC (n=556)		
Sim	340	61,2
Não	216	38,8
Dois registros da Avaliação de Edema (n=557)		
Sim	517	92,8
Não	40	7,2
Imunização antitetânica (n=439)		
Nenhuma dose	59	13,6
Apenas 1 dose*	267	60,8
≥ 2doses	113	25,6

Fonte: Elaborado pela autora. * Exceto dose de reforço

Verificou-se prevalência da frequência minimamente adequada, cinco ou mais registros, do cálculo da idade gestacional 353 (63,4%), da aferição da Pressão Arterial (PA) 345 (62,2%), da aferição da Altura Uterina (AU) 343 (61,5%), peso materno 340 (61,2%) e edema 517 (92,8%), quatro ou mais registros da ausculta dos BCF 392 (70,3%), duas ou mais e para o diagnóstico da apresentação fetal 510 (91,9%). Cabe ressaltar que 355 (63,4%) realizaram pelo menos cinco consultas. Entretanto, a avaliação foi realizada em todos os prontuários, o que pode diminuir a adequabilidade dos registros nas pacientes que realizaram menos que cinco consultas.

Estudos consideram adequada a assistência ao PN àquele que possui cinco ou mais registros da IG. Esses estudos apresentam em seus achados prevalência de 67%, 71,5% e 79,7% com registros adequados (ANVERSA *et al.*, 2012; COUTINHO *et al.*, 2010; DOMINGUES *et al.*, 2012). Tais achados foram semelhantes ao verificado no presente estudo.

Para Domingues *et al.* (2012) o cálculo da IG durante o PN, configura-se como uma ferramenta essencial para a avaliação do crescimento e bem-estar fetal, fornecendo parâmetros que indicam alterações do seu desenvolvimento saudável.

Referente à aferição da PA, Chaim, Oliveira e Kimura (2008) referem que o monitoramento da PA auxilia o diagnóstico precoce de situações de risco à saúde materna, como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, e fetal, como retardo do crescimento intrauterino, prematuridade e baixo peso ao nascer.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (2014) considera uma pressão arterial ótima valores: <120 x 80 mmHg e aqueles acima 140 e/ou 90mmHg devem ser encaminhados para avaliação médica.

Vettore *et al.* (2011) realizaram estudo transversal avaliando 1.947 cartões de gestantes com o objetivo de avaliar a adequação e o acompanhamento PN de gestantes com hipertensão arterial e com risco habitual, considerou adequado o registro da PA em todas as consultas de PN, encontrando uma prevalência de 95% de adequação em sua amostra.

Corroborando com os mesmos parâmetros de adequação do estudo anterior, Barreto e Albuquerque (2012) realizaram estudo com 262 puérperas, encontrando 97,7% de adequação desse registro.

Coutinho *et al.* (2010) por sua vez, consideram adequado cinco ou mais registro da PA, verificando em seus achados adequação de 83,9% da amostra. O presente estudo utilizando os mesmo parâmetros desses autores encontrou níveis de adequação desse registro em 62,2% da amostra, valor inferior ao verificado por esses autores. Esse resultado pode ter sido influenciado pelo sub-registro dessa informação nos prontuários, bem como o percentual de mulheres que realizaram cinco consultas ou mais.

Referente à aferição da AU, esse procedimento utilizado frequentemente por profissionais médicos e enfermeiros nas consultas PN para avaliar o crescimento fetal, bem como alterações que possam ocorrer durante esse período (PAIVA; FREIRE, 2012).

Barreto e Albuquerque (2012) consideraram adequados quando essa variável foi registrada em seis ou mais consultas e Coutinho *et al.* (2010) em cinco ou mais. Esses estudos encontraram uma prevalência de 85,1% e 83,3%, respectivamente. No presente estudo a prevalência da adequação desse registro, 61,5%, estando abaixo do verificado pelos autores acima. O MS orienta a medição da AU deve ser realizada a partir da 12ª semana da gestação (BRASIL, 2012).

A aferição do peso da gestante é um parâmetro importante dentro da avaliação de saúde da gestante (SANTOS *et al.*, 2012). Sabe-se que a obesidade está associada a uma frequência mais alta de distocia, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, gestantes com baixo peso apresentam um risco aumentado de parto prematuro (BRASIL, 2012).

Estudos consideram que a verificação do peso deve esta ser realizada em todas as consultas PN (ANVERSA *et al.* 2012; DOMINGUES *et al.*, 2012) ou em cinco ou mais consultas (COUTINHO *et al.*, 2010). O presente estudo, utilizando os parâmetros de adequação de cinco ou mais registros obteve uma prevalência de 61,2%, abaixo das encontradas pelos estudos supracitados, com 96,3%, 83,5% e 71%.

Referente ao registro da avaliação da presença de edema observa-se uma baixa valorização dada a essa variável (NIQUINI *et al.*, 2012). Coutinho *et al.* (2010), encontraram subnotificação desse dado em 75,8% da sua amostra. Contrário a esse achado e utilizando os mesmo parâmetros de avaliação, o presente estudo encontrou uma prevalência de adequação desse registro nos prontuários avaliados de 92,8%.

Vale ressaltar que edema saiu da tríade de diagnóstico da pré-eclâmpsia. Entretanto, continua sendo um parâmetro importante a ser avaliado, especialmente quando há aumento súbito do peso, o qual pode está relacionado a elevação da PA e a insuficiência renal (BRASIL, 2012; RESENDE; MONTENEGRO, 2011).

Quanto à ausculta cardiofetal, procedimento primordial para a avaliação da vitalidade fetal, Coutinho *et al.* (2010) consideraram adequado quatro ou mais registros, encontrando em seus achados uma prevalência de 86,7%, estando em consonância com o verificado no presente estudo, o qual evidenciou 70,3% da adequação dos registros da amostra.

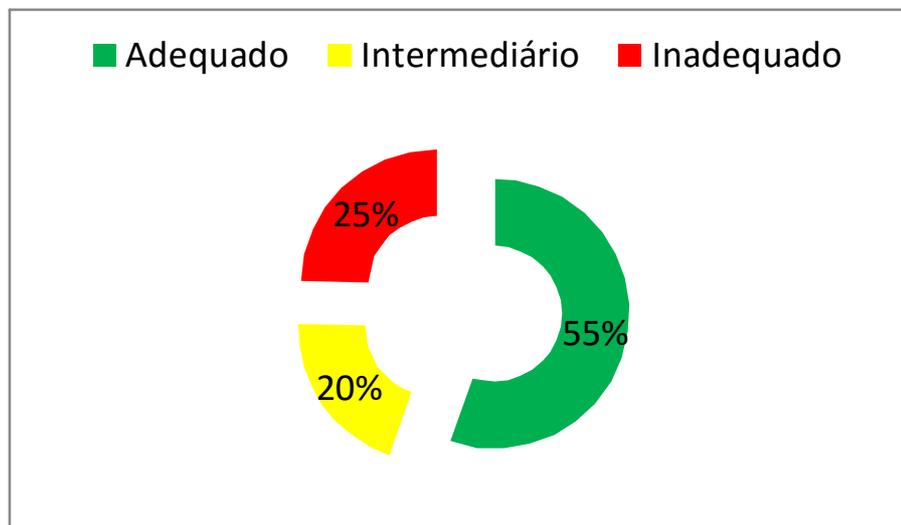
Considerou-se adequado no presente estudo, assim como o de Coutinho *et al.* (2010), o registro de duas ou mais apresentações fetais, verificado em 91,9%. Tal parâmetro segue devido

à apresentação fetal ser mais facilmente identificada a partir do terceiro trimestre da gestação (CAMINHA *et al.*, 2012).

A imunização antitetânica é uma exigência ministerial, devendo a gestante realizar o esquema completo ou no mínimo duas doses da vacina. No presente estudo verificou-se que apenas 113 (25,6%) das gestantes receberam duas ou mais doses. Oliveira *et al.* (2015), avaliando a cobertura vacinal de 151 gestantes cadastradas nas ESFs da zona sul de Montes Claros – MG, evidenciou, assim como o presente estudo, falhas importantes na cobertura vacinal dessa população, em que apenas 40,40% das gestantes não realizaram o esquema vacinal. Outros estudos apresentam realidade semelhante no Rio de Janeiro, o que aponta a necessidade de elaboração de estratégias que visem à melhoria da cobertura contra o tétano neonatal (ZANCHI *et al.*, 2013).

No gráfico 4, observa-se os procedimentos clínicos e obstétricos, importantes para uma avaliação diagnóstica acurada dentro da assistência PN.

Gráfico 4 – Distribuição da adequabilidade dos procedimentos clínicos e obstétricos ofertados às gestantes atendidas no PN de Risco Habitual no CPN. Fortaleza, 2016



Fonte: Elaborado pela própria autora

Nesse quesito, verificou-se adequação em 309 (55%) do PN realizados nesse serviço. Mesmo diante de resultados prevalentes favoráveis, não se pode deixar de observar aqueles pré-natais com menor quantidade de registros nos prontuários. Pode-se inferir diante dos resultados obtidos que o início tardio do PN e a realização inadequada do número de consultas contribuem,

dentre outros fatores, para esse desfecho desfavorável, uma vez que a realização desse procedimento configura-se como essencial para a descoberta precoce de situações que ponham em risco a saúde materna e fetal (ANVERSA *et al.*, 2012).

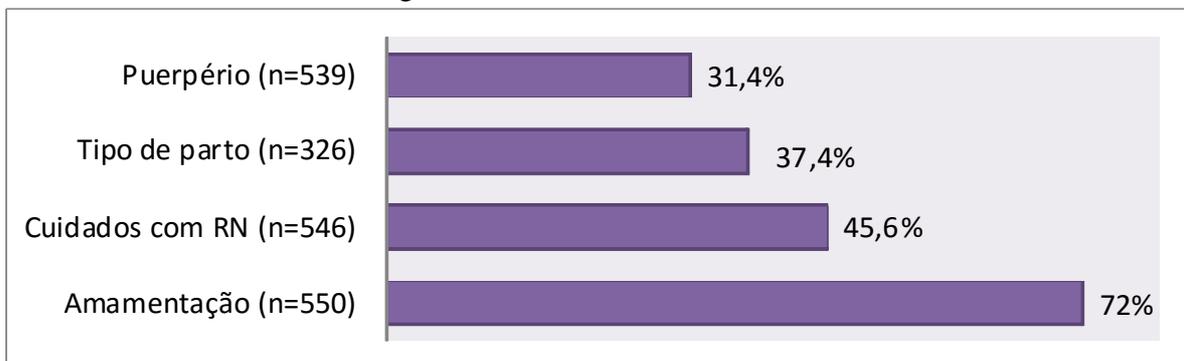
Outro fato que merece atenção, verificado no presente estudo, diz respeito à subnotificação dos registros clínicos obstétricos. O registro é uma forma de garantir a continuidade do cuidado, pois serve de parâmetros para a evolução clínica e diagnóstica da assistência. Serve ainda como fonte secundária para pesquisas, as quais fomentará o conhecimento acerca daquela realidade.

Poglianni *et al.* (2014) ao avaliar os registros de duas fontes de dados das gestantes, cartão da gestante e prontuário institucional, remetem-nos que alguns profissionais não registram igualmente essas duas fontes, apresentando maior tendência de registro nos cartões das gestantes que nos prontuários. Esse fato pode contribuir para uma evidência errônea de baixa cobertura de qualidade do PN nos estudos em vigor, especialmente se considerar apenas uma fonte de dados.

5.2.3 Orientações ofertadas no PN

Embora as orientações não tenham entrado nos critérios adotado, no presente estudo para avaliar o serviço PN, faz-se premente sua avaliação, uma vez que as orientações são características importantes dentro de uma assistência qualificada e são fundamentais para promover o conhecimento e reorientar o comportamento das gestantes em prol da promoção da saúde. Assim, a assistência foi avaliada quanto a oferta de orientações acerca da consulta puerperal, tipo de parto, cuidados com o RN e amamentação, conforme gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição das orientações ofertadas às gestantes atendidas no PN de Risco Habitual no Centro de Parto Lígia Barros Costa. Fortaleza, 2016



No presente estudo verificou-se que o início precoce e ter realizado sete ou mais consultas PN influenciaram de forma positiva para que a mulher recebesse orientação quanto ao tipo de parto, com ($p=0,035$) e ($p<0,001$), respectivamente.

Além dessa variável, o número adequado de consultas influenciou para que a mulher fosse orientada quanto à amamentação, cuidados com RN e ao puerpério, todos apresentando valor de $p < 0,001$. Isso implica dizer que as mulheres que apresentam maior adesão ao PN têm mais chances de receber orientações do profissional.

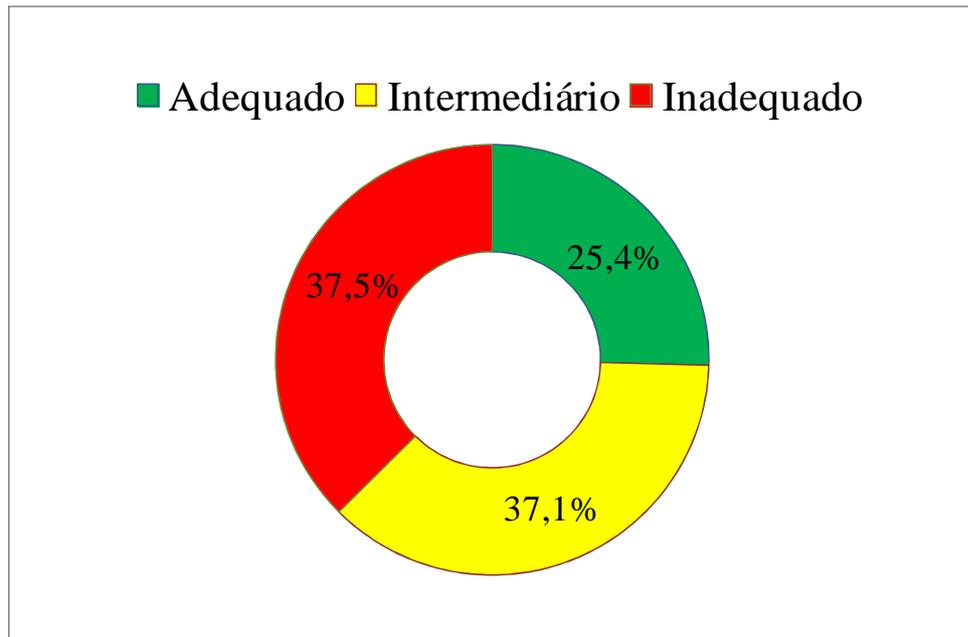
No presente estudo observa-se prevalência, dentre as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, das orientações acerca da amamentação. Entretanto, apenas 396 (72%) das gestantes receberam essa orientação, o que deveria ser fornecida a todas em vista dos benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança.

É consenso admitir que as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica são tão importantes quanto as atividades das pacientes na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados. Embora as políticas se fundamentem principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento PN, é seu conteúdo que retrata com maior fidelidade o processo do atendimento e atua como preditor significativo do prognóstico do nascimento (COUTINHO *et al.*, 2010).

5.2.4 Nível III – Exames Complementares

No gráfico 6, pode-se observar a adequabilidade dos exames complementares realizados pelas gestantes atendidas na CPN.

Gráfico 6 – Distribuição da adequabilidade dos exames complementares realizados pelas gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016



Fonte: Elaborado pela autora.

Ao avaliar apenas a adequabilidade dos exames complementares, observou-se que a maioria das gestantes não realizaram os exames conforme preconiza o MS. Apenas 142 (25,4%) tinham realizado todos os exames complementares considerados adequados no estudo, a saber: 1 tipagem ABO-Rh, 2 hematócrito, 2 hemoglobina, 2 glicemia de jejum, 2 VDRL, 2 teste anti-HIV, 2 sumário de urina, 1 HbsAg, 1 sorologia para toxoplasmose.

Os exames laboratoriais devem ser solicitados já na primeira consulta, com realização durante o primeiro trimestre de gestação e repetição do VDRL, HIV, urina tipo 1, glicemia e hemograma completo no 3º trimestre (BRASIL, 2012). Entretanto, observa-se que a preocupação primordial está relacionada ao registro dos resultados e não ao período gestacional que foi ofertado ou realizado o exame.

Quando se avaliou cada exame isoladamente, observou-se maior prevalência da realização de um exame de ABO/Rh, com 504 (98,2%), 477 (94,6%) de toxoplasmose e 425 (93,8%) de HBsAg. Referente aos exames que devem ser realizados no 1º e 3º trimestre observou-se uma diferença importante em sua repetição, a saber: VDRL, 240 (54,2%) versus 203 (45,8%), anti-HIV, 253 (59,4%) versus 173 (40,6%), hemograma completo, 345 (64,6%) versus

189 (35,4%), sumário de urina, 319 (62,3%) versus 193 (37,7%) e glicemia, 325 (64,5%) versus 179 (35,5%).

Esses resultados chamam bastante atenção, entretanto se sabe que esta é uma realidade verificada em estudo de base populacional no qual apontou a Região Nordeste e a Norte como aquela com menor proporção de registro de todos os exames laboratoriais realizados (VIELLAS *et al.*, 2014).

Os protocolos nacionais recomendam a realização de duas sorologias para sífilis e HIV, bem como a repetição dos exames de glicemia e de urina. Para o controle da sífilis e do HIV, a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS preconizam a realização de uma sorologia para sífilis e HIV para mais de 95% das gestantes (BRASIL, 2014). Com base nesses parâmetros, observa que a maioria das gestantes não realizou os exames laboratoriais de forma adequada.

Explicações para a cobertura não atingida de gestantes com sorologia anti-HIV podem estar relacionadas a barreiras ainda existentes para a realização e para o início precoce do PN e à morosidade do retorno dos resultados em tempo oportuno. Estudos brasileiros apontam uma ampla variação da cobertura de testagem anti-HIV na gestação, de 8,4% em Feira de Santana - BA a 99,5% em Rio Grande - RS (SANTOS; CASTRO; GRASSI, 2009; MENDOZA-SASSI *et al.*, 2011).

A não realização desses exames está diretamente relacionada às altas taxas de transmissão vertical da infecção por sífilis, cuja prevalência tem mostrado tendência de aumento nos últimos anos, e, HIV com ocorrência de óbitos perinatais evitáveis, apontando problemas na qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2012; LANSKY *et al.*, 2014).

Dessa forma, faz-se premente a realização de estratégias educativas que sensibilizem as gestantes quanto à importância da realização dos exames laboratoriais solicitados durante o PN, pois esses exames permitem um acompanhamento mais específico e detalhado do estado de saúde com identificação de intercorrências na gravidez que permitem intervenções oportunas para a manutenção e preservação da saúde materna e fetal (BRASIL, 2012).

Considerando os critérios de Coutinho *et al.*, (2010) para avaliação do nível III, apenas 7,9% (n=44) das gestantes receberam uma assistência PN adequada. Outros estudos trazem resultados bem próximos a este, indicando os desafios que persistem para o alcance de uma assistência de qualidade, principalmente por considerar que o nível III representa a soma dos

níveis I, II e III, ou seja, de toda a assistência prestada (VIELLAS *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015).

Estudos apontam que a avaliação do processo da assistência PN contribui para a melhoria da qualidade dos serviços, bem como para a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal (POLGLIANE *et al.*, 2014).

Assim, a avaliação do Processo não deve considerar a qualidade do PN somente com base no número de consultas ou a idade gestacional de início do acompanhamento, mas também a adequação quanto ao conteúdo da assistência ofertada.

Ainda não há um consenso acerca das condutas mínimas que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde durante a assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal. Entretanto, o presente estudo seguiu as recomendações da Estratégia Rede Cegonha, de realização de sete ou mais consultas para uma gestação a termo, com início do acompanhamento até 12 semanas gestacionais, procedimentos clínicos e obstétricos, exames laboratoriais e orientações, especialmente acerca do aleitamento materno (BRASIL, 2011).

O presente estudo avaliou todos esses aspectos supracitados a fim de conferir maior fidedignidade à realidade da assistência ofertada. Para tal, utilizou como referência a avaliação desenvolvida por Coutinho *et al.* (2010), na qual categorizou a avaliação do processo em três níveis (I, II e III), contemplando dessa forma os parâmetros preconizados pelo MS.

5.2.5 Adequabilidade do Processo da Assistência PN

A classificação da adequabilidade da assistência PN de gestantes com risco habitual ofertado na CPN utilizando os critérios de Coutinho *et al.* (2010), pode ser visualizada na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição da adequabilidade da Assistência PN de gestantes com Risco Habitual ofertado na CPN de acordo com os critérios de Coutinho modificado. Fortaleza, 2016

Classificação	Adequado		Intermediário		Inadequado	
	N	%	N	%	N	%
Nível I	92	16,4	321	57,3	147	26,3
Nível I + II	86	15,4	293	52,3	181	32,3
Nível I + II + III	44	7,9	203	36,3	313	55,9

A adequação da assistência ofertada no PN quanto ao número de consultas e o início precoce do pré-natal, contidos no Nível I foram verificados em apenas 92 (16,4%), para o Nível II, 86 (15,4%) e Nível III, 44 (7,9%).

De acordo com os critérios definidos para esse estudo, chama atenção a baixa proporção de pré-natal classificado como adequado e o predomínio de classificação como intermediário. Essa mesma proporção foi verificada em estudo que avaliou 252 municípios da Amazônia Legal e do Nordeste utilizando indicadores semelhantes com um total de 13.205 sujeitos (LEAL *et al.*, 2015).

Assim, quanto maior o número de indicadores utilizados, maior o percentual de pré-natal inadequado, chegando a 313 (55,9%) para o Nível III. Outros estudos também observaram diminuição e até ausência de pré-natal adequado à medida que se acrescenta a realização de exames clínicos e laboratoriais (ADANE *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2013).

Ademais, outros estudos também corroboram com o presente achado (ALMEIDA; BARROS, 2005; VICTORA *et al.*, 2010; POLGLIANE *et al.*, 2014; VIELLA *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015). Coutinho *et al.* (2003) verificaram uma cobertura de PN de 99%, com média de 6,4 consultas. No entanto, apenas 27,6% dos pré-natais foram considerados adequados em relação ao início do acompanhamento no primeiro trimestre e ter realizado 6 ou mais consultas. Quando foram incluídos na avaliação os exames laboratoriais básicos, apenas 1,9% permaneceram classificados como adequado. O mesmo cenário foi encontrado por Silveira, Dias e Santos (2001) que identificaram 37% de pré-natais adequados. Quando os mesmos autores adicionaram aos seus critérios a realização de exames laboratoriais e de alguns procedimentos na consulta constataram que apenas 5% dos pré-natais eram adequados.

Os resultados aqui apontados mostram que, apesar do aumento da cobertura da assistência PN no país, apenas 7,9% (n=44) das mulheres recebem cuidado adequado conforme os procedimentos mínimos pelo MS. Este resultado mais uma vez evidencia que a qualidade do cuidado pré-natal, especialmente no que tange à captação precoce da gestante e ao número adequado de consultas, é fundamental para assegurar a realização de todos os procedimentos e condutas a tempo durante a gestação, desempenhando papel importante na prevenção de desfechos desfavorável ao binômio mãe e filho (BRASIL, 2011).

Tais achados indicam que os recentes programas públicos, especialmente no que se refere à Estratégia Rede Cegonha, o qual preconiza aumento da vigilância no período gestacional, ainda não alcançou seus objetivos, chamando atenção para a necessidade de execução dos protocolos preestabelecidos e observação rigorosa das necessidades e características específicas da população assistida (MELO *et al.*, 2015).

As comparações com outros estudos devem ser realizadas com cautela. Assim como os achados do atual estudo, outros pesquisadores observaram diferenças na classificação da assistência PN de acordo com o índice utilizado. Isso se justifica, pois os índices utilizam diferentes algoritmos para definir suas categorias de adequação do PN. Tais diferenças podem resultar em conclusões diferentes quanto à situação real do PN, levando a intervenções equivocadas (SILVA *et al.*, 2013).

5.3 Avaliação do Resultado

Quanto às características sociodemográficas das 50 puérperas entrevistadas, observou-se mediana de idade de 27 anos (DP±5,38 anos), 38 (78%) estavam entre a faixa etária de 20 a 34 anos, 41 (82%) possuíam nove ou mais anos de estudo, 38 (76%) eram da raça não branca, 33 (66%) viviam com companheiro e 32 (64%) não possuíam ocupação. Das que tinham ocupação, metade das puérperas ganhava menos que R\$ 825,00, mediana de salário, e 21 (42%) recebiam algum benefício do governo.

A maioria das puérperas não utilizou adequadamente o PN, apenas 15 (30%) realizaram sete ou mais consultas e 14 (28%) iniciaram o PN até a 12^a semana gestacional. Mesmo com a não utilização adequada do PN, conforme preconiza o MS, os resultados maternos e perinatais são animadores, conforme consta, na tabela 4.

Tabela 4 – Resultado materno e perinatal das puérperas atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016

VARIÁVEIS INVESTIGADAS	SIM		NÃO		PONTUAÇÃO
	N	%	N	%	
Está em AME	46	92,0	04	8,0	1
Peso RN adequado	46	92,0	04	8,0	1
Consulta puerperal no pós-parto	42	84,0	08	16,0	1
Parto Normal	31	62,0	19	38,0	2
Teve alguma intercorrência clínica durante a gestação e no parto	09	18,0	41	82,0	1
Sífilis Congênita	-	-	50	100	1
Tétano Neonatal	-	-	50	100	1
Transmissão vertical do HIV	-	-	50	100	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Observou-se ainda no presente estudo que 46 (92%) das gestantes estavam em AME, o que configura um resultado adequado dentro da avaliação PN, que resultará em benefícios tanto para a puérpera como para seu filho. O sucesso do AME entre as puérperas pode ter sido influenciado pela presença do enfermeiro nas consultas pré-natais, o qual é apontado como responsável pela maior parte das informações acerca do AME durante o acompanhamento PN, tendo as mulheres que não realizam o PN com o enfermeiro três vezes maior chance de não receberem essas orientações (CATUNDA *et al.*, 2015).

Fatores maternos como menor idade, tabagismo e realização inadequada do pré-natal apresentam condições desfavoráveis ao crescimento fetal e peso ao nascer (IPADEOLA *et al.*, 2013). Observa-se no presente estudo que a maioria, 46 (92%) das puérperas teve RN com peso adequado mesmo não realizando adequadamente o PN.

A consulta puerperal foi realizada por 42 (84%) puérperas no próprio local em que realizou o pré-natal. Tanto o início como o término do acompanhamento PN configura-se como marcador de adequação dessa assistência, com início precoce e término com a consulta puerperal até 42 dias após o parto (BRASIL, 2012). Assim, ao implementar a consulta puerperal no início de 2015 o serviço passou a garantir esse acompanhamento a mulher de acordo com as recomendações ministeriais.

Observa-se que a via de parto com maior prevalência foi a vaginal, entretanto ainda encontra-se abaixo das recomendações ministeriais. Das 19 (38%) puérperas submetidas à cesariana, apenas três (15,8%) tiveram alguma intercorrência obstétrica, a qual justificava a escolha dessa via de parto. As demais, 10 (52,6%) estavam associadas à realização de laqueadura tubária, três (15,8%) ausência de dilatação, duas (10,5%) com perda de líquido amniótico e uma (5,3%) em trabalho de parto prolongado.

Todas essas informações foram coletadas no cartão de alta da maternidade. Quando não portavam esse documento, as informações eram colhidas da puérpera.

Esse resultado reproduz o modelo de parto intervencionista adotado nas últimas décadas no país, confirmando que os critérios de elegibilidade para tal procedimento está fora das recomendações da OMS (GAMA *et al.*, 2014).

O presente estudo não verificou nenhum caso de diagnóstico de sífilis congênita, tétano neonatal e transmissão vertical do HIV/Aids. No Brasil, as taxas de detecção de casos de transmissão vertical da sífilis congênita e HIV foram de 5,0 e 1,5 por mil nascidos vivos no ano de 2011 (BRASIL, 2012). No Estado do Ceará, as taxas de incidência foram de 3,3 e 3,8 por 1.000 nascidos vivos de sífilis congênita e HIV, respectivamente (BRASIL, 2012). O município de Fortaleza registrou, somente no ano de 2012, 523 casos de sífilis congênita e entre os anos de 2008 a 2012 a taxa de incidência aumentou de 8,8 para 16,6 por mil nascidos vivos. Em relação ao HIV em gestantes, foram notificados 6.540 casos no ano de 2011 e 3.426 até junho de 2012 (LIMA *et al.*, 2013).

Assim como o presente estudo, outros pesquisadores não encontraram notificações de tétano neonatal (GRANJEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; ROCHA; SILVA, 2012; XIMENES NETO *et al.*, 2008). O Brasil conseguiu reduzir consideravelmente o número de casos de tétano neonatal, entretanto ainda existem algumas notificações em algumas regiões brasileiras. De acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Nordeste, de 2007 a 2013 foram notificados 12 casos, correspondendo a 36% das notificações no país (BRASIL, 2014).

Dessa forma, diante do cálculo proposto por Silva *et al.* (2013) o resultado da assistência PN foi classificado em adequado, uma vez que recebeu pontuação 1 em seis (85,7%) das variáveis avaliadas.

5.3.1 Associação entre a utilização PN com a via de parto, intercorrência na gestação e/ou parto e satisfação com o PN realizado.

Na tabela 6, observa-se a associação entre a utilização do PN com a via de parto, intercorrências na gestação e satisfação com o PN realizado.

Tabela 5 – Associação entre a utilização do PN com a via de parto, intercorrência gestacional e no parto e satisfação das puérperas atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016

Variáveis do Pré-natal	Parto Normal		p	Intercorrência Gestação/Parto		p	Satisfação		p
	N	%		N	%		N	%	
Número de Consultas									
≥ 07	08	53,3	0,409	03	20,0	0,810	14	93,3	0,172
< 07	23	65,7		06	17,1		27	77,1	
Início pré-natal									
≤ 12ª semana	7	50,0	0,276	02	14,3	0,670	14	100	0,039
> 12ª semana	24	66,7		07	19,4		27	75,0	

Fonte: Elaborado pela autora. O teste X² foi realizado entre as variáveis categóricas.

A maioria das puérperas, 41 (82%) afirmou estar satisfeita com o PN, evidenciando, por meio de associação estatística que quanto mais cedo se inicia o PN, maior é a satisfação com o PN, com 33% (IC 95%: 1,10 – 1,610) de chance a mais que as mulheres que iniciaram o PN tardio.

Vettore *et al.* (2013) avaliaram a satisfação com o PN de 1239 gestantes atendidas na rede pública do Rio de Janeiro – RJ, evidenciando nível de satisfação em 909 (73,4%) das gestantes. A satisfação pode ser observada pela reação da usuária diante do contexto, do processo e do resultado global da experiência vivenciada. Além disso, vale registrar que as opiniões dos usuários também são influenciadas por diferentes situações, expectativas, antecedentes, ideias, valores e crenças acerca do atual quadro do sistema de saúde.

A garantia de atendimento de qualidade e o estabelecimento de vínculo entre a mulher e o profissional são quesitos importantes para a humanização da assistência e favorecem a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao PN, ao sentirem-se acolhidas.

É válido ressaltar que a excelência da assistência PN não depende apenas de sua adequação aos critérios quantitativos, mas, em especial, da qualidade do conteúdo das consultas e de ações de acolhimento das mulheres. Esses aspectos da assistência são fundamentais no estabelecimento de relação significativa entre as mulheres e os profissionais para garantir a continuidade do cuidado e possibilitar intervenções oportunas, para que os desfechos maternos e neonatais sejam adequados (CORRÊA, BONÁDIO; TSUNECHIRO, 2011).

Assim, infere-se que a assistência de enfermagem no PN de risco habitual ofertado na CPN proporciona resultados adequados para o binômio mãe e filho.

5.4 Associação das variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas com a inadequação do número de consultas, início PN e exames laboratoriais realizados

Dada a importância do PN adequado à saúde materna e fetal, tão importante quanto avaliar a qualidade e detectar as lacunas do cuidado é conhecer as características maternas associadas ao cuidado inadequado para intervir sobre elas.

Assim, a fim de elucidar as possíveis correlações das variáveis maternas com a inadequação da assistência PN do serviço escola avaliado, realizou-se a associação entre as características sociodemográficas, clínicas e obstétricas com o início do PN, número de consultas e exames laboratoriais realizados, conforme elucidados nas tabelas 6 e 7.

Tabela 6 – Distribuição da associação entre as variáveis clínicas e obstétricas com o número de consultas inadequadas, início PN após 12ª semanas e realização dos exames inadequados das gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, Ceará, 2016

Variáveis sociodemográficas	Nº consulta Inadequado		OR	Valor <i>p</i>	Início PN Inadequado		OR	Valor <i>p</i>	Exames Inadequados		OR	Valor <i>p</i>
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
Faixa etária (n=560)			1,14				0,61				0,45	
< 15 ≥35 anos	12	54,5	0,48 – 2,68	0,762	18	81,8	0,20 - 1,84	0,380	19	86,4	0,13-1,55	0,197
16 a 34 anos	311	57,8			395	73,4			399	74,2		
Escolaridade (n=532)			1,39				1,06				0,96	
≤ 09 anos de estudo	157	60,6	0,98 – 1,96	0,056	191	73,7	0,72 – 1,56	0,320	192	74,1	0,65-1,43	0,875
> 09 anos de estudo	143	52,4			198	72,5			204	74,7		
Situação Conjugal (n=559)			1,27				1,64				1,59	
Com companheiro	181	55,2	0,90 – 1,79	0,168	229	69,8	1,11 – 2,44	0,013	233	71,0	1,07-2,38	0,021
Sem companheiro	141	61,0			183	79,2			184	79,7		
Etnia (n=137)			0,79				0,48				0,97	
Branca	12	63,2	0,29 – 2,15	0,886	15	78,9	0,15 – 1,54	0,213	8	42,1	0,36-2,60	0,962
Não branca	68	57,6			76	64,4			49	41,5		
Trabalha fora (n=322)			0,72				1,06				1,10	
Sim	82	56,5	0,46 – 1,12	0,149	111	77,1	0,62 – 1,79	0,829	99	68,8	0,68-1,77	0,691
Não	87	48,9			119	78,1			126	70,8		
Reside perto do CPN (n=560)			0,624				0,51				0,99	
Sim	299	58,7	0,35 – 1,11	0,107	382	75,0	0,28 – 0,93	0,027	380	74,7	0,51-1,92	0,982
Não	24	47,1			31	60,8			38	74,5		

Fonte: Elaborado pela própria autora

O teste X² foi realizado entre as variáveis categóricas.

Observou-se na Tabela 6 que algumas variáveis maternas influenciaram na utilização da assistência PN. Esses dados apontam que as características da mulher influenciam na utilização do pré-natal.

Entretanto, ao analisar a idade, observa-se no presente estudo que não houve associação com significância estatística entre essa variável e a inadequação PN. Destarte, estudos realizados no Brasil apontam que a idade configura-se fator predisponente ao PN inadequado (BERNARDES *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2013; FONSECA; KALE; SILVA, 2015).

A escolaridade também não apresentou associação com a inadequação PN, resultado contrário a vários estudos nacionais e internacionais (BERNARDES *et al.*, 2014; DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2013; FEIJEN-DE JONG *et al.*, 2012; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; SAAVEDRA; CESAR, 2015). A maioria dos estudos abordou populações completas, sendo mais fácil detectar o contraste. A homogeneidade em relação à escolaridade na população avaliada pode ter dificultado o achado de associações.

Das características sociodemográficas, foram encontradas associação da situação conjugal com o início do pré-natal tardio e a realização inadequada dos exames complementares. As gestantes sem companheiros apresentaram menor tendência de realizar adequadamente o PN, especialmente no que confere ao início precoce e à realização dos exames laboratoriais preconizados, com 64% (IC95%: 11,11-2,44) e 59% (IC95%; 1,07-2,38), respectivamente.

Os achados deste estudo corroboram com outros estudos que também observaram maior proporção de pré-natal inadequado para mulheres com características desfavoráveis, como aquelas sem companheiro, as quais tendem a iniciar o pré-natal tardiamente e realizar menor número de consultas (ASUNDEP *et al.*, 2014; BEECKMAN *et al.*, 2012; BLOCH; DAWLEY; SUPLEE, 2009; FONSECA; KALE; SILVA, 2015).

Estudo de coorte de base populacional realizada em São Luis – MA, com objetivo de estimar a taxa de utilização da assistência PN inadequada e seus fatores associados conferiu que as gestantes solteiras apresentaram 41% (IC95% 1,25-1,60) maior chance de não realizar o PN (BERNARDES *et al.*, 2014). Corrêa, Bonadio e Tsunechiro (2011) também verificaram que as gestantes com companheiro tiveram 83,7% de adequação ao PN e entre aquelas sem companheiro a proporção de PN inadequado foi quase o dobro ($p=0,0257$).

A presença de um companheiro na vida da mulher, sobretudo no ciclo gravídico-puerperal deve ser uma variável valorizada, uma vez que se tem verificado associação com a

inadequação do PN (CORRÊA; BONADIO; TSUNECHIRO, 2011; DOMINGUES *et al.*, 2015; SAAVEDRA; CESAR, 2015).

Quanto à etnia, embora não se tenha verificado associação com as variáveis desfecho em questão, outros estudos nacionais apontam que as gestantes não brancas realizam menos consultas e exames complementares solicitados no PN (DOMINGUES *et al.*, 2013; PREDEBON *et al.*, 2010), apresentando 37% mais chance de receber atenção inadequada no PN (FONSECA; KALE; SILVA, 2015)

As gestantes sem trabalho remunerado apresentaram associação estatisticamente significativa com a realização do PN inadequado em estudo de base populacional com 17 060 puérperas (DOMINGUES *et al.*, 2015). Não foi verificada tal associação entre essas variáveis no presente estudo.

Outra variável que apresentou associação estatística com a inadequação PN no que confere ao início precoce foi a proximidade da residência da gestante com o serviço de saúde, evidenciando que as mulheres que residem próximo ao CPN apresentaram 49% (IC 95%: 0,62 – 1,79) menor chance de iniciar o PN precocemente.

Ressalta-se que a instituição estudada não recusa vagas para qualquer mulher que procure atendimento pré-natal, mesmo aquelas com a gestação em idade avançada. Este fator deve interferir na média de idade gestacional inicial, tornando-a mais elevada que a de outros serviços. Sabe-se que o início precoce do acompanhamento obstétrico deve-se, dentre outros fatores, à busca ativa da gestante realizada pelos ACSs, o qual o presente serviço não dispõe.

Ademais, a abertura do prontuário da gestante só é realizada com os exames complementares em mãos. Esta é uma forma de se respaldar diante de situações de agravo à saúde da gestante e que mereça atenção especializada e acompanhamento de PN de alto risco. Embora não seja realizada a consulta de enfermagem, as gestantes recebem orientação, suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso e informações de outros serviços de saúde.

Dentre as características clínicas maternas e obstétricas, constatou-se que algumas apresentaram associação estatística com a utilização do pré-natal, conforme Tabela 7.

Tabela 7 – Associação entre as variáveis clínicas e obstétricas com o número de consultas inadequadas, início PN após 12ª semanas e realização dos exames inadequados das gestantes atendidas no PN de Risco Habitual na CPN. Fortaleza, 2016

Variáveis Clínicas e Obstétricas	Nº de consultas inadequadas			OR	Valor <i>p</i>	Início PN Inadequado			OR	Valor <i>p</i>	Exames Inadequados			OR	Valor <i>p</i>
	N	%	IC 95%			N	%	IC 95%			N	%	IC 95%		
	Antecedentes Familiares (n=476)														
Sim	211	57,0	0,97 – 2,40	0,066	265	71,6	1,05 – 3,13	0,031	250	67,6	1,43-4,41	<0,001			
Não	71	67,0			87	82,1			89	84,0					
Antecedentes Pessoais de doença prévia (n=465)			0,92				1,20				1,47				
Sim	117	60,3	0,63 – 1,34	0,664	139	71,6	0,79 – 1,82	0,381	129	66,5	0,98-1,74	0,058			
Não	158	58,3			204	75,3			205	74,5					
Intercorrência na gestação anterior (n=194)			0,99				3,44				0,65				
Sim	76	60,8	0,51 – 1,72	0,851	90	72,0	1,43 – 8,25	0,004	91	72,8	0,35-1,23	0,191			
Não	41	59,4			62	89,9			44	63,8					
Intercorrência na gestação atual			2,33				1,40				1,09				

(n=525)													
Sim	154	49,2	1,61 – 3,36	<0,001	220	70,3	0,94 – 2,10	0,095	231	73,8	0,73-1,63	0,667	
Não	147	69,3			163	76,9			160	75,5			
Gestação (n= 560)			1,48			1,72				0,43			
Primigesta	184	54,0	1,04 – 2,09	0,026	238	69,8	1,15 – 2,57	0,008	266	78,0	0,43-0,94	0,022	
Multigesta	139	63,5			175	79,9			152	69,4			
Parto Anterior						2,35				0,69			
(n=559)													
Sim	120	66,7	1,21 – 2,53	0,003	151	83,9	1,49 – 3,70	<0,001	126	70,0	0,46-1,03	0,073	
Não	202	53,3			261	68,9			292	77,0			
História de aborto			1,77			2,40				0,98			
(n=218)													
Sim	45	54,9	1,01 – 3,13	0,045	58	70,7	1,22 – 4,69	0,009	57	69,5	0,54-1,77	0,951	
Não	93	68,4			116	85,3			94	69,1			
Tem filhos (n=560)			0,55			0,40				1,40			
Sim	122	66,9	0,38 – 0,80	0,002	154	84,5	0,25 – 0,63	<0,001	127	70,2	0,94-2,09	0,092	
Não	201	53,3			259	68,6			291	76,8			
Cesárea anterior			1,71			1,64				1,01			
(n=178)													
Sim	35	59,3	0,89 – 3,29	0,105	47	79,7	0,72 – 3,74	0,234	41	69,5	0,51-1,99	0,972	
Não	85	71,4			103	86,6			83	69,7			

Fonte: Elaborado pela autora.

O teste X² foi realizado entre as variáveis categóricas.

Das características clínicas e obstétricas observa-se que as variáveis antecedentes familiares, intercorrência na gestação anterior e atual, número de gestações, paridade, aborto anterior, número de filhos apresentaram associações com significância estatística como início do PN, número de consultas e realização dos exames complementares.

Quanto aos antecedentes familiares, a avaliação estatística evidenciou a existência de associação entre as variáveis história de antecedentes familiares com início do PN ($p=0,031$) e a realização dos exames complementares ($p<0,001$), permitindo inferir que gestantes que não possuem antecedentes familiares de complicações tem 81% (OR - 1,81; IC 95%: 1,05 - 3,13) mais chance iniciar o PN tardio e 51% (IC 95%: 1,43 - 4,41) de realizar inadequadamente os exames complementares. As gestantes com histórico de doença prévia não apresentaram associação com o desfecho inadequado do PN.

As gestantes sem intercorrência na gestação anterior apresentaram somente associação estatística com início tardio do PN ($p=0,004$). Além disso, pode-se concluir que mulheres que não apresentam intercorrências em gestações anteriores possuem 3,44 (IC 95%: 1,43 - 8,25) vezes maior chance de iniciarem o PN tardio.

Esse achado está em dissonância com verificado por Viellas *et al.* (2014) no qual evidenciaram que mulheres com desfechos negativos em gestações anteriores, apresentam menor cobertura PN, início tardio do acompanhamento e menor número de consultas que as mulheres sem intercorrências gestacionais prévias.

Em relação à existência de intercorrências na gestação atual, notou-se associação estatística apenas com a variável número de consultas de PN ($p<0,001$), constatando-se uma prevalência de mulheres que não apresentaram intercorrência na gestação atual que não realizaram adequadamente o número de consultas de PN, conforme preconização pela Rede Cegonha. Assim, pode-se inferir que gestantes que não possuem complicações na gestação vigente apresentam 2,33 (IC 95%: 1,61 - 3,36) vezes maior chance de não realizarem um número adequado de consultas PN.

Esse resultado corrobora com o apresentado por Saavedra e Cesar (2015) que verificaram que a presença de intercorrências na gestação atual conferiu maior probabilidade de realização de pré-natal inadequado.

Os testes estatísticos evidenciaram associação com significância entre o número de gestação anterior e a utilização do PN, apontando que as múltiparas possuem maior chance de não realizar um número adequado de consultas de pré-natal e não iniciá-lo precocemente, equivalendo a um aumento 48% (OR - 1,48; IC 95%: 1,04 - 2,09) e 72% (OR - 1,72; IC 95%: 1,15 - 2,57) de maior chance, respectivamente.

Domingues et al., (2015) e Bernardes et al. (2014) corroboram com o presente achado em seus estudos nos quais verificaram maior proporção de assistência PN inadequada entre as múltiparas. Outros estudos apontam que a multiparidade teve associação tanto para o PN inadequado quanto para o nascimento prematuro (FONSECA *et al.*, 2014; KNIGHT; MORRIS; HEAMAN, 2014).

Outra característica que foi avaliada consiste na ocorrência de parto anterior, identificado à existência de associação estatística entre essa variável e a utilização do PN. Por meio da realização dos testes estatísticos, pode-se inferir que a ocorrência de parto anterior aumentam 75% (OR - 1,75; IC 95%: 1,21 - 2,53) as chances de realizar o número de consultas inadequadamente, bem como acrescentam até 2,35 (IC 95%: 1,49 - 3,70) vezes maior chance de início tardio do acompanhamento PN.

A associação estatisticamente significativa permite inferir que mulheres que com pelo menos um filho geralmente negligenciam o acompanhamento PN, reduzindo as chances de adequação no número de consultas PN e no início precoce das consultas em 45% (OR - 0,55; IC 95%: 0,38 - 0,80) e 60% (OR - 0,40; IC 95%: 0,25 - 0,63), respectivamente. O mesmo foi elucidado por Bassani, Surkan e Olinto (2009) em Porto Alegre, Ribeiro *et al.* (2009) em Aracaju e Bernardes *et al.* (2014) em São Luís. Certamente, isto se deva as condições sociais as quais estas estão inseridas, bem como pode ser devido a demanda na criação dos filhos, dispondo assim de menos tempo para frequentar serviços de saúde (FONSECA; KALE; SILVA, 2015).

Acredita-se que experiências de outras gestações possam diminuir a procura pelas consultas de pré-natal requerendo atenção intensificada, em especial das equipes de saúde da família, que podem atuar na busca ativa de gestantes deste grupo (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015).

Evidenciou-se ainda, nessa pesquisa, que a maioria das mulheres com ausência de história prévia de aborto realizou um quantitativo reduzido de consultas e iniciaram tardiamente o PN, talvez por nunca terem tido uma intercorrência. Além disso, verificou-se associação estatística entre essas variáveis, evidenciando-se que as mulheres sem história de aborto prévio apresentam maiores chances de realizarem inadequadamente o PN, acrescentando 77% (OR - 1,77; IC 95%: 1,01 - 3,13) mais chance de inadequação quanto ao número de consultas e 2,40 (IC 95%: 1,22 - 4,69) vezes maior chance de iniciar tardiamente o PN.

Sobre a variável ter filhos, constatou-se associação estatística entre esse aspecto e a utilização do PN.

Dos aspectos clínicos e obstétricos das gestantes, apenas as variáveis cesárea anterior e antecedentes pessoais de história de doença prévia não apresentaram associação os desfechos.

6 CONCLUSÃO

A avaliação de programas e serviços de saúde é imprescindível para a melhoria da qualidade da assistência prestada na atenção básica, devendo esta ser parte contínua desse processo.

Conclui-se que a assistência PN ofertada na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa é estruturalmente adequada, respondendo aos critérios de infraestrutura, recursos materiais e apoio para exames laboratoriais. O serviço não atende os critérios de adequação apenas referente à disponibilização de medicamentos e recursos humanos.

Apesar dos bons resultados com relação à estrutura, os reflexos nos indicadores de processo, não foram positivos, com índices baixos em relação ao esperado. No nível I, apenas 16,4% das gestantes iniciaram o PN até 12 semanas gestacionais e realizaram sete ou mais consultas. No nível II, ao acrescentar a realização dos procedimentos clínicos à adequação, passou-se para 15,4%. Já no nível III, no qual se avaliou também a realização dos exames laboratoriais, o percentual de adequação caiu para 7,9%. O nível de adequação do processo foi intermediário nos níveis I e II e inadequado quanto ao nível III.

Observou-se que existem fatores maternos associados com o número de consultas inadequadas, início PN tardio e realização de exames laboratoriais inadequados, tais como mulheres sem companheiro, que residem próximo ao serviço que realiza o PN, sem antecedentes familiares de agravo à saúde, sem intercorrência na gestação anterior e atual, multiparidade, filhos anteriores e sem história prévia de aborto.

A avaliação dos resultados, obtida a partir da entrevista com as puérperas, jovens, com boa escolaridade, com companheiro, não brancas e com renda de até um salário mínimo, evidenciou a não utilização adequada do PN, uma vez que apenas 30% realizaram sete ou mais consultas e 28% iniciaram o PN até 12 semanas gestacionais.

Entretanto, referente aos resultados maternos e perinatais foram adequados, estando a maioria delas em AME, sem intercorrência na gestação e no parto, RN a termo e com peso adequado, sem diagnóstico de sífilis congênita, tétano neonatal e transmissão vertical do HIV/Aids. Mesmo sendo a via parto vaginal a mais frequente, ainda encontra-se abaixo do preconizado pela OMS, estando apenas esta variável inadequada.

Considera-se importante e necessária a realização de ações de divulgação dos resultados da assistência da enfermagem nessa instituição, por tratar-se de um serviço diferenciado e com resultado satisfatório ao desfecho materno e fetal, especialmente nas secretarias de saúde do município de Fortaleza, profissionais e estudantes atuantes na CPN.

Faz-se premente o planejamento e organização de uma rede assistencial com a utilização de protocolos clínicos embasados nas recomendações ministeriais e em evidências científicas atuais a fim de auxiliar a prática profissional, oferecendo um cuidado de maior qualidade ao usuário, além de promover maior benefício para o serviço quanto à organização e padronização de suas condutas.

É indispensável ainda a realização de avaliações sistemáticas e contínuas da assistência pré-natal a fim de subsidiar o planejamento, gerenciamento e gestão de saúde na atenção PN com vistas à continuidade do processo de mudança e melhoria do serviço e assistência prestada.

Salientam-se as limitações ao utilizar os prontuários das gestantes como fonte de informação para avaliar a qualidade do pré-natal. Mesmo frente à orientação da importância do registro, ainda persistem sub-registros e inconsistências. É necessário que o enfermeiro e outros profissionais que atuam na consulta PN da CPN preencham adequadamente os prontuários e cartões da gestante, pois as inconsistências limitam a avaliação do cuidado e contribuem para desfechos indesejáveis e fragilidade do poder de generalização dos dados. Além disso, é importante destacar ainda a limitação da análise de comparação entre os estudos de avaliação da adequabilidade PN, haja vista a não padronização dos critérios de avaliação da assistência PN.

Sugere-se a realização de estudos qualitativos que visem conhecer os motivos da não adesão precoce ao PN, bem como as barreiras enfrentadas por elas. Além disso, é imprescindível a elaboração de estratégias que possibilitem o aumento da captação precoce da gestante, uma vez que estas, mesmo residindo próximo ao local, tendem a iniciá-lo tardiamente. Concomitantemente a isso, deve ainda realizar busca ativa de gestantes faltosas. Tais medidas implicariam além do aumento do início precoce e número de consultas, na redução da taxa de descontinuidade do pré-natal.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Rev. Acta Paulista Enfermagem*. São Paulo, v. 8, n. 4, p. 47-55, 1995.
- ADAMI, N. P.; YOSHITOME, A. Y. Métodos de avaliação da assistência de enfermagem. *Rev. Bras Enferm*. Brasília, v. 6, n. 1. p. 52-6, 2003.
- ADANE, A. A.; AYELE, T. A.; ARARSA, L. G.; BITEW, B. D.; ZELEKE, B. M. Adverse birth outcomes among deliveries at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. London, v. 14, n. 1, p. 90, 2014.
- ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. São Paulo, v. 17, n.1, p. 15-25, 2005.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.
- ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; DAL PIZZOL, T. D. S. Qualidade do processo da assistência Pré-Natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.
- ARAÚJO, M. A. L.; FREITAS, S. C. R.; MOURA, H. J.; GONDIM, A. P. S.; SILVA, R. M. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. *BMC Public Health*. London, v.13, n. 206, 2013.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto contexto - Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, 2012.
- BARBARESCO, A. A.; COSTA, T. L.; AVELAR, J. B.; RODRIGUES, I. M. X.; AMARAL, W. N.; CASTRO, A. M. Infecções de transmissão vertical em material abortivo e sangue com ênfase em *Toxoplasma Gondii*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 17-22, 2014.
- BARRETO, C. N.; RESSEL, L. B.; SANTOS, C. C.; WILHELM, L. A.; SILVAS, S. C.; ALVES, C. N. Atenção PN na voz das gestantes. *Rev Enferm UFPE online*. Recife, v. 7, n. 5, p. 4354-63, 2013.
- BARRETO, F. D. F. P.; ALBUQUERQUE, R. M. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6. p. 259-267, Jun, 2012.
- BERNARDES, A. C.; SILVA, R. A.; COIMBRA, L. C.; ALVES, M. T.; QUEIROZ R. C.; BATISTA, R. F.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*. London, v. 14, n. 1, p. 66. 2014.

BORSARI, C. M. G. et al. Abortion in women living in the outskirts of São Paulo: experience and socioeconomic aspects. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 27–32, jan. 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015.** Brasília/DF, 2008. relatório final/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes Metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: A Política Nacional de Humanização: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília (DF): Ministério da saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 569, de 01 de junho de 2002. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. **Plano Nacional de Avaliação.** Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

CAETANO, L.C.; NETTO, L.; MANDUCA, N.L. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 579-587, 2011.

CALDAS, D. B.; SILVA, A. L. R.; BÖING, E.; CREPALDI, M. A.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicol. hosp. (São Paulo)**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 66-87. 2013.

CAMINHA, N. O.; FREITAS, L. V.; LIMA, T. M.; GOMES, L. F. S.; HERCULANO, M. M. S.; DAMASCENO, A. K. C. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 81-88, Sept. 2012.

CASTELLÓ, A.; RÍO, I.; MARTINEZ, E.; REBAGLIATO, M.; BARONA, C.; LLÁCER, A.; BOLUMAR, F. Differences in preterm and low birth weight deliveries between Spanish and immigrant women: influence of the prenatal care received. *Ann Epidemiol. New York*, v. 22, n. 3, p. 175-82. 2012.

CATUNDA, H. L. O.; BERNARDO, E. B. R.; OLIVEIRA, L. L.; OLIVEIRA, M. F.; CASTRO, R. C. M. B.; SOUZA AQUINO, P.; PINHEIRO, A. K. B. Determinant Factors in Maintaining the Exclusive Breastfeeding and Premature Weaning in Postpartum Mothers in the Brazilian Semiarid. **Health**, v. 7, n. 3, p. 355-364. 2015.

CECATTI, J. G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105-111, 2010.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 53-8. 2008.

CHRESTANI, M. A. D.; SANTOS, I. S.; CESAR, J. A.; WINCKLER, L. S.; GONÇALVES, T. S.; NEUMANN, N. A. Assistência à gestação e ao parto: resultado de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24 p. 1609-18, 2008.

COFEN. Lei do Exercício Profissional. Decreto Nº 94.406 / 1987. Regulamentação da Lei nº 7.498 / 1986.

CORRÊA, Claudia Regina Hostim; BONADIO, Isabel Cristina; TSUNECHIRO, Maria Alice. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1293-1300, Dec. 2011.

CORRÊA, M. D.; TSUNECHIRO, M. A.; LIMA, M. D. O. P.; BONADIO, I. C. Avaliação da assistência Pré-Natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 48, p. 24-32, 2014.

COSTA, C. S. C.; VILA, V. S. C.; RODRIGUES, F. M.; MARTINS, C. A.; PINHO, L. M. O. Características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde. **Rev Eletr Enf**. Goiânia, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2009.

COSTA, C. S. C.; VILA, V. S. C.; RODRIGUES, F. M.; MARTINS, C. A.; PINHO, L. M. O. Características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde. **Rev Eletr Enf.** Goiânia, v. 15, n. 2, p. 516-22. 2013.

COSTA, L. B.; COSTA, A. A. S.; SARAIVA, M. R. B.; BARROSO, M. G. T. Aplicação de estruturas conceituais na consulta de enfermagem à família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 515-519, set. 2007.

COUTINHO, T.; MONTEIRO, M. F. G.; TEIXEIRA, M. T. B.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Monitoramento do processo de assistência Pré-Natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; MADEIRA, A. C.; LUZ, R. M.; BRITTO, M. A. Auditoria médica: programa de Pré-Natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 34, n. 4, p. 329-36, 2000.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência Pré-Natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437. 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; THEME-FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147. 2015.

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

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

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science.** Washington, v. 26, n. 200, p. 856-64, 1978.

DUARTE, G.; MARCOLIN, A. C.; QUINTANA, S. M.; CAVALLI, R. C. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-100. 2008.

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

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência Pré-natal: manual de orientação.** São Paulo, 2005.

FIGUEIREDO, A.; GOMES, G.; CAMPOS, A. Infecções urinárias e gravidez - diagnóstico, terapêutica e prevenção. **Acta Obstet Ginecol.** Porto, v.6, n.3, p.124-133, 2012.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, June 2015.

FONSECA, S. C.; MONTEIRO, D. S. A.; PEREIRA, C. M. S.; SCORALICK, A. C.; JORGE, M. G.; ROZARIO, S. Desigualdades no pré-natal em cidade do sudeste do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1991-8. 2014.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Normatização da prescrição/transcrição de medicamentos e exames complementares e de rotina pelos enfermeiros integrantes saúde da família, em nível ambulatorial. Portaria N°294/2015.

FORTALEZA. Secretaria Municipal do Desenvolvimento Econômico. Índice de Desenvolvimento Humano por Bairro (IDH). Acesso em 10 de dezembro de 2015. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sde/indice-de-desenvolvimento-humano-por-bairro-idh>.

FREITAS, F. D. S.; SILVA, R. N.; ARAUJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 654-660. 2013.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGHI, M. A. B.; D'AVILA, 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.** Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-53, 2008.

GOVERNO DO MARANHÃO. Governo aponta medidas para redução do índice de mortalidade materna no MA. Disponível em: <<http://www.ma.gov.br/governo-aponta-medidas-para-reducao-do-indice-de-mortalidade-materna-no-ma/>>. Acesso em 06 de janeiro de 2015.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 105, 2008.

HASS, C. N.; TEIXEIRA, L. B.; BEGHETTO, M. G. Adecuación de cuidado prenatal en una estrategia de salud familiar de Porto Alegre-RS. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 22-30, Sept. 2013.

HOLANDA, S. M.; SOUZA, M. R. T.; LIMA, S. K. M.; CARNEIRO, J. L.; CAMPOS, F. C.; DAMASCENO, A. K. C. Promovendo a saúde a partir de um curso de gestantes: relato de experiência da enfermagem. **Rev. Extensão em Ação**, Fortaleza, v. 3, n.2, jul/dez. 2013.

HULLEY, S. B.; CUMMINGNS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G. NEWMAN, T. B. Delineando a Pesquisa Clínica. São Paulo: Artmed, 4. ed. 386 p. 2015.

IBGE. Instituto de Pesquisa e Estatística. Índice de Desenvolvimento Humano. Acesso em 10 de dezembro de 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/cartograma/mapa.php?lang=&coduf=23&codmun=230440&idtema=118&codv=v01&search=ceara|fortaleza|sintese-das-informacoes->

IPADEOLA, O. B.; SAMSON, B.; ADEBAYO, S. B.; ANYANTI, J.; JOLAYEMI, E. T. Poverty levels and maternal nutritional status as determinants of weight at birth: an ordinal logistic regression approach. *International Journal of Statistics and Applications*. V. 3, n. 3, p. 50-8. 2013.

JACOCIUNAS, L. V.; PICOLI, S. U. Avaliação de infecção urinária em gestantes no primeiro trimestre de gravidez. **Rev Bras Anal Clin**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 55-7, 2007.

KYEI, N. N.; CHANSA, C.; GABRYSCH, S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. **BMC pregnancy and childbirth**. London, v. 12, n. 1, p. 151-162, 2012.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; CAMPOS, D. BITTENCOURT, D.A. S.; CARVALHO, M. L. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n. 1, p. 192-207, 2014.

LEAL, M. C.; THEME-FILHA, M. M.; MOURA, E. C.; CECATTI, J. G.; SANTOS, L. M. P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, Mar. 2015.

LIMA, A. C. M. A. C. C.; COSTA, C. C.; TELES, L. M. R.; DAMASCENO, A. K. C. ORIÁ, M. O. B. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta paul. enferm**. São Paulo, v. 27, n. 4, p. 311-318, Aug. 2014.

LU, J.; SHEN, J. J.; CHEN, G.; MOSELEY, C. B.; SUN, M.; GAO, F.; HAO, M. Regional disparities in prenatal care services in rural China. **Asia-Pacific Journal of Public Health**. Malaysia, v. 23, n. 5, p. 682-689, 2011.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64. 2014.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, fev. 2014.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015.

MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A.; TEIXEIRA, T. P.; RAVACHE, C.; ARAÚJO, G. D.; SILVA, T. C. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-96. 2011.

MENEZES, E. V.; YAKOUB, M. Y.; SOOMRO, T.; HAWS, R. A.; DARMSTADT, G. L.; BHUTTA, Z. A. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. **BMC Pregnancy Childbirth**. London; v.7, n. 1, p. 4-25. 2009.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado PN em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 173-179, 2006.

NIQUINI, R. P.; BITTENCOURT, S. A.; LACERDA, E. M. A.; SAUNDERS, C.; LEAL, M. C. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2805-2816, Oct. 2012.

OLIVEIRA, A. C. M.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v. 24, p. 441-451, 2015.

OLIVEIRA, P. S. D.; ESPÍNDOLA, D.; SOUZA, R.; SIMONE MENDES SOUZA, S. M.; JORDANA QUEIROZ, N. J.; ALMEIDA, M. R. Avaliando a situação vacinal das gestantes nas estratégias de saúde da família de um município. v. 9; n. 3. 2015.

OLIVEIRA, R. L. A.; FONSECA, C. R. B.; CARVALHAES, M. A. D. B. L.; LIMA PARADA, C. M. G. Avaliação da atenção Pré-Natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev. Latinoam. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 546-553, 2013.

PAIVA, C. C. A.; FREIRE, D. M. C. Efetividade de curso de Capacitação em Medida da Altura Uterina para enfermeiros e graduandos de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 65, n. 5, p. 775-779, Oct. 2012.

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 Saude Mater Infant**. Recife, v. 1 n. 8, p. 113-24, 2008

PASSOS, A. A.; MOURA, E. R. F. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1572-1580, 2008.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, p.349-56. 2013.

POLGLIANE, R. B. S.; LEAL, M. C.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E. SANTOS NETO, E. T. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, July, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, T. C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed, São Paulo: **Artmed**, 2011, 669 p.

PREDEBON, K. M.; MATHIAS, T. A.; AIDAR, T.; RODRIGUES, A. L. Desigualdade sócio-espacial expressa por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1583-94, 2010.

PUCCINI, R. F.; PEDROSO, G. C.; SILVA, E. M. K.; ARAÚJO, N. S.; SILVA, N. N. Equidade na atenção Pré-Natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 35-45, 2003.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, B. A.C. *Obstetricia Fundamental*. 12^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RIBEIRO, E. R.; GUIMARÃES, A. M.; BETTIOL, H.; LIMA, D.D.; ALMEIDA, M; L.; SOUZA, L.; SILVA, A. A.; GURGEL, R. Q. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy Childbirth**. London, v. 9, n. 31. 2009.

ROCHA, R. S.; SILVA, M. G. C. Assistência PN na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 344-355, 2012.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.3, n.2, p. 109-112, 1998.

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. J. O Modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas atividades de vida diária. Lisboa: Climepsi 2001.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1003-1014, May, 2015.

SANTOS, E. M.; AMORIM, L. P.; COSTA, O. L.; OLIVEIRA, N.; GUIMARÃES, A. C. Profile of gestational and metabolic risk in the prenatal care service of a public maternity in the Brazilian Northeast. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 102-6. 2012.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface – Comunic. Saúde Educ**. Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, N. P.; CASTRO, B. G.; GRASSI, M. F. R. Aplicação do protocolo do "Projeto Nascer Maternidades" em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. Recife, v. 9, n. 1, p. 69-76. 2009.

SESA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Informe **Epidemiológico Mortalidade Materna**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?download=1355%3Ainforme-mortalidade-materna>>. Acesso em 05 de jan de 2015.

SILVA, E. P. D.; LIMA, R. T.; COSTA, M. J. D. C.; BATISTA FILHO, M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do Pré-Natal. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 33, n. 5, p. 356-362, 2013.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; FERREIRA, N. L. S.; COSTA, M. J. C. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife, v. 13, n. 1, p. 29-37. 2013.

SILVA, M. G.; GONTIJO, E. E. L.; FERREIRA, D. S.; CARVALHO, F. S.; CASTRO, A. M. C. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. **Universitas: Ciências da Saúde**. Brasília, v. 13, n. 2, p. 93-102, 2015.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção Pré-Natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.131-139, 2001.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. Ações educativas durante a assistência Pré-Natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

TRAN, T. K.; GOTTVALL, K.; NGUYEN, H. D.; ASCHER, H.; PETZOLD, M. Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam. **BMC health services research**. London, v. 12, n. 1, p 40, 2012.

VERANI, L. R.; FERREIRA, J. A.; ROCHAT, R. W.; OLIVEIRA, M.; AMORIM, T.; JIRAN, A.; LEON, J. S. Concordância entre informações do SISPRENATAL e o recordatório materno em relação à idade gestacional no momento do início do cuidado pré-natal. **Rev. méd. Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 24, n. 6, p. 21-27. 2014.

VETTORE, M. V.; DIAS, M.; VETTORE, M. V.; LEAL, M. C. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 13, n. 2, p. 89-100. 2013.

VETTORE, Marcelo Vianna et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 89-100, Jun. 2013.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. London, v. 377, n. 9780, p. 1863-76. 2011.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N. D.; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. D.; LEAL, M. D. C. Assistência Pré-Natal no Brasil. **Cad. saúde pública**. São Paulo, v. 30 v. 1, p. 85-100, 2014.

VILLAR, J.; BA'AQEEL, H.; PIAGGIO, G.; LUMBIGANON, P.; MIGUEL, B. J.; FARNOT, U.; AL-MAZROU, Y.; CARROLI, G.; PINOL, A.; DONNER A, LANGER A, NIGENDA G, MUGFORD M, FOX-RUSHBY J.; HUTTON, G.; BERGSJO, P.; BAKKETEIG, L.; BERENDES, H.; GARCIA, J. WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. **Lancet**. London, v. 357, n. 9268, p. 1551-64. 2001.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nursing Research**, Baltimore, v. 54, n. 1, p. 56-62, 2005.

XIMENES NETO, F. R. G.; LEITE, J. L.; FULY, P. D. S. C.; CUNHA, I. C. K. O.; CLEMENTE, A. D. S.; DIAS, M. S. A.; PONTES, M. A. C. Qualidade da atenção ao Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, 2008.

ZAMPIERI, M. F. M.; GARCIA, O. R. Z.; BOEHS, A. E.; VERDI, M. Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher. **Textos fundamentais - Série Atenção Primária**. Florianópolis, v. 2, p. 311-329. 2010.

ZANCHI, M.; GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; DUMITH, S. D. C. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 1019-1028, 2013.

BASSANI, D. G.; SURKAN, P. J.; OLINTO, M. T. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. **Int Perspect Sex Reprod Health**. New York, v. 35, n. 1, p. 15-20. 2009.

KNIGHT, E.; MORRIS, M.; HEAMAN, M. A Descriptive Study of Women Presenting to an Obstetric Triage Unit With No Prenatal Care. **Journal of Obstetrics and gynaecology Canada: JOGC**. Canadá, v. 36, n. 3, p. 216 – 222, 2014.

ANEXO A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (URSI, 2005).

I. IDENTIFICAÇÃO	
Título do artigo:	
Título do periódico:	
Quantidade de Autores:	Categoria profissional:
País:	
Idioma:	
Ano de publicação:	
II. LOCAL DO ESTUDO	
Local do estudo	
Não identifica o local	
III. REVISTA DE PUBLICAÇÃO	
IV. FATOR DE IMPACTO	
V: DELINEAMENTO DO ESTUDO	
Abordagem do estudo	<input type="checkbox"/> Quantitativo <input type="checkbox"/> Qualitativo <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não menciona
Tipo de estudo:	
Objetivo ou questão da investigação:	
População do estudo:	
Amostra:	
Critérios de inclusão e exclusão	
Intervenções realizadas:	
Tratamento dos dados	
Resultados evidenciados	
Conclusões	
Recomendações dos autores:	
Limitações do estudo:	
Nível de evidência	<input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4; <input type="checkbox"/> 5; <input type="checkbox"/> 6; <input type="checkbox"/> 7

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES COM RISCO

Pesquisador: ELIZIAN BRAGA RODRIGUES BERNARDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49491015.9.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.292.616

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo avaliativo, para analisar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de um serviço escola de atenção primária à saúde. O estudo será realizado no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa (CPN), pertencente ao Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), o qual faz parte da Pró-reitoria de extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de um serviço escola de atenção primária à saúde.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos, clínicos e obstétricos das mulheres que realizaram o pré-natal em um serviço de saúde de Fortaleza;
- Verificar a adequação do acesso e a qualidade do pré-natal oferecido às gestantes de risco habitual;
- Correlacionar os fatores sociodemográficos, clínicos e obstétricos.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA		
VARIÁVEIS ESTRUTURAIS	SIM	NÃO
Infraestrutura		
Tem instalação em prédio construído para o fim específico?		
Tem sala específica e individualizada para consulta?		
Se sim, quantas?		
O consultório dispõe de pia para lavar as mãos?		
O consultório dispõe de um banheiro?		
Tem sistema para regular a temperatura do consultório?		
Tem sala de espera com cadeira?		
Tem sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde?		
Se sim, quantas?		
Oferta das consultas		
Apresenta identificação explícita dos dias e horários de pré-natal?		
Equipamentos		
Tem mesa e cadeiras para entrevista?		
Tem mesa de exame ginecológico?		
Tem escada de dois degraus?		
Tem foco de luz?		
Tem balança antropométrico adulto?		
Tem esfignomanômetro?		
Tem estetoscópio clínico?		
Tem estetoscópio de Pinard?		
Tem sonar Doppler?		
Tem fita métrica flexível e inelástica?		
Tem gestograma ou disco obstétrico?		
Recursos materiais		
Tem álcool 70% com algodão?		
Tem papel toalha?		
Tem gel para sonar?		
Tem água para lavagem das mãos?		
Tem sabão para lavagem das mãos?		

Tem material para coleta de exame colpocitológico?		
Tem impressos?		
Recursos Humanos		
Tem médico atendendo Pré-natal?		
Se sim, quantos?		
Tem enfermeiro atendendo o Pré-natal		
Se sim, quantos?		
Tem técnico de Enfermagem?		
Se sim, quantos?		
Tem agente comunitário de saúde?		
Se sim, quantas?		
Tem apoio Técnico?		
Apoio laboratorial para exames laboratoriais (no local ou de referência)		
Medicamentos/suplementos importantes para o pré-natal		
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E HISTÓRIA REPRODUTIVA		
1 Número do Prontuário: _____		
2.Data do início do PN na gestação atual: _____		
3 Idade: _____		
4 Procedência: _____		
5 Escolaridade (anos de estudo): _____		
6 Renda familiar (valor absoluto): _____		
7 Ocupação atual: _____		
8 Estado civil: 1. () Solteira 2. () Casada 3. () União estável 4. () Outra		
9 Você se considera: 1. () Branca 2. () Negra 3.() Parda/Morena/Mulata 4. () Outra. Qual: _____		
10 História Familiar de: 1. () Hipertensão 2. () Diabetes 3. () Gemelaridade 4. () Má formação 5.() Tuberculose 6. () Outra: _____		
11 Historia Pessoal de: 1. () Hipertensão 2. () Diabetes 3. () Gemelaridade 4. () Má formação 5. () Tuberculose 6. () Infertilidade 7 () Cirurgia pélvica 8 () Cardiopatia 9. () Outra: _____		
12 Água encanada 1() Sim 2() Não 9() NR		

13 Ingere água tratada 1() Sim 2 () Não 9 () NR	
14 Teve IST na vida: 1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
15 Se sim, foi tratada? 1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
16 Teve infecção urinária na gestação anterior 1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
17 Se Sim, foi tratada: 1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
18 Teve Infecção Urinária na gestação atual? 1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
19 Se Sim, quantos episódios? 1 () 1vez 2 () 2 vezes 3 () 3 ou mais vezes	
20 Foi tratada? 1 () Sim, em todos os episódios 2 () Sim, em até dois episódios 3 () Não 9 () NR	
21 Recebeu orientação comportamental para prevenir Infecção Urinária? 1 () Sim 2. () Não 9. () NR	
22 Acompanhamento ginecológico: 1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
23 Periodicidade: _____	
24 Data da última consulta: ___/___/___	
25 GESTA: _____	
26 PARA: _____	
27 ABORTO: _____	
28 Ectópica: _____	
29 Nascidos vivos: _____	
30 Natimortos: _____	
31 Óbito na 1ª sem _____	
32 Óbito após 1ª sem: _____ 1. Causa do óbito: _____	
33 Peso RN < 2500g 1() Sim 2 () Não 9 () NR	
34 Peso RN > 4000g 1() Sim 2 () Não 9 () NR	
35 N° de filhos vivos: _____	
36 N° de partos cesáreos: _____	
37 N° de partos normal: _____	
38 N° de partos com Fórceps: _____	

39 Data da Última gestação: _____	
40 Amamentou o último filho 1. () Sim 2. () Não 9 () NR 99. NA ()	
41 Intercorrências gestacionais prévias: 1. () Sim 2. () Não 9 () NR 99. NA ()	
42 Se sim, qual(is): 1.() Hipertensão 2.() Diabetes 3.() Desnutrição 4.() Cardiopatia 5. () Toxemia 6.() Anemia 7.() Isoimunização 8.() CIUR 9.() Hemorragia 10.() TP prematuro 11.() Rotura Membranas 12. () Parasitose 13.() Leucorreia 14. () Virose 15. () Sífilis 17. () PN alto risco 18. () Outras: _____	
43 Intercorrências na gestação atual: 1. () Sim 2. () Não 9 () NR 99. NA ()	
44 Se sim, qual(is): 1.() Hipertensão 2.() Diabetes 3.() Desnutrição 4.() Cardiopatia 5. () Toxemia 6.() Anemia 7.() Isoimunização 8.() CIUR 9.() Hemorragia 10.() TP prematuro 11.() Rotura Membranas 12. () Parasitose 13.() Leucorreia 14. () Virose 15. () Sífilis 17. () PN alto risco 18. () Outras: _____	
45 Peso Início da gesta/anterior: _____ Kg	
46 Estatura: _____ m	
47. IMC: _____	
48 Peso ao final da gesta: _____ Kg	
49 IMC: _____	
AVALIAÇÃO DE PROCESSO	
50 Idade Gestacional (IG) que iniciou as consultas de PN: _____	
51 Número de Consultas PN Realizadas	
52 Cálculo da IG em quantas consultas: _____	
53 Foi calculado a DPP na 1ª Consulta PN; 1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
54 Se sim, o cálculo foi feito baseado em que parâmetro: 1. DUM () 2. US () 3. DUM e US () 9. () NR	
55 Confirmação da gestação: 1. Clínica () 2. TIG () 3.βHCG () 4. US ()	
56 Foi ofertado no PN sorologia para sífilis (VDRL/RPR): 1. () No 1º e 3º trimestre 2. () Apenas no 1º trimestre 3. () Apenas no 3º Trimestre 4. () Não foi realizado 9. () NR	
57 Foi ofertado no PN sorologia para HIV I e II: 1. () No 1º e 3º trimestre 2. () Apenas no 1º trimestre	

3. () Apenas no 3º Trimestre 4. () Não foi realizado 9. () NR	
58 Foi ofertado no PN o teste de dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht):	
1. () No 1º e 3º trimestre 2. () Apenas no 1º trimestre 3. () Apenas no 3º Trimestre 4. () Não foi realizado 9. () NR	
59 Foi ofertado no PN o teste de glicemia em jejum:	
1. () No 1º e 3º trimestre 2. () Apenas no 1º trimestre 3. () Apenas no 3º Trimestre 4. () Não foi realizado 9. () NR	
60 Foi ofertado no PN o teste de exame sumário de urina (tipo I):	
1. () No 1º e 3º trimestre 2. () Apenas no 1º trimestre 3. () Apenas no 3º Trimestre 4. () Não foi realizado 9. () NR]	
61 Foi ofertado no PN o teste de grupo sanguíneo e fator Rh:	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
62 Foi ofertado no PN o teste de Coombs;	
1. () Sim 2. () Não 3. () Não foi necessário 9. () NR	
63 Foi ofertado no PN o teste de urocultura com antibiograma:	
1. () Sim 2. () Não 3. () Não foi necessário 9. () NR	
64 Foi ofertado no PN o teste de exame parasitológico de fezes:	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
65 Foi ofertado no PN o teste de colpocitologia oncótica:	
1. () Sim 2. () Não 3. () Não foi necessário 9. () NR	
66 Foi ofertado no PN o teste de bacterioscopia do conteúdo vaginal:	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
67 Foi ofertado no PN o teste de eletroforese de hemoglobina:	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
68 Foi realizado incentivo ao parto normal e redução da cesariana:	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
69 Foi realizado Ultrassonografia:	
1. () < 14 semanas 2. () ≥ 14 semanas 3. () Não foi realizado 9. () NR	
70 Foi realizado imunização antitetânica:	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
71 Foi realizado imunização contra Hepatite B:	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
72 Foi realizado imunização contra influenza:	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
73 Foi ofertado medicamento adequados (ácido fólico e sulfato ferroso):	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	

<p>74 Foi realizada Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação:</p> <p>1. () Sim. Em todas as consultas de PN 2. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em mais da metade) 3. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em menos da metade) 4. () Não 9. () NR</p>	
<p>75 Foi avaliada a Pressão Arterial da gestante:</p> <p>1. () Sim. Em todas as consultas de PN 2. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em mais da metade) 3. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em menos da metade) 4. () Não 9. () NR</p>	
<p>127 Foi realizado avaliação da altura uterina:</p> <p>1. () Sim. Em todas as consultas de PN 2. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em mais da metade) 3. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em menos da metade) 4. () Não 9. () NR</p>	
<p>76 Foi realizado avaliação de movimentos fetais:</p> <p>1. () Sim. Em todas as consultas de PN 2. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em mais da metade) 3. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em menos da metade) 4. () Não 9. () NR</p>	
<p>77 Foi realizado avaliação de edema:</p> <p>1. () Sim. Em todas as consultas de PN 2. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em mais da metade) 3. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em menos da metade) 4. () Não 9. () NR</p>	
<p>78 Foi avaliado os BCF:</p> <p>1. () Sim. Em todas as consultas de PN 2. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em mais da metade) 3. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em menos da metade) 4. () Não 9. () NR</p>	
<p>79 Foi Realizada práticas educativas, abordando temáticas importante para a gestante:</p> <p>1. () Sim, individualmente 2. () Sim, em grupo 3. () Não 9. () NR</p>	
<p>80 Foi realizada escuta ativa da mulher e de seu acompanhante, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta:</p> <p>1. () Sim. Em todas as consultas de PN 2. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN</p>	

3. () Não 9. () NR	
81 Foi realizado avaliação de classificação de risco da gestação:	
1. () Sim. Em todas as consultas de PN	
2. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em mais da metade)	
3. () Sim. Mas não foi avaliado em todas as consultas de PN (em menos da metade)	
4. () Sim. Apenas na primeira consulta.	
4. () Não 9. () NR	
82 Foi ofertado orientações sobre aleitamento materno	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
83 Consulta de retorno no puerpério	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
84 Foi ofertado orientações sobre sinais e sintomas anormais na gestação	
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
85 Foi ofertado orientações sobre cuidados com o recém-nascido	101
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
86 Foi ofertado orientações sobre os tipos de parto	102
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
87 Foi ofertado informações sobre os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas	103
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
88 Foi ofertado informações sobre o uso de medicações na gestação	104
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
89 Foi ofertado curso de gestantes	105
1. () Sim 2. () Não 9. () NR	
AVALIAÇÃO DE RESULTADO	
01 Idade Gestacional (IG) que iniciou as consultas de PN: _____	
02 Número de Consultas pré-natais realizadas:	
03 Amamentou o filho na 1ª hora de vida? 1. Sim () 2. Não ()	
04 Se não, porquê?	
05 Participou em no mínimo uma atividade de educação em saúde extra-consulta PN?	
1. Sim () 2. Não ()	
06 Ganhou peso gestacional em conformidade com a idade gestacional?	
1. Sim () 2. Não ()	

07 Teve intercorrências clínicas ao longo da gestação? 1. Sim () 2. Não ()					
08 Teve intercorrências clínicas no parto? 1. Sim () 2. Não ()					
09 Realizou consulta puerperal no pós-parto? 1. Sim () 2. Não ()					
10 Quantos dias de pós-parto?					
11 Tipo de parto? 1. Normal () 2. Cesáreo () 3. Fórceps ()					
12 Se cesáreo, qual a indicação?					
13 Criança a termo? 1. Sim () 2. Não ()					
14 Peso adequado ao nascer? 1. Sim () 2. Não ()					
15 Natimortos: _____					
16 Óbito na 1ª sem _____					
17 Óbito após 1ª sem: _____					
18 Causa do óbito: _____					
19 Peso RN < 2500g 1() Sim 2() Não 9() NR					
20 Peso RN > 4000g 1() Sim 2() Não 9() NR					
21 Diagnóstico de sífilis congênita? 1() Sim 2() Não 9() NR					
22 Diagnóstico de tétano neonatal? 1() Sim 2() Não 9() NR					
23 Diagnóstico de transmissão vertical do HIV? 1() Sim 2() Não 9() NR					
4. SATISFAÇÃO DA PUÉRPERA COM A ASSISTÊNCIA PN	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito Satisfeito
Qual a sua satisfação quanto à localização da unidade de saúde que realizou o PN?					
Qual a sua satisfação quanto à infraestrutura do serviço de saúde em que realizou o PN?					
Qual a sua satisfação quanto conforto e a aparência do serviço de saúde no qual realizou seu PN?					
O quanto está satisfeito quanto as habilidade técnicas do profissional de saúde que realizou seu PN?					
Qual a sua satisfação quanto à confiança nos procedimentos, condutas e orientações do profissional de saúde que realizou seu PN?					
Qual a sua satisfação sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?					

Qual a sua satisfação quanto ao tempo de espera para realizar a consulta PN?					
Você ficou satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante a consulta PN (p. ex. porta fechada, ausência de interrupções durante suas conversas com os profissionais)?					
Qual a sua satisfação quanto ao número de profissionais no serviço para a quantidade de gestante?					
Ficou satisfeito com as orientações recebidas durante as consultas pré-natais?					
	Não, de forma alguma	Não, acho que não	Talvez	Sim, acho	Sim, com certeza
Caso engravide novamente, realizaria o PN no mesmo serviço?					
Se uma amiga ou uma pessoa da família engravidasse, você indicaria o serviço de saúde, você o encaminharia ao serviço de saúde que você realizou seu PN?					
O profissional de saúde te deixou a vontade para que pudesse expressar suas opiniões, dúvidas e queixas durante as consultas?					
Você achou que o profissional se importava com sua saúde e do seu filho?					
	Não, de forma alguma	Raramente	As vezes	Sim, na	Sim, sempre
O profissional ao realizar a avaliação física e obstétrica, informava o que estava fazendo?					
	De forma alguma	Não muito	Mais ou menos	Muito	Extremamente
Você achou o número de consultas realizadas suficientes?					
Está satisfeita com o serviço Pré-natal?					
De que você gostou mais neste serviço?					

Na sua opinião, o serviço poderia ser melhorado? 1. Sim () 2 Não () 3 Não sei ()

Se sim,como?

**APÊNDICE B - AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO QUANTO APARÊNCIA E
CONTEÚDO**

VALIDAÇÃO DE FACE E CONTEÚDO	
1)	O conteúdo das perguntas reflete os itens necessários para avaliar a qualidade da assistência PN de gestantes de risco habitual? () Sim () Não () Em parte
SUGESTÕES:	
COMENTÁRIOS:	
2)	Nas questões e alternativas existem termos ou expressões que não condizem com a identificação dos fatores relacionados à assistência PN? () Sim () Não () Em parte
SUGESTÕES:	
COMENTÁRIOS:	
3)	A forma de abordagem e o conteúdo das perguntas e alternativas estão com o vocabulário adequado? () Sim () Não () Em parte
SUGESTÕES:	
COMENTÁRIOS:	
4)	As perguntas e opções demonstram clareza e objetividade? () Sim () Não () Em parte
SUGESTÕES:	
COMENTÁRIOS:	
5)	É necessário fazer alguma alteração gramatical ou correção? () Sim () Não () Em parte
SUGESTÕES:	
COMENTÁRIOS:	
6)	1) As perguntas mensuram o que destinam medir? () Sim () Não () Em parte
SUGESTÕES:	
COMENTÁRIOS:	
Nome do especialista da área ou especialista em validação de conteúdo e de face	

Instituição:
Cargo:
Considerações Finais:

Obrigada por todas as contribuições,

Elizian Bernardo.

APÊNDICE C - CONVITE PARA JUÍZES

Prezadas colegas,

Estamos desenvolvendo um estudo em nível de mestrado, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, que tem como título **Avaliação da Assistência PN de Gestantes com Risco Habitual**, que será realizado em prontuários de mulheres atendidas no setor de Assistência PN do Centro de Parto Natural (CPN) Lígia Barros Costa. O estudo tem como objetivo avaliar a assistência PN prestada na referida instituição.

Será utilizado como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado construído a partir do prontuário utilizado no atendimento da CPN e na literatura pertinente.

As atividades que solicito a sua contribuição referem-se a:

- 1- Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 2- Leitura das orientações sobre o instrumento para que assim fique bem elucidado cada variável utilizada no questionário;
- 3- Apreciação e análise do inquérito (validação de face e conteúdo) quanto:
 - clareza dos itens;
 - forma de apresentação do instrumento;
 - abrangência das variáveis utilizadas para avaliar a qualidade da assistência PN .
- 4- Realização de comentários, críticas e sugestões sobre cada item contido no inquérito.

Deste modo, fica a seu critério a inclusão, exclusão ou alteração de qualquer pergunta ou item que considerar pertinente.

Agradeço antecipadamente sua disponibilidade em partilhar o seu conhecimento e experiência, que será de suma importância para a continuidade dessa tese. Colocamo-nos à disposição para maiores e eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Elizian Braga Rodrigues Bernardo

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 87660409.

Email: elizbernardo@hotmail.com

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

Sou ELIZIAN BRAGA RODRIGUES BERNARDO, mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo um estudo sob intitulado **Avaliação da Assistência PN de Gestantes com Risco Habitual**, que será realizado em prontuários de mulheres atendidas no setor de prevenção ginecológica do Centro de Parto Natural (CPN) Lígia Barros Costa. O estudo tem como objetivo identificar os indicadores de qualidade da assistência PN realizada na Casa de Parto Natural Lígia Barroso (CPN).

Para alcançar o objetivo, será utilizado como instrumento para coleta de dados um formulário estruturado construído a partir do prontuário utilizado no atendimento da CPN e baseado na literatura pertinente, composto por variáveis sócio-demográficas, sexuais, obstétricas da mulher e assistência PN. Para tanto, o inquérito precisa ser submetido a um rigoroso protocolo de avaliação, ou que se denomina validade de conteúdo, para conferir maior credibilidade ao instrumento. Logo, venho por meio deste convidá-la a participar do meu estudo na qualidade de juiz.

Desta forma, a senhora receberá uma cópia do instrumento e um questionário para avaliação do inquérito.

Sua participação neste estudo é livre e exigirá além de sua disponibilidade de tempo para validar o instrumento, um encontro (virtual ou pessoal) com o pesquisador para que possamos juntos discutir e fazer um síntese de sua apreciação do material, caso considere necessário.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (085) 996979219 ou E-mail: elizbernardo@hotmail.com.

Eu, _____ RG _____ após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura da Expert (Juiz)

Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PÚBLICO-ALVO)**

Prezada senhora,

Estou convidando a senhora a participar de um estudo que está sob minha responsabilidade. Nesse estudo pretendo avaliar a qualidade da assistência PN de gestantes com risco habitual. As participantes serão puérperas que comparecerem a consulta puerperal na Casa de Parto Natural Lígia Barroso. Pretendemos com esta pesquisa contribuir para a prestação de uma assistência de Enfermagem mais qualificada as gestantes, parturientes e puérperas no que tange a qualidade da assistência PN.

Caso a senhora concorde em participar do estudo, realizarei uma série de questionamento com o intuito de verificar os indicadores de qualidade da assistência, bem como sua satisfação com a assistência recebida durante o PN. Além disso, Sua participação neste estudo é livre e deve durar em média 15 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora. A senhora poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador) e a outra, com você (entrevistada).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética de UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Elizian Braga Rodrigues Bernardo

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: elizbernardo@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados