



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MARIANA LIRA DÁLIA

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA
ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL NAS UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA DE SANTO
ANTÃO, PERNAMBUCO, BRASIL.**

**RECIFE
2011**

MARIANA LIRA DÁLIA

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA
ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL NAS UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA DE SANTO
ANTÃO, PERNAMBUCO, BRASIL.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Isabella Chagas Samico

Coorientadora: Louisiana Regadas de Macedo Quinino

RECIFE
2011

MARIANA LIRA DÁLIA

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA
ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL NAS UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA DE SANTO
ANTÃO, PERNAMBUCO, BRASIL.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 27 de setembro de 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr Petrônio Martelli

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/CPqAM FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a Suely Arruda Vidal – IMIP

Prof^a. Dr^a Isabella Chagas Samico – IMIP

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pelas oportunidades que a vida me tem apresentado, por ter compartilhado desse momento com pessoas que conheci durante esse percurso, mas que se tornaram tão importantes para mim, principalmente nos momentos difíceis em que estas se fizeram presentes de uma forma única.

E ainda pela felicidade de em momentos tão turbulentos ter feito amizades verdadeiras e sinceras com Juliana Sampaio, Juliana Sena, Simone Caetano e Greciane Soares, a quem hoje posso chamar de amigas.

Não posso deixar de agradecer, em especial, aos meus pais e ao meu marido por terem entendido a ausência e a falta de paciência para solucionar questões em alguns momentos.

A minha família, por sempre torcer junto comigo por minhas conquistas.

As minhas amigas, que me forneceram momentos de escuta, distração e alegria quando todos os sentimentos estavam confusos e me levavam a querer desistir.

A minha amiga-irmã Fabiola Paiva por estar sempre ao meu lado.

As minhas orientadoras Isabella Samico e Louisiana Quinino por acreditarem na minha capacidade de superar as adversidades.

Aos meus clientes, por compreenderem a ausência, quando necessitavam que eu estivesse presente

Muito Obrigada!

RESUMO

O estudo avalia a atenção pré-natal e puerperal nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, considerando as ações preconizadas pelo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, proposto pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Realizou-se uma avaliação normativa para determinar o grau de implantação (GI) das ações de pré-natal e puerpério por meio da apreciação da estrutura e do processo. Construiu-se o modelo lógico da atenção pré-natal e puerperal, a partir do qual se procedeu à construção do instrumento de coleta de dados, que foi aplicado aos profissionais daquelas unidades que realizam esta atenção. Cada unidade foi observada em três componentes de análise: acolhimento, consultas e ações de educação em saúde. O grau de implantação da atenção pré-natal e puerperal foram definidos através do somatório dos pontos das dimensões de estrutura e processo, cada uma recebeu o máximo de 100 pontos, com peso 4 para a dimensão estrutura e peso 6 para a dimensão processo. Para determinação do GI da atenção pré-natal e puerperal foram considerados os seguintes pontos de corte e classificação: implantado - entre 89,1 a 100 pontos; parcialmente implantado - entre 64,1 e 89 pontos; criticamente implantado - entre 49,1 e 64 pontos; não implantado – igual ou abaixo de 49 pontos. Apesar de o grau de implantação ter-se apresentado como *implantado* para as unidades da ESF, algumas falhas como falta de capacitação para os profissionais, equipes incompletas, unidades com estruturas muito diferentes umas das outras e a não realização de alguns exames laboratoriais solicitados pelos profissionais puderam ser observadas. Propõe-se, com base nos resultados, melhorias estruturais das unidades do município, capacitação para os profissionais e fortalecimento da rede de serviços.

Palavras-chave: cuidado pré-natal, período pós-parto, avaliação em saúde, atenção básica.

ABSTRACT

The study evaluates the prenatal and puerperal care in the Units of the Family Health Strategy (FHS) at the municipality of Vitória de Santo Antão, Pernambuco. It was considered the standard activities described in the Technical Document about Postpartum Period and Prenatal Care proposed by the Humanization Program in the Prenatal care and Birth. It was carried out a normative evaluation in order to determine the implementation degree of prenatal and puerperium actions taking into account the structure and process dimensions. A logic model of the prenatal and puerperal care was elaborated from which the data collection tool was constructed. It was applied interviews with professionals of health units that develop prenatal and puerperal care in the municipality. Each unit was observed according three components of analysis: user embracement, consultation and health education actions. The implementation degree of prenatal and puerperal care was defined by the sum of points of the structure and process dimensions. Each one received a maximum of 100 points and it was attributed a weight value of 4 to structure and 6 to process. It was considered the following cut-off points and classification for the implementation degree of the prenatal and puerperal care: implemented – 89.1 to 100 points; partially implemented – 64.1 to 89 points; critically implemented – 49.1 to 64 points; not implemented – equal or below 49 points. Despite the implementation degree presented as implemented for the ESF units, it was observed some negative results like a lack of training, incomplete team of professionals, units with great different structures and failure to develop some laboratorial tests. Supported by the results, it is proposed improvement on the structure of the municipality units, professional training and strengthening of health services network.

Key words: prenatal care, postpartum period, health evaluation, primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão
DIRES	Diretoria Regional Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor Regionalização
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Modelo lógico da Atenção Pré-Natal e Puerperal nas Unidades de Saúde da Família. Vitória de Santo Antão, PE – 2011.....	25
Quadro 2 – Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação da Atenção Pré-Natal nas unidades de saúde da família, dimensão estrutura . Vitória de Santo Antão – PE, 2011.	29
Quadro 3 – Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação da Atenção Pré-Natal nas unidades de saúde da família, dimensão processo . Vitória de Santo Antão – PE, 2011.....	32
Tabela 1. Grau de implantação da dimensão Estrutura por Unidade de Saúde da Família e total segundo a pontuação obtida para cada critério por componente. Vitória de Santo Antão, PE – 2011.....	39
Tabela 2. Grau de implantação da dimensão Processo por Unidade de Saúde da Família e total segundo a pontuação obtida para cada critério por componente. Vitória de Santo Antão, PE – 2011	42
Tabela 3. Grau de Implantação da Atenção Pré-Natal e Puerperal por Unidade de Saúde da Família e total segundo as dimensões de estrutura e processo. Vitória de Santo Antão, PE – 2011	48

SUMÁRIO

Sumário

INTRODUÇÃO	10
JUSTIFICATIVA	19
OBJETIVOS	20
MÉTODOS	21
Local do estudo	21
Desenho do estudo	21
População do estudo	22
Período do estudo	22
Modelo Lógico	22
Variáveis do Estudo	24
Coleta dos dados e Instrumentos	35
Processamento e Análise dos dados	35
Aspectos Éticos	37
RESULTADOS	38
DISCUSSÃO	50
CONCLUSÃO	57
RECOMENDAÇÕES	58
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE 1	67
APÊNDICE 2	73

1. INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Pré-Natal e Puerperal

Os cuidados com a saúde da mulher, principalmente com a gestante foram incorporados às políticas de saúde desde o início do século XX, principalmente por se ter a concepção de que da mulher dependem os cuidados com os outros integrantes da família¹. Neste período havia um grande enfoque na concepção biológica, principalmente o período gestacional.

Até o século XIX, estar grávida e ter um filho eram acontecimentos da vida privada, vivenciados pelas mulheres apenas em seu meio familiar. As mudanças desta situação são marcadas pela entrada de novos atores que são introduzidos neste cenário que são os médicos para as mulheres com boa situação financeira e cirurgiões-barbeiros para as outras mulheres. Por isso mesmo, a entrada do médico para cuidar da gestante gera uma mudança na percepção deste evento na vida da mulher, deixando a concepção de um momento familiar para a percepção da gravidez como evento biológico.²

Ocorre ainda, no início do século XX a mudança do local de ocorrência do parto e a participação dos profissionais de saúde como protagonista deste evento e a razão principal para a ocorrência destas mudanças foi a mortalidade materna e perinatal. A partir da introdução de determinadas técnicas médicas, a mortalidade de mulheres e recém-nascidos caiu significativamente e atualmente em países desenvolvidos, a ocorrência de óbitos maternos é incomum².

Entende-se como assistência pré-natal a capacidade de prevenir, diagnosticar e tratar ocorrências indesejadas no período gestacional garantindo a saúde da gestante e buscando evitar problemas no parto, no puerpério e na saúde do recém-nascido e problemas na prestação deste serviço podem levar a maiores índices de morbidade e mortalidade neste grupo populacional^{3,4}. Como puerpério, compreende-se o período

em que as modificações corporais provocadas pela gravidez e parto começam a retornar à situação do estado pré-gravídico. Inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término impreciso, pois enquanto a mulher amamentar, estará sofrendo modificações da gestação, não retornando seus ciclos menstruais normais. Pode-se dividir o puerpério em imediato (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia)⁵.

Com isso, a atenção pré-natal é o desenvolvimento de ações para o acompanhamento da evolução normal da gravidez; busca preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação e tenta também identificar o mais rápido possível as situações de risco, encaminhando para serviço especializado. Essas medidas possibilitam a prevenção das complicações mais freqüentes da gravidez e do puerpério, buscando através dessas ações o controle da mortalidade materna⁶.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS a morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação à ela, não devida a causas acidentais ou incidentais, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão (CID-10)⁷.

Segundo Cecatti et al⁸, há dois grupos de classificação para a morte materna, as de causas diretas e as de causas indiretas, sendo as mortes obstétricas diretas as que resultam de complicações na gravidez, parto e puerpério, decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma destas situações e as mortes obstétricas indiretas as que resultam de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolvem durante a gravidez e que não foram

decorrentes de causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez^{8,9}.

As causas diretas de morte materna são apontadas como as responsáveis pela maior parte dos óbitos em países em desenvolvimento, tornando-se destaque ainda porque a maior parte desses óbitos seria evitável^{8,9}. As principais causas de mortes maternas diretas no Brasil são hemorragias, hipertensão, infecções puerperais, doenças do aparelho respiratório complicadas pela gestação, parto e puerpério e o aborto⁸.

Com relação à mortalidade infantil esta tem relação direta com a qualidade da assistência prestada à gestante. Esta é entendida como o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, podendo ainda ocorrer a mortalidade neonatal que é o número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, considerando os mesmos cálculos de população e o espaço geográfico para a mortalidade infantil¹⁰.

Segundo Andrade et al¹¹, em relação à mortalidade neonatal, estaria entre 25% e 62% o percentual de mortes que são consideradas preveníveis e que poderiam ser reduzidas com a melhoria dos cuidados durante o pré-natal, o pronto reconhecimento das complicações intraparto e o rápido encaminhamento da mulher ao hospital⁹.

Apesar da ampliação na cobertura da assistência pré-natal no Brasil ocorridas entre os anos de 1995 e 2005 dados epidemiológicos ligados às causas dos óbitos maternos reforçam a percepção de que os serviços apresentam uma baixa qualidade não atendendo às reais necessidades da gestante¹², pois muitos estudos realizados nos país buscam contemplar apenas o número de consultas realizadas ou o

tipo de parto, colocando em segundo plano a forma como são realizadas as consultas e se estas atendem as dúvidas e as necessidades das gestantes⁴.

Por isso mesmo, para que se compreenda os cuidados desenvolvidos na atenção à gestante e o que está sendo feito na busca por diminuir os índices de mortalidade materna e infantil no Brasil, faz-se necessário conhecer quais ações e como estas são implementadas pela saúde pública no país.

1.2 Atenção Pré-Natal e Puerperal na Estratégia de Saúde da Família

Antes da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994 surge no Brasil em 1983 a proposta do Ministério da Saúde de rever a forma de atuação sobre a saúde da mulher rompendo com a antiga percepção de olhar a mulher apenas em sua função materna. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propunha ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, promovendo assistência à mulher em relação à clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama^{13,14,15}.

No ano 2000 é lançado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que parte da compreensão de que os programas de atenção à mulher são os mais antigos dos programas de saúde, mas encontra-se ainda como um desafio prestar um serviço de qualidade. O PHPN busca reduzir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, assegurando a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido^{2,16,17}.

O Programa baseia-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do

puerpério. Para a realização nessas condições compreende-se a humanização a partir de dois aspectos fundamentais^{16,17}. Um deles é o respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, requer uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que não imponham o tradicional isolamento à mulher neste período².

O outro é a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido¹⁶.

O PHPN^{2, 17} tem por base três componentes para sua execução:

O primeiro tratava da assistência pré-natal; o segundo componente apresentava as questões relativas à Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal na área hospitalar; e o terceiro componente instituía nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Esta estratégia deveria ser compreendida dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica, com o objetivo de contemplar integralmente as instâncias da gestão indispensáveis para alcançar estes objetivos. (pag.14)

Como forma de subsidiar o acompanhamento pré-natal e o puerpério o Ministério da Saúde¹² elabora um manual técnico que tem a finalidade de servir como uma referência para a organização dos serviços, a capacitação dos profissionais e a normatização das práticas. Este foi construído levando em consideração aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Este manual além de favorecer a normatização do atendimento nos serviços busca facilitar a avaliação das intervenções realizadas no pré-natal, quando indica condições básicas para se considerar o mesmo realizado por completo, tomando por

base sua capacidade estrutural como também a capacitação de seus recursos humanos para desenvolver as atividades previstas.

Quando a Estratégia de Saúde da Família é implantada os serviços de atenção à saúde da mulher passam a ser executados prioritariamente pela unidade de saúde da família (USF). Dentre esses, a assistência pré-natal que se caracteriza como uma intervenção constituída por ações preventivas e educativas que tem por finalidade acolher a mulher desde o início de sua gravidez. Considera o contato freqüente e planejado com a gestante, identificação de gestações de alto risco e encaminhamento para serviços especializados e intervenções precoces nos problemas que possam afetar a gestação. Com isso, evitam-se complicações posteriores para a saúde da mulher e da criança que vai nascer, garantindo que a gestação chegue ao fim com o nascimento de um feto saudável e com a saúde materna preservada¹⁸.

No desenvolvimento dessa intervenção é papel dos profissionais o desenvolvimento de uma escuta atenta das gestantes durante as consultas para transmitir o apoio e a confiança necessários para que estas conduzam com autonomia suas gestações e partos. Para isso se faz necessário a troca de experiências entre as mulheres e os profissionais de saúde, nas ações educativas, pois estes momentos facilitam a compreensão desta etapa da vida da mulher¹⁹.

O acompanhamento pré-natal na ESF deve ser prestado por equipe multiprofissional. Contudo há a necessidade de uma equipe mínima formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), cada um com sua função¹².

A função do médico é realizar as consultas de pré-natal, intercalando esta função com o enfermeiro que de acordo com o decreto 94.406/ 87 tem a condição de realizar consultas de pré-natal e puerpério em um pré-natal classificado como de

baixo risco. O médico e a enfermagem ainda realizam a coleta do material citopatológico e encaminha para laboratório de referência, solicitando de exames complementares fora da unidade e os encaminhamentos das gestantes de alto risco aos serviços especializados, bem como orienta as gestantes quanto a condutas de risco e atualiza o cartão de acompanhamento da mesma a cada consulta¹².

O enfermeiro além da consulta, e da solicitação de exames, realiza ações educativas junto com os demais membros da equipe, encaminha a gestante identificado como de risco para serviço que realiza pré-natal de alto risco, realiza visitas domiciliares quando necessário e atualiza o cartão da gestante a cada consulta. O técnico de enfermagem verifica os dados de peso, altura e pressão arterial e os anota no cartão da gestante, aplica as vacinas, entrega as medicações necessárias e elabora as ações educativas junto com os demais profissionais da equipe¹².

Os agentes comunitários de saúde têm a função de realizar as visitas domiciliares identificando possíveis gestantes na comunidade, encaminhar as mesmas ao serviço para posteriores consultas, orientar quanto a noções de higiene, identificar questões familiares na aceitação da gestação, principalmente no caso de adolescentes e repassar isso aos demais membros da equipe, realizar as visitas no período puerperal, acompanhando o aleitamento materno e orientar a mulher e seu parceiro quanto ao planejamento familiar¹².

1.3 A Importância da Avaliação nas Ações do Pré-Natal e Puerpério

A avaliação de programas e intervenções em saúde pode contribuir com a busca pela qualidade dos serviços prestados à população. Apesar da grande importância dada ao processo avaliativo, avaliar programas e serviços de saúde com base na qualidade da prestação dos serviços é uma tarefa complexa por ser o conceito de qualidade muito abrangente e de difícil definição, pois o mesmo comporta

interpretações pouco precisas que podem variar dentro de um mesmo contexto histórico ou culturas diferentes e ainda podem sofrer influência de questões econômicas ou políticas²⁰.

Para estas avaliações, compreende-se intervenção como o conjunto dos meios necessários para a execução de uma ação seja este meio físico, humano, financeiro ou simbólicos, sendo organizados em um contexto específico, em uma dada situação, para produzir bens e serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática²¹.

Levando em consideração essa multiplicidade de influências na percepção da qualidade, os processos avaliativos se baseiam em conceitos e tipologias propostos para a avaliação de programas e serviços de saúde. Dentre estes está o modelo conceitual definido por Donabedian que com base no modelo sistêmico busca observar a relação existente entre a estrutura, o processo de trabalho e os resultados atingidos. Este modelo tem boa aceitação na área de saúde por se adequar bem aos programas e serviços organizados seguindo a lógica de recursos, atividades e serviços realizados²¹.

Alguns estudos enfocando a qualidade da atenção pré-natal têm sido realizados no Brasil. Em 2001, antes da elaboração do Manual Técnico da Atenção Pré-Natal e Puerperal, foi realizado um estudo avaliativo buscando entender a qualidade da atenção pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do estado do Ceará, enfocando o nível primário da atenção²².

O estudo tomou por base dados referentes à contaminação de sífilis em recém-nascidos, a relação de óbitos maternos com a alta da pressão arterial e ainda a não vacinação de gestantes contra o tétano, que segundo os pesquisadores evidenciariam a baixa qualidade dos serviços prestados à gestante no país. Os resultados desta pesquisa demonstraram que a população desta microrregião está praticamente coberta (100%)

pela ESF, o que tem contribuído para a melhoria do acesso das gestantes ao atendimento pré-natal, gerando boa cobertura de acompanhamento por agentes de saúde e consultas, bem como excelente cobertura vacinal para o tétano. Entretanto, observou-se que a captação precoce das gestantes necessita de melhorias, em que pese o número de consultas por gestantes encontrar-se satisfatório. Ressalta-se ainda a importância da implantação e utilização dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC com o intuito de avaliar, continuamente, a assistência pré-natal.

A pesquisa identificou pontos de entraves que o Manual normatizou como forma de padronizar a oferta de serviços na atenção à saúde da gestante, entre eles estão um percentual significativo de gravidez na adolescência, a ausência de padronização na dinâmica das consultas médicas e de enfermagem, e necessidade de criação de um protocolo, em uma perspectiva do trabalho em equipe, tendo-se a compreensão de que consultas médicas e de enfermagem não se sobrepõem²².

Com isso, tornam-se válidos novos estudos avaliativos da atenção pré-natal já que outras pesquisas^{2,13,15} identificaram a necessidade de normatização das ações do pré-natal, principalmente tomando por base o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando que uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade pode influenciar na prevenção da mortalidade materna e infantil e apesar desta ser uma das mais antigas práticas em saúde no país, a atenção pré-natal encontra-se ainda como foco das ações de saúde principalmente quando observamos os altos índices de mortalidade materna que demonstram-se além do esperado e a redução desta é uma das prioridades da atual gestão da saúde no Brasil.

Por isso se faz necessária a sistematização das avaliações das ações de pré-natal e puerpério na atenção básica, pois compreende-se que um acompanhamento de qualidade resultaria em melhora nos índices de mortalidade materna no país.

Como o nordeste do país ainda apresenta altos índices de mortalidade materna, dentre as outras regiões do Brasil e estando Pernambuco entre os estados que revela em seus números possíveis dificuldades de enfrentar essa situação, o estudo buscou contribuir com a melhoria da atenção prestada à gestante, quando se propôs conhecer como está sendo prestado o serviço para este público.

A cidade de Vitória de Santo Antão foi escolhida para esse estudo por ser um importante município da zona da mata pernambucana, apresentando destaque em relação à estruturação de seu sistema de saúde quando comparado aos municípios vizinhos, tornando-se em muitos momentos referência de serviços para os mesmos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar a implantação da atenção pré-natal e puerperal das Unidades de Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, entre maio de 2010 e setembro de 2011.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar o grau de implantação da estrutura e do processo da atenção pré-natal e puerperal das USF de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.
2. Determinar o grau de implantação da atenção pré-natal e puerperal nas USF de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.
3. Identificar as principais falhas e fortalezas da estrutura e do processo, segundo a perspectiva normativa.

4. MÉTODO

4.1 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido nas unidades de saúde da família em Vitória de Santo Antão, município da zona da mata do estado de Pernambuco, o qual tem uma população estimada de 129. 974 habitantes²³. Limita-se com os municípios de Glória do

Goitá, Pombos, Moreno, Escada e Cabo de Santo Agostinho e sua área de extensão é de 372 km², encontrando-se distante 53 km² da capital Recife.

O estado de Pernambuco é dividido em regionais de saúde e segundo dados do Plano Diretor Regionalização (PDR) – 2006, Vitória de Santo Antão está localizada na I Diretoria Regional Saúde (DIRES)²⁴.

Em relação às unidades de saúde o município atualmente conta com 26 Unidades de Saúde da Família e com quatro unidades de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o município conta atualmente com 207 Agentes Comunitário de Saúde. Dispõe ainda de um laboratório próprio e convênio com mais dois da rede privada, uma clínica de fisioterapia, um ambulatório de psiquiatria, um centro de testagem e acolhimento (CTA), um centro de saúde da mulher (CESMU), um centro de saúde para crianças e outro para adultos com profissionais de diversas especialidades, um centro de especialidades odontológicas (CEO) e um centro de odontologia municipal (CENOV), além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e de um hospital público gerenciado pelo estado que realiza além de atendimentos de urgência, os partos do município em conjunto com duas outras unidades privadas conveniadas com o SUS.

4.2 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de avaliação do tipo normativo²¹ da atenção pré-natal tomando como padrão os documentos Assistência Pré-Natal: Manual Técnico²⁵ e Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde¹².

4.3 População do Estudo

Foram considerados como população para esse estudo os profissionais de nível superior (enfermeiro ou médico) das 26 unidades de saúde da família do município que são habilitadas para realização da atenção pré-natal. Como critério de inclusão, o profissional deveria ter acompanhado ao menos um pré-natal completo em período anterior ao momento da pesquisa.

4.4 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de maio de 2010 a setembro de 2011.

4.5 Modelo Lógico

Para a determinação do Grau de Implantação (GI), precisam-se ser seguidos alguns passos. O primeiro passo foi construção do modelo lógico da intervenção (Atenção Pré-natal) o qual é compreendido como um esquema visual de como uma intervenção deve ser implementada e seus possíveis resultados²⁶. O modelo lógico desse estudo foi construído com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde^{12, 25}:

- a) Assistência Pré-Natal – Manual Técnico, 2000.
- b) Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada – Manual Técnico, 2005.

Neste modelo, estão explicitadas as informações necessárias para avaliar a qualidade de uma boa atenção pré-natal tendo por base a avaliação da estrutura, do processo e do resultado entendendo-se como estrutura os recursos materiais e humanos disponíveis no serviço e necessários para a realização das atividades e sua própria estrutura organizacional, o processo como o que está sendo feito em termos de manejo dos problemas apresentados pelos usuários do serviço (ações executadas) e o resultado

como o efeito dos cuidados no estado de saúde dos usuários, resultante da interação desses com o serviço²⁷.

Para fins de construção do modelo lógico, foram considerados como componentes e subcomponentes da intervenção:

- a) Acolhimento das mulheres e gestantes que procuram o serviço: aspecto essencial da política de humanização que implica na recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência sempre que necessário. Para esse componente não foram definidos subcomponentes.
- b) Consultas: são todas as condutas do profissional nas ações da atenção pré-natal, considerando todas as peculiaridades deste momento da vida da mulher levando em consideração ainda sua história de vida e seus antecedentes familiares, ginecológicos e obstétricos. Para esse componente, foram considerados os seguintes subcomponentes: Primeira Consulta; Consultas Subseqüentes; Consulta de Puerpério; Aconselhamento para Testagem Anti-HIV.
- c) Ações de educação em saúde: seguem a proposta de troca de informação entre as mulheres e os profissionais da equipe para promover a compreensão do processo gestacional tanto para a gestante como para seus familiares, facilitando para os mesmos a vivência deste período. Para esse componente não foram definidos subcomponentes.

Além dos componentes e subcomponentes, o modelo lógico elaborado contempla os insumos, o processo (atividades), os produtos e o resultado (Quadro 1).

4.6 Variáveis do Estudo– Matriz de julgamento

O segundo passo para determinação do grau de implantação de uma intervenção é a elaboração de uma matriz contendo as variáveis do estudo e como foi feito o julgamento de valor das mesmas, baseado em critérios numéricos. Para tanto, foram elaboradas duas matrizes, uma para apreciação da dimensão da estrutura e outra para apreciação da dimensão do processo, contendo os componentes, os critérios, o padrão/parâmetro de julgamento de cada critério, a pontuação máxima atribuída e a fonte de verificação (Quadros 2 e 3). As variáveis do estudo foram definidas a partir do modelo lógico da atenção pré-natal^{12, 25}.

A pontuação máxima atribuída foi definida a partir do grau de importância de cada critério considerado nos documentos utilizados como padrão, descritos acima (item 4.5).^{12, 25}

Quadro 1. Modelo lógico da Atenção Pré-Natal e Puerperal nas Unidades de Saúde da Família. Vitória de Santo Antão, PE – 2011.

Componente	Subcomponente	Insumos	Processo (atividades)	Produto	Resultado
	Acolhimento	Equipe completa e capacitada	Recepção das mulheres em idade fértil para identificar a gestação ou outros problemas relacionados a saúde da mulher.	Mulher em idade fértil ou gestante acolhida	PRÉ-NATAL ADEQUADAMENTE REALIZADO
Consultas	Primeira consulta	Profissional médico ou de enfermagem capacitado Consultório para consulta médica Consultório para consulta de enfermagem Mesa e cadeiras	Detalhamento da história clínica Preenchimento do cartão da gestante Realização de exame físico Aferição da pressão arterial Aferição da altura da gestante Avaliação para definição do estado nutricional da gestante Cálculo da provável data do parto de acordo com última menstruação Solicitação de exames de laboratoriais complementares Definição do calendário das consultas de acordo com a idade gestacional Vacinação da gestante	Histórica clínica detalhada Cartão da gestante preenchido Exame físico realizado Pressão arterial aferida Altura da gestante definido Estado nutricional definido Provável data do parto calculada Exames laboratoriais solicitados Consultas subsequentes definidas Gestante vacinada	

		(para entrevista) Mesa de exame ginecológico Escada de dois degraus Foco de luz Balança para adultos com antropômetro Esfigmomanômetro (aparelho de pressão)			
	Consulta subsequente	Estetoscópio clínico Estetoscópio de Pinard Fita métrica flexível e inelástica	Revisão da ficha pré-natal Anamnese atual sucinta Verificação dos exames laboratoriais Verificação do calendário de vacinação Aferir a pressão arterial Exame físico da gestante e do feto conforme manual Medição da altura uterina Ausculta dos batimentos cardíacos fetais Pesagem da gestante para acompanhar ganho de peso	Gestante de risco identificada e encaminhada a serviço especializado Consulta de pré-natal completa realizada	

		Material para coleta de exame colpocitológico Gestograma ou disco obstétrico Disco para IMC (Índice de Massa Corporal).	Orientação alimentar Prescrição de medicação suplementar Identificação de gestação de risco e encaminhamento para serviço especializado.		
	Aconselhamento para testagem anti-HIV	Vacinas Instrumentos de registro Medicamentos essenciais Cartão da gestante	Avaliação dos conhecimentos da gestante sobre o HIV Explicação de como é realizado teste anti-HIV Explicação sobre os benefícios do diagnóstico precoce Garantia do caráter confidencial e voluntário da testagem	Dados do parto definidos Estado de saúde da mulher e da criança definidos Planejamento familiar realizado Situações de risco identificadas Orientação sobre aleitamento materno realizado Fechamento do acompanhamento pré-natal Puericultura agendada	
	Consulta de Puerpério	Profissional médico ou de enfermagem	Verificação dos dados do parto Avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido; Avaliação do retorno às condições pré-gravídicas; Avaliação e apoio ao aleitamento materno;		

		capacitado para o aconselhamento	<p>Orientação sobre planejamento familiar e sobre o método anticoncepcional durante o aleitamento</p> <p>Identificação de situações de risco ou intercorrências e conduzi-las</p> <p>Avaliação da interação da mãe com o recém-nascido;</p> <p>Complementação ou realização ações não executadas no pré-natal.</p> <p>Agendamento da puericultura</p>		
		Equipe completa	<p>Reforço sobre a importância do pré-natal</p> <p>Orientação sobre cuidados de higiene</p> <p>Orientação sobre exercícios físicos</p> <p>Orientação nutricional</p> <p>Orientação sobre mudanças corporais e emocionais</p> <p>Orientação sobre a atividade sexual durante a gestação</p> <p>Orientação sobre sinais de alerta durante gestação para identificar intercorrências</p> <p>Orientação sobre preparo para o parto</p> <p>Orientação sobre cuidados após o parto</p> <p>Orientação sobre aleitamento materno</p> <p>Orientação sobre importância do planejamento familiar</p> <p>Orientação sobre cuidados com o recém-nascido</p>	Gestante orientada sobre a gestação, parto, puerpério e planejamento familiar.	
Ações Educativas					

Quadro 2. Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação da Atenção Pré-Natal e Puerperal nas unidades de saúde da família, **dimensão estrutura.** Vitória de Santo Antão – PE, 2011.

COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Acolhimento	Recepção da unidade	Unidade com recepção completa para acolher as usuárias do serviço	3	Entrevista com os profissionais
	Equipe completa	100% da equipe capacitada	10	
Consulta	Consultório médico e de enfermagem para consulta	Unidade com um mínimo de 2 consultórios, sendo um para atendimento médico e outro para atendimento de enfermagem	7 para presença de dois consultórios 3,5 para presença de apenas um	
	Mesa e cadeiras (para entrevista)	Presença na unidade	3	
	Mesa de exame ginecológico	Presença na unidade	4	
	Escada de dois degraus	Presença na unidade	3	
	Foco de luz	Presença na unidade	3	
	Balança para adultos (peso/altura);	Presença na unidade	4	

	Balança funcionando	Presença na unidade	3	
	Esfigmomanômetro (aparelho de pressão)	Presença na unidade	5	
	Aparelho funcionando adequadamente	Presença na unidade	3	
	Estetoscópio clínico	Presença na unidade	3	
	Estetoscópio de Pinard	Presença na unidade	3	
	Fita métrica flexível e inelástica	Presença na unidade	3	
	Material para coleta de exame colpocitológico	Presença na unidade	5	
	Gestograma ou disco obstétrico	Presença na unidade	3	
	Disco para IMC (Índice de Massa Corporal).	Presença na unidade	2	
	Vacinas (anti-tetânica (tipo adulto), anti-diftérica, antiinfluenza)	Presença na unidade	5	
	Vacina em falta	Unidade sem nenhuma das vacinas necessárias à gestação em falta	0 pela ausência de vacinas	

			4 se NÃO faltar nenhuma	
	Instrumentos de registro	Presença na unidade	4	
	Medicamentos essenciais (sulfato ferroso, ácido fólico)	Presença na unidade	5	
	Cartão da gestante	Presença na unidade	5	
Ações educativas	Espaço para realização de atividades educativas	Presença na unidade	5	
	Espaço na unidade	Presença na unidade	2	
	Material educativo	Estar presente	3	
Total de Pontos – Estrutura			100	

Quadro 3. Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação da Atenção Pré-Natal e Puerperal nas unidades de saúde da família, dimensão processo. Vitória de Santo Antão – PE, 2011.

COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	FONTE DE VERIFICAÇÃO
------------	----------	-----------	------------------	----------------------

Acolhimento	Acolhimento a todas as mulheres que procurarem o serviço	100% das mulheres acolhidas	3	Entrevista com os profissionais
	Equipe capacitada para acolhimento	100% da equipe capacitada	1	
	Teste imunológico da gravidez	100% de testes referenciados	0,5	
Consulta	Consulta médica	Estar presente	4	
	Consulta de Enfermagem	Estar presente	5	
	Visita do ACS	Estar presente	1	
	Cadastramento no 1º trimestre da gestação	100% das gestantes cadastradas	1	
	Detalhamento da história clínica das gestantes na 1ª consulta	100% de historia clinica detalhada na 1ª consulta	2	
	Classificação do risco gestacional	100% gestantes com classificação de risco realizada.	3	
	Cálculo da data do parto	100% das gestantes com data prevista para o parto calculada.	1	
	Avaliação do estado nutricional da gestante	Estar presente	2	
	Cartão de vacinação da gestante	Estar presente	3	
	Atualiza vacinação da gestante	Estar presente	1	
	Aferição da pressão arterial das gestantes em todas as consultas	Estar presente	5	
	Verificação do peso da gestante em toda consulta	100%	2	
	Orientação alimentar	Estar presente	1	
	100% das gestantes orientadas para testagem HIV	3		

Orientação na testagem do HIV			
	100% das gestantes com exames solicitados		2
Solicitação de exames de laboratoriais de rotina			
Fator Rh	Estar presente		0,5
Sífilis	Estar presente		0,5
Sumário de Urina	Estar presente		0,5
Hemoglobina	Estar presente		0,5
Glicemia de Jejum	Estar presente		0,5
Hepatite	Estar presente		0,5
Toxoplasmose	Estar presente		0,5
Verificação dos resultados dos exames nas consultas subsequentes	100% dos resultados dos exames verificados nas consultas subsequentes		3
Realização de citologia oncótica	100% das gestantes com realização de exame de citologia oncótica		4
Medição da altura uterina	100% das gestantes com medição da altura uterina realizada		3
Ausculda dos batimentos cardíacos fetais	100% das gestantes com ausculda dos batimentos cardíacos fetais realizados durante as consultas		2
Preenchimento do cartão da gestante	100% do cartão preenchido		2
Atualização em todas as consultas	100% do cartão atualizado		1
Preenchimento da ficha de acompanhamento	100% da ficha preenchida		2
Atualização da ficha da gestante em toda consulta	100% da ficha atualizada		1
Exame físico da gestante e do feto conforme manual	100% de exames físicos realizados nas gestantes		4
Prescrição de medicação suplementar	100% das medicações suplementares prescritas as gestantes		1
Referência ultra-sonografia	100% de exames de ultra-sonografia solicitados		1
Realização do mínimo de seis consultas como preconizado	100% das consultas preconizadas pelo ministério realizadas		5

	Referência quando necessário para serviço de pré-natal de alto-risco	100% de gestantes referenciadas ao pré-natal de alto risco quando necessário	3	
	Avaliação do puerpério	100% das puérperas avaliadas em até 42 dias após o parto.	4	
	Definição dos dados do parto	100% de dados definidos na ficha de acompanhamento.	2	
	Verificação do retorno as condições pré-gravídicas	Estar presente	3	
	Avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido	Estar presente	2	
	Identificação de situações de risco ou intercorrências no período pós-parto	Estar presente	3	
	Complementação de ações não executadas no pré-natal	Estar presente	1	
	Avaliação do aleitamento materno	Estar presente	2	
	Orientação do planejamento familiar e método anticoncepcional durante o aleitamento	Estar presente	2	
	Agendamento da puericultura	Estar presente	2	
Ações educativas	Atividades educativas dirigidas ao pré-natal	Estar presente	2	
	Atividades educativas dirigidas ao pré-natal por meio de grupo	Estar presente	1	
Total de Pontos – Processo			100	

4.7. Coleta de dados e instrumentos

Foram realizadas entrevistas com os profissionais das unidades por meio de um questionário estruturado (Apêndice 1) elaborado pelo pesquisador com base nos pontos indicados pelos critérios e indicadores das Matrizes de julgamento e constituído por duas partes: uma relacionada à dimensão da estrutura e a outra à dimensão do processo.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e maio de 2011, tendo havido contato prévio com a Secretaria de Saúde do município e com os profissionais das USFs que poderiam participar das entrevistas.

Das 26 unidades inicialmente previstas para o estudo, foram estudadas 23 unidades. Em duas unidades não se conseguiu contato com os profissionais para realização das entrevistas e em uma unidade o profissional não havia acompanhado ao menos um pré-natal completo em período anterior ao momento da pesquisa (critério de exclusão). As entrevistas foram realizadas com as enfermeiras das USFs por orientação da secretaria de saúde do município que indicou este profissional como o adequado para participar das entrevistas, pois são os mesmos que realizam o atendimento pré-natal de baixo risco na USFs do município.

Para preservar a unidade estudada e o profissional que participou da entrevista, as unidades foram numeradas de 1 a 23 aleatoriamente.

4.8. Processamento e Análise dos Dados

Para o cálculo do GI, indicador numérico, foi necessária a atribuição de pontos para cada quesito da estrutura e do processo contidos no questionário, sendo que, em cada caso, o somatório máximo é de 100 pontos. As perguntas contidas no questionário admitem, no geral, respostas dicotômicas (do tipo sim ou não), de modo

que para cada resposta negativa, o quesito recebeu ‘zero’ ponto e, para cada resposta positiva, o quesito recebeu uma pontuação de acordo com a importância do item para uma atenção pré-natal de qualidade (Quadros 2 e 3).

A atribuição dos pontos permitiu a avaliação da atenção pré-natal no município mediante a classificação do GI da estrutura e do processo, bem como da atenção pré-natal, em implantado, parcialmente implantado, criticamente implantado e não implantado, de acordo com pontos de corte adotados no estudo (ver abaixo), a partir do que foi possível identificar as principais dificuldades na implantação da atenção pré-natal no município de Vitória de Santo Antão. Este procedimento foi realizado para cada unidade de saúde em separado e, depois, para o município. O detalhamento de cada uma destas fases é dado a seguir.

Cálculo do Grau de Implantação (GI) da Dimensão Estrutura e da Dimensão Processo

Cada item recebeu uma pontuação de acordo com a importância do mesmo para a atenção pré-natal, de modo que o total possível de ser atingido foi de 100 pontos. Após a atribuição dos pontos, procedeu-se ao seu somatório, a partir do que foi possível classificar o GI da estrutura da seguinte forma: (1) implantado: quando atingirem entre 89,1 a 100 pontos; (2) parcialmente implantado: entre 64,1 e 89 pontos; (3) criticamente implantado: entre 49,1 e 64 pontos; (4) não implantado: igual ou abaixo de 49 pontos.

O Grau de Implantação foi definido por meio da média aritmética dos valores do GI das unidades

Grau de Implantação (GI) da Atenção pré-natal

O grau de implantação da atenção pré-natal foi calculado utilizando-se um sistema de escores ^{28,29} no qual cada item das dimensões estrutura e processo, necessários a uma atenção pré-natal bem feita, receberam uma pontuação específica, como detalhado acima.

Em seguida, calculou-se o indicador composto GI da atenção pré-natal, para cada unidade e para o município de Vitória de Santo Antão, onde a pontuação alcançada pela estrutura (E) recebeu peso quatro e pelo processo (P), peso seis. A fórmula para cálculo do GI da atenção pré-natal é a seguinte: $GI = E (x4) + P (x6) : 10$. A pontuação máxima (GI) foi equivalente a 100 e os pontos de corte utilizados para classificar cada unidade e o município de Vitória de Santo Antão quanto ao grau de implantação da atenção pré-natal foram: implantado - entre 89,1 a 100 pontos; parcialmente implantado - entre 64,1 e 89 pontos; criticamente implantado - entre 49,1 e 64 pontos; não implantado – igual ou abaixo de 49 pontos. Os pontos de corte e os pesos considerados para as dimensões de estrutura e processo foram adaptados de estudos semelhantes 28,29,30,31 .

4.9 Aspectos Éticos

O trabalho foi elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira conforme parecer Nº 2236-11/ 2011.

Esta pesquisa não ofereceu riscos aos participantes, uma vez que no início de cada entrevista foram explicitados os objetivos da pesquisa e o uso que se faria dos dados, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato dos participantes. As entrevistas foram realizadas mediante o consentimento prévio com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) dos sujeitos selecionados.

5. RESULTADOS

Avaliação do Grau de Implantação da Dimensão Estrutura

A tabela 1 oferece uma visualização da pontuação atingida por cada um dos critérios da dimensão estrutura por unidade de saúde, bem como da pontuação geral atingida por esta dimensão.

O GI relativo à dimensão da estrutura para o atendimento às gestantes nas USF no município de Vitória de Santo Antão atingiu a pontuação de 90,4 ($2079,5 : 23 = 90,4$) classificado como implantado (Tabela 1). Em relação à cada unidade individualmente, oito das 23 estudadas foram classificadas como tendo o GI da estrutura parcialmente implantado, 15 como implantado e nenhuma das unidades estudadas teve sua classificação como criticamente implantado ou não implantado.

Os principais pontos que contribuíram para que o GI da estrutura fosse classificado como implantado na maioria das unidades foram a presença de recepção em todas as unidades, assim como de materiais necessários para realização das consultas. Em todas as unidades ocorre vacinação para as gestantes do quadro necessário a este período e em apenas uma há alguma dessas vacinas em falta, nas 23 unidades há os instrumentos de registros para as consultas.

Os principais problemas observados em relação à estrutura foram a equipe incompleta em quatro das 23 unidades e em três unidades também foi encontrado apenas um consultório para ser utilizado tanto pelo profissional médico como pelo de enfermagem.

Tabela 1. Grau de implantação da **dimensão Estrutura** por Unidade de Saúde da Família e total segundo a pontuação obtida para cada critério por componente. Vitória de Santo Antão, PE – 2011.

Unidade de Saúde	Componentes e Critérios																							Grau de Implantação		
	Acolhimento		Consulta																		Ações Educativas					
	Recepção da unidade	Equipe completa	Consultório médico e de enfermagem para	Mesa e cadeiras	Mesa de exame	Escada de dois	Foco de luz	Balança para	Balança funcionando	Esfingomanômet	Aparelho funcionando	Estetoscópio	Estetoscópio de Pinard	Fita métrica flexível e	Material para coleta de exame	Gestograma ou disco obstétrico	Disco para IMC (Vacinas	Vacina em falta	Instrumentos de registro	Cartão da gestante	Medicamentos essenciais	Espaço para realização de atividades	Espaço na unidade	Material educativo	
1	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	0	0	0	5	4	4	5	5	5	0	3	85
2	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	5	3	2	5	4	4	5	5	5	2	3	97
3	3	0	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	5	2	3	90
4	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	0	3	2	5	4	4	5	5	5	2	3	92
5	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	5	3	2	5	4	4	5	5	0	2	0	89
6	3	10	3,5	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	5	3	2	5	4	4	5	5	0	0	3	86,5
7	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	0	2	3	95
8	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	5	3	2	5	4	4	5	5	5	0	3	95
9	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	0	0	3	93
10	3	0	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	5	3	2	5	0	4	5	0	0	0	3	71
11	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	5	0	3	98

12	3	10	7	3	4	3	3	4	0	5	3	3	0	3	0	3	2	5	4	4	5	5	5	2	0	86
13	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	0	3	2	5	4	4	5	5	5	2	3	92
14	3	0	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	0	0	0	76
15	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	5	3	2	5	4	4	5	5	5	2	3	97
16	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	0	3	0	5	4	4	5	5	0	0	3	83
17	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	5	2	0	97
18	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	5	2	3	100
19	3	0	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	5	2	3	90
20	3	10	3,5	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	0	5	4	4	5	5	5	0	0	89,5
21	3	10	3,5	3	4	3	3	4	3	5	3	3	0	3	5	3	2	5	4	4	5	5	0	0	3	86,5
22	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	5	0	3	98
23	3	10	7	3	4	3	3	4	3	5	3	3	3	3	5	3	2	5	4	4	5	5	0	0	3	93
Total - Grau de Implantação da Estrutura																								90,4		

IMC = Índice de Massa Corporal

Classificação do Grau de Implantação ■ Implantado = 89,1 a 100 pontos; ■ Parcialmente implantado = 64,1 e 89 pontos;

■ Criticamente implantado = 49,1 e 64 pontos; ■ Não implantado = abaixo de 49 pontos.

Avaliação do Grau de Implantação da Dimensão Processo

A tabela 2 oferece uma visualização da pontuação atingida por cada um dos critérios da dimensão processo por unidade de saúde, bem como da pontuação geral atingida por esta dimensão.

O GI relativo à dimensão processo para o atendimento às gestantes nas USF no município de Vitória de Santo Antão atingiu a pontuação de 95,3 ($2193,5 : 23 = 95,3$) classificado como implantado (Tabela 2). Em relação a cada unidade individualmente, três das 23 estudadas foram classificadas como tendo o GI da estrutura parcialmente implantado, 20 como implantado e nenhuma das unidades estudadas teve sua classificação como criticamente implantada ou não implantado.

Os principais pontos que contribuíram para que o GI do processo fosse classificado como implantado na maioria das unidades foram a realização do número mínimo de consultas sugerido pelo Ministério da Saúde, com a referência para o acompanhamento especializado quando o pré-natal é de alto risco.

Os principais problemas observados em relação ao processo temos ausência de consulta médica para complementar as ações de pré-natal, oito das 23 unidades apresentam dificuldade na realização desta consulta, sendo o pré-natal realizado pela enfermagem em todas as 23 unidades e em quatro unidades não há acompanhamento da gestante pelo ACS.

Tabela 2. Grau de implantação da **dimensão Processo** por Unidade de Saúde da Família e total segundo a pontuação obtida para cada critério por componente. Vitória de Santo Antão, PE – 2011.

Unidade de Saúde	Componentes e Critérios																										Grau de implantação																										
	Acolhimento			Consulta																				Ações Educativas																													
	Acolhimento a Equipe	Teste imunológico da	Consulta médica	Consulta de	Visita do ACS	Cadastramento	no 1º trimestre da	Detalhamento da	Classificação do	Cálculo da data	Avaliação do	Cartão de	Atualiza	Aferição da	Verificação do	Orientação	Orientação na	Solicitação de	Fator Rh	Sífilis	Sumário de	Hemoglobina	Glicemia	Hepatite	Toxoplasmose	Verificação dos	Realização de	Medição da	Ausculta dos	Presenchimento	Atualização em	Presenchimento	Atualização da	Exame físico da	Prescrição de	Referencia ultra-	Realização do	Referencia	Avaliação do	Definição dos	Verificação do	Avaliação do	Identificação de	Complementação	Avaliação do	Orientação do	Apresentamento da	Atividades	Atividades educativas				
1	3	1	0,5	4	5	1	1	2	3	1	2	3	1	5	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	3	2	2	1	2	1	4	1	1	5	3	4	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	1	99
2	0	0	0,5	0	5	0	0,5	2	3	1	2	3	1	5	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	2	2	1	2	1	4	1	1	5	3	4	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	1	85,5
3	3	0	0,5	0	5	1	1	2	3	1	2	3	1	5	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	3	2	2	1	2	1	4	1	1	5	3	4	2	3	2	3	1	2	2	2	2	1	1	94,5	
4	3	1	0,5	0	5	0	1	2	3	1	2	3	1	5	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	3	2	2	1	2	1	4	1	1	5	3	4	2	3	2	3	0	2	2	2	2	1	1	93,4	
5	3	1	0,5	0	5	1	1	2	3	1	2	3	1	5	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	3	0	2	1	2	1	4	1	1	5	3	4	2	3	2	3	1	2	2	2	2	0	0	92	

Avaliação do Grau de Implantação da Atenção Pré-Natal e Puerperal nas USF do município

A tabela 3 apresenta o resultado do grau de implantação da atenção pré-natal nas USF considerando as duas dimensões avaliadas: estrutura e processo. Verifica-se a pontuação de 93,2 sendo classificado como implantado. Três unidades apresentaram GI como parcialmente implantado. As demais foram classificadas como tendo a atenção pré-natal implantada.

Das unidades que apresentaram o GI da atenção pré-natal classificado como parcialmente implantado, identificamos a unidade 10 com a equipe incompleta, faltando o médico na equipe, além de não ter espaço para realização de atividades educativas nem dentro nem fora da unidade mesmo dispondo de material para tal ação. Há a falta na unidade de medicamentos essenciais para a atenção à gestante. Observa-se que esta unidade apresentou o menor GI (71) para a dimensão da estrutura enquanto que para a dimensão do processo alcançou um GI (99) bem próximo à pontuação máxima da classificação implantada.

A unidade 14 apresenta seu GI como parcialmente implantado tanto para estrutura como para o processo. Nesta a equipe encontra-se incompleta, pois falta o profissional médico e não há espaço para realização de atividades educativas nem dentro nem fora da unidade, nem ao menos dispõe de material para tal ação. O cadastramento das gestantes no primeiro trimestre não é realizado em todos os casos, também não é realizado a suplementação alimentar nem o exame de citologia oncológica.

Verifica-se que a unidade 21 também apresenta a classificação de parcialmente implantada para a estrutura e o processo. A mesma não apresenta espaço para realização de atividades educativas nem dentro nem fora da unidade, apesar de ter material para tal ação e essas ações são realizadas individualmente no momento da

consulta e não em grupo. Mesmo com a equipe completa, o médico não realiza a consulta necessária para complementar as ações do pré-natal realizado pela enfermagem. A unidade também não realiza citologia oncótica, também não referencia teste imunológico para a gestação nem realiza orientação alimentar necessária ao período gestacional.

Dentre as 23 unidades avaliadas, quatro estão localizadas na zona rural do município. Não se observou diferenças nos resultados que possam ser atribuídas à localização urbana ou rural das unidades.

Tabela 3. Grau de Implantação da Atenção Pré-Natal e Puerpério por Unidade de Saúde da Família e total segundo as dimensões de estrutura e processo. Vitória de Santo Antão, PE – 2011.

Unidade de Saúde	Grau de Implantação por Dimensão		Grau de Implantação (estrutura x 4 + processo x 6 ÷ 10)	CLASSIFICAÇÃO
	Estrutura	Processo		
1	85	99	93,4	IMPLANTADO
2	97	85,5	90,1	IMPLANTADO
3	90	94,5	92,7	IMPLANTADO
4	92	93,4	92,9	IMPLANTADO
5	89	92	90,8	IMPLANTADO
6	86,5	99	94	IMPLANTADO
7	95	99,5	97,7	IMPLANTADO
8	95	100	97,4	IMPLANTADO
9	93	99,5	96,9	IMPLANTADO
10	71	99	87,8	PARCIALMENTE
11	98	97	97,4	IMPLANTADO
12	86	94,5	91,1	IMPLANTADO
13	92	97,5	95,3	IMPLANTADO
14	76	85	81,4	PARCIALMENTE
15	97	100	98,8	IMPLANTADO
16	83	97,5	91,7	IMPLANTADO
17	97	90,5	93,1	IMPLANTADO
18	100	97	98,2	IMPLANTADO
19	90	100	96	IMPLANTADO
20	89,5	100	95,8	IMPLANTADO
21	86,5	88,5	87,7	PARCIALMENTE
22	98	94	95,6	IMPLANTADO
23	93	92	92,4	IMPLANTADO

Total – Grau de Implantação da Atenção Pré-Natal nas USF do município	93,2	IMPLANTADO
--	-------------	-------------------

Classificação do Grau de Implantação ■ Implantado = 89,1 a 100 pontos; ■
 Parcialmente implantado = 64,1 e 89 pontos; ■ Criticamente implantado = 49,1 e 64 pontos; ■
 Não implantado = abaixo de 49 pontos.

6. DISCUSSÃO

A assistência pré-natal e puerperal no Brasil tem por base o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)³² instituído pelo Ministério da Saúde no ano 2000 através da Portaria/ GM nº 569³³ que é baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período puerperal. Este programa busca concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal, adotando medidas que assegurem a melhoria

do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao neonato, ampliando assim as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes das redes de atenção à saúde deste público.

Considerando estes aspectos, a atenção pré-natal e puerperal em Vitória de Santo Antão/Pernambuco encontra-se *implantada* em 20 das 23 unidades de saúde da família estudadas no município. Esse resultado pode ser entendido como um reflexo do grau de implantação da dimensão processo, uma vez que esta dimensão obteve melhor desempenho nas unidades estudadas.

Na análise da dimensão *Estrutura* em seu componente *Consulta*, identifica-se uma deficiência em alguns insumos utilizados nas ações da atenção pré-natal, principalmente em relação aos recursos materiais e ao espaço físico para realização de atividades educativas. Por exemplo, algumas unidades apresentam apenas um consultório para realização das consultas médicas e de enfermagem, indo de encontro ao que é determinado pela Política Nacional de Atenção Básica, que recomenda a presença de um consultório para cada profissional³⁴. Outros dois estudos^{35,36} encontraram resultados diferentes em relação aos recursos materiais no momento em que, apesar do espaço físico estar inadequado, os recursos materiais encontravam-se satisfatórios para o atendimento à gestante.

Analisando ainda o componente *Consulta* na dimensão de *Estrutura*, outro ponto identificado é o fato de algumas unidades apresentarem o Pinard para ausculta dos batimentos cardíacos fetais e outras já disponibilizarem o Sonar. O Manual Técnico²⁵ não define como exigência a presença do Sonar em todas as unidades, apesar

de reconhecer que o mesmo é mais moderno para realização deste procedimento. Segundo estudo realizado por Cunha et al³⁷, não há diferença significativa no uso de um ou outro instrumento. O que ocorre é em relação ao tempo de gestação a partir do qual se podem ouvir batimentos cardíacos do feto, pois enquanto o Pinard permite auscultar os batimentos somente com 24 semanas de gestação, o Sonar já realiza a ausculta entre a sétima e a décima semana, o que facilitaria a identificação antecipada de problemas com o feto e assim a realização do encaminhamento da gestante para os serviços de pré-natal de alto risco.

Com relação ao componente *Acolhimento*, nessa mesma dimensão, observa-se que algumas unidades apresentam suas equipes profissionais incompletas, contrariando o que preconiza a Política Nacional da Atenção Básica³⁴ que determina a presença de equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, entre outros profissionais. Estudos^{38,39,40,41} demonstram que o trabalho em equipe obtém maior impacto sobre as ações de saúde e a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade de diálogo de um profissional com o outro, estimulando a troca de informações entre estes e favorecendo um atendimento pautado na integralidade.

No componente *Ações Educativas* da dimensão *Estrutura* em relação ao seu critério espaço para realização de atividades educativas, percebem-se as dificuldades para realização de atividades em grupo pela ausência de um espaço apropriado, tanto na unidade como em outros locais na comunidade. As atividades em grupo devem ser priorizadas segundo o Manual Técnico²⁵, pois privilegiam as discussões e facilitam a fala e a troca de experiências entre os participantes.

Segundo Rios e Vieira⁴², a realização de ações educativas é muito importante durante todo o período gestacional e no puerpério, mas é no pré-natal que a mulher pode ser mais bem orientada para que possa vivenciar o parto de forma positiva,

ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Com isso, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de assumir a postura de educadores, compartilhando saberes e buscando desenvolver junto com a mulher sua autoconfiança para vivenciar a gestação, o parto e o puerpério. Ainda de acordo com outros estudos^{43,44,45}, as ações devem priorizar metodologias participativas, garantindo que o conhecimento que as mulheres já possuem possa ser trocado dentro dos grupos formados nos serviços de saúde, permitindo à gestante um conhecimento mais adequado sobre a atenção no pré-natal.

Em um estudo avaliativo da atenção básica realizado em Camaragibe, município da região metropolitana de Recife/Pernambuco, no ano de 2004 encontramos alguns aspectos semelhantes aos verificados neste estudo, como o fato de o pré-natal encontrar-se implantado na maior parte das unidades. O estudo identificou ainda que algumas atividades de acompanhamento pré-natal precisam ser fortalecidas entre elas, suplementação alimentar para gestantes com baixo peso, o diagnóstico da gravidez; cadastramento de gestantes no 1º trimestre; vacinação; avaliação de puerpério; exames laboratoriais de rotina e atividades educativas de promoção à saúde³⁰.

Em relação à dimensão *Processo*, embora a maior parte das unidades tenha obtido pontuação máxima para os critérios referentes ao componente *Acolhimento*, alguns profissionais relataram que não houve capacitação prévia para a execução da atividade de acolhimento da gestante que procura o serviço, não havendo com isso regularidade desta ação. Percebe-se com isso, que em algumas unidades, o acolhimento realizado não segue critérios técnicos ou não traduzem a incorporação das reflexões das equipes quanto à melhor forma de atender as usuárias do serviço, já que o mesmo é realizado de forma particular por cada profissional que se propõe a realização do

acolhimento, denotando ainda que não há como assegurar que toda a equipe participe da ação, pois parece ser uma resposta individual do profissional.^{46,47,48,49}

Analisando a dimensão *Processo* em seu componente *Consulta* destaca-se como uma das dificuldades a não solicitação ou não realização dos exames de toxoplasmose e hepatite. Segundo pesquisas^{50,51,52} realizadas, uma contaminação por toxoplasmose no período gestacional leva ao risco da transmissão para o feto, podendo ocorrer alterações imediatas ou tardias que incluem tanto manifestações neurológicas como oculares. Com a realização desses exames no período pré-natal é possível um diagnóstico precoce, evitando com isso a transmissão vertical³⁶.

Outros estudos^{53,54,55,56,57} mostram, ainda, que a transmissão vertical da hepatite também necessita de destaque, pois em termos mundiais representa a via de maior disseminação do vírus da Hepatite B nas regiões com altas prevalências. Outra questão é que os neonatos, quando infectados, têm alto risco de desenvolver formas crônicas, devido à imaturidade do seu sistema imunológico. Esta infecção neonatal quase sempre ocorre de forma assintomática, determinando maior risco de desenvolvimento de complicações e elevando a morbimortalidade.

Identificamos também que não há a garantia da realização do exame de citologia oncológica em todas as unidades, tanto pela falta de material, como pela não realização desse exame dentro da unidade, havendo a possibilidade deste ser referenciado para outro serviço no município. Segundo Gonçalves, et al⁵⁸ o exame colpocitológico é a forma preferencial de prevenção do câncer de colo de útero e se durante a gestação for identificado um tempo superior a 36 meses de realização deste exame, este deve ser garantido evitando com isso complicações futuras para a saúde da mulher. Ainda segundo algumas pesquisas^{59,60} o exame clínico das gestantes nas

primeiras consultas, com a posterior realização do colpocitopatológico pode auxiliar na confirmação da contaminação por alguns agentes infecciosos que diagnosticados previamente diminuiriam as chances de partos prematuros.

Em relação às *Consultas, na mesma dimensão*, identificamos que o trabalho pode ficar comprometido, pois não há em todas as unidades a realização da consulta médica para complementar as ações do profissional de enfermagem. O cadastramento das gestantes no primeiro trimestre não é realizado em todos os casos, denotando possivelmente insuficiência na quantidade necessária de agentes comunitários de saúde nas equipes ou ainda a responsabilização deste profissional por um número maior de pessoas do que o estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica³⁴.

Em um estudo avaliativo⁶¹ realizado em uma Regional de Saúde do Estado do Ceará, identificou-se a ausência de médicos nas equipes, o que foi posto como sendo este um problema de abrangência nacional. Do universo das unidades pesquisadas, sete equipes estavam sem o referido profissional e em uma equipe o médico só atuava duas vezes por semana. Achado semelhante com o encontrado nas unidades de saúde de Vitória de Santo Antão, que verificou também unidades com a ausência deste profissional. Segundo Campos⁶² a rotatividade dos profissionais de saúde no ESF, em especial do médico, é considerada um fator que dificulta a operacionalização do programa. De acordo com Medeiros et al⁶³ alguns fatores como disparidades nas ofertas salariais entre os municípios, que estão frequentemente ‘competindo’ pelos poucos médicos existentes, e a instabilidade dos vínculos de trabalho favorecem a não permanência deste profissional nas unidades de saúde.

De acordo com os achados deste estudo, de um modo geral, a estrutura para atendimento às gestantes necessita de uma atenção especial para o melhor desenvolvimento das ações de pré-natal e de puerpério. Por outro lado, identificou-se

que os profissionais buscam superar as limitações estruturais, garantindo assim o acompanhamento às gestantes.

Como a proposta do estudo foi avaliar apenas os dois componentes, estrutura e processo, acredita-se que, se o objetivo é melhorar o serviço prestado à população, um passo importante a se dar é a melhoria das condições de estrutura e processo, pois os resultados serão entendidos como consequência destes aspectos. De acordo com Donabedian⁶⁴, estes são métodos de garantia da qualidade de um serviço de saúde. Ainda assim, vale ressaltar as limitações deste tipo de modelo, já que a relação estabelecida entre esses componentes, estrutura, processo e resultados pode ser bem frágil, uma vez que tanto a existência de melhores pré-condições pode ser mal usada quanto a excelência profissional pode resultar em benefícios, mesmo em situações bastante precárias e vice versa. Em que pese as limitações do modelo sistêmico este ainda é o referencial teórico mais utilizado para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde, dada sua utilidade e simplicidade. Além disso, toda teoria apresenta limitações não conseguindo apreender toda complexidade dos aspectos relacionados às ações, serviços e sistemas de saúde, sendo apenas uma aproximação, um recorte do real^{35,36,65}.

Além das limitações do modelo da pesquisa, vale destacar também a realização de entrevista apenas com os profissionais, não contemplando as usuárias do serviço e o fato de a observação não ter sido utilizada como uma técnica de coleta dos dados. Também pode-se citar como limitação do estudo a não utilização das fichas de acompanhamento das gestantes na unidade como fonte de dados, que auxiliaria no acesso a algumas informações como o número de consultas realizadas.

Sugere-se então que em outra oportunidade uma avaliação com foco na qualidade possa ser realizada levando em consideração a relação existente entre a

cobertura, o acesso e a equidade da atenção, bem como entre a eficácia, efetividade e a eficiência e a adequação aos conhecimentos técnico-científicos do serviço prestado, podendo ser contemplada ainda a percepção das usuárias do serviço. Ainda, estudos que aprofundem na análise da relação do grau de implantação encontrado com fatores contextuais e de efeitos⁶⁶.

7. CONCLUSÕES

A atenção pré-natal e puerperal realizada no município de Vitória de Santo Antão/Pernambuco encontra-se implantada tanto no componente estrutura como no componente processo. Contudo há que se destacar que nem todas as unidades conseguiram esta classificação e o grau de implantação do município foi favorecido pelo melhor desempenho das unidades na dimensão processo.

Com relação à estrutura, verificou-se que nem todas as equipes estão completas, com a ausência de alguns profissionais. Há ainda diferenças entre as unidades quanto aos equipamentos e insumos necessários para realização de alguns procedimentos, diferenças essas que poderiam ser corrigidas com ações de monitoramento por parte da secretaria de saúde do município.

Identificaram-se fragilidades relacionadas às ações de educação em saúde, com a inexistência em algumas unidades de espaço para realização das atividades bem como com relação à educação continuada, já que alguns dos profissionais entrevistados fizeram referência a não terem recebido capacitação para o desenvolvimento de atividades como o acolhimento.

Vale destacar o bom desempenho da maioria das unidades do município no componente processo, com os profissionais de enfermagem conseguindo superar as possíveis adversidades encontradas na estrutura e com isso executando uma atenção pré-natal adequada como preconizado pelo PHPN como o acompanhamento das gestantes garantindo o número mínimo de consultas, o acompanhamento da gestante no puerpério e do recém-nascido já na visita realizada dentro de até 42 dias da realização do parto.

8. RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados deste estudo, algumas recomendações são elencadas para que possam servir de guia para ajustes ou até mesmo mudanças com vistas a uma atenção no ciclo gravídico-puerperal com mais qualidade:

- Equiparação das condições estruturais das unidades de saúde da família para que todas as unidades apresentem estruturas semelhantes, favorecendo assim a atenção adequadas à toda população;
- Capacitação dos profissionais em serviço, para que todos os profissionais de todas as equipes apresentem as mesmas condições de atender as demandas da população;

- Utilização do instrumento de avaliação desse estudo como forma de auxiliar na equiparação das condições estruturais das unidades de saúde.
- Utilização dos resultados deste estudo para subsidiar as ações de planejamento;
- Continuidade do trabalho em conjunto com os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.

9. REFERÊNCIAS

1. Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; 14(Supl 1): 25-32.
2. Serruya, SJ. A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médica, 2003.
3. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005; 5 (Supl. 1): 23-32.
4. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(11): 2507-2516.
5. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. Costa AM, Guilhem D, Walter, MI. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(5): 768-774
7. Laurenti, R, Mello Jorge, MH, Gotlieb, SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2004; 7(4):449-460.
8. Cecatti JG, Albuquerque RM, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade Materna em Recife: causas de óbitos maternos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 1998; 20(1): 7-11.
9. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

10. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2º edição, 2009.
11. Andrade LG, Amorim MMR, Cunha ASC, Leite SRF, Vital SA. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2009; 31(6): 285-292.
12. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré – natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
13. Carvalho, DS, Novaes, HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de coorte de primigestas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20 (Supl 2): 220-230.
14. . Brasil. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
15. Brienza, AM; Clapis, MJ. Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*; Maio, 1998. Ribeirão Preto: São Paulo.
16. Serruya, SJ; Cecatti, JG; Lago, TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(5):1281-1289.
17. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
18. Cabral, RWL. Avaliação de serviço em saúde: análise da assistência pré-natal para adolescentes em uma instituição de referência da cidade do Recife. [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz NESCC; 2000.

19. Spindola, T, Penna, LHG, Progianti, JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2006; 40(3): 381-388.
20. Frias PG, Costa JMBS, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da Qualidade em Saúde in *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, (organizadores). Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 43-55.
21. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos in Hartz, ZMA (organizadora). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 29-47.
22. Moura, ERF, Holanda Jr, F, Rodrigues, MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1791-1799.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro, 2010 [texto online]. 20 [acesso em: 30 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
24. Plano Diretor de Regionalização [documento online]. 2006 [acessado em 06 de abr. 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_pe.pdf
25. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual Técnico 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
26. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais in Hartz, ZMA, Vieira-da-Silva, L. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Fiocruz, 2005. p. 41-63.
27. Assunção, MCF, Santos, IS, Gigante, DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública*. 2001; 35(1):88-95.

28. Felisberto E, Carvalho EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002; 18 (6): 1737-1745.
29. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005; 5(2).
30. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal AS. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2006; 6(4):437-445.
31. Quinino LRM, Barbosa CS, Samico I. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2010; 18 (4): 536-44.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/ GM nº 569 [documento online]. 2000 [acessado em: 30 jun. 2011]. Disponível em: http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf
34. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
35. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e processo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001; 17(1):131-139.

36. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, Magalhães GA, Barreto L, Lira RCA. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1994; 28(2): 131-136.
37. Cunha MA, Dotto LMG, Mamede MV, Mamede FV. Assistência Pré-Natal: Competências Essenciais Desempenhadas por Enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2009; 13 (1): 00-00.
38. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Ciência, cuidado e saúde*. 2008; 7(1): 045-052
39. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 455-464.
40. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 23-34
41. Oliveira EM, Spiri, WC Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(4): 727-733.
42. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 477-486.
43. Moura ERF, Rodrigues MSP Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2003; 7(13): 109-118, 2003
44. Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 1057-1066

45. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano OS, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(9): 2157-2166.
46. Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva IC Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. *Cogitare Enfermagem* 2004; 9(1): 71-78.
47. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem - USP* 2004; 38(2): 143-51.
48. Fracolli LA, Maeda ST, Brites PR, Sepúlveda SCF, Campos CMS, Zoboli, ELCP. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2003; 5(2): 78 – 82.
49. Ayres RCV, Pereira SAOM, Ávila SMN, Valentim W. Acolhimento no psf: humanização e solidariedade. *O Mundo da Saúde*. 2006; 30(2): 306-311.
50. Porto AMF, Amorim MMR, Coelho ICN, Santos LC. Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes atendidas em maternidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2008; 54(3): 242-248
51. Castilho-Pellosso MP, Falavigna DLM, Araújo SM, Falavigna-Guilherme AL. Monitoramento de Gestantes com Toxoplasmose em serviços públicos de saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2005; 38(6): 532-533.
52. Varella IS, Wagner MB, Darella AC, Nunes LM, Müller RW. Prevalência de soropositividade para toxoplasmose em gestantes. *Jornal de Pediatria*. 2003; 79(1).
53. Conceição JS, Diniz-Santos DR, Ferreira CD, Paes FN, Melo CN, Silva LR. Conhecimento dos obstetras sobre a transmissão vertical da hepatite B. *Arquivos de Gastroenterologia* 2009; 46(1): 57-61

54. Arraes LC, Sampaio AS, Barreto S, Guilherme MAS, Lorenzato F. Prevalência de Hepatite B em Parturientes e Perfil Sorológico Perinatal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003, 25 (8): 571-576,
55. Brasil LM, Fonseca JCF, Souza RB, Braga WSM, Toledo LM. Prevalência de marcadores para o vírus da hepatite B em contatos domiciliares no Estado do Amazonas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2003; 36(5): 565-570.
56. Perim EB, Passos ADC. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8(3): 272-81
57. Barbosa MC. Avaliação da Assistência Pré-Natal de Baixo risco no município de Francisco Morato [dissertação]. Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2007.
58. Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Lima, LCV, Garlet G, Bianchi, MS, Sakai, AF. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: Uma inversão de valores. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2009; 55(3): 290-295
59. Silva Filho, AR. Citologia Vaginal a Fresco na Gravidez: Correlação com a Citologia Corada pela Técnica de Papanicolaou. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2004; 26(7): 509-515.
60. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005; 58(6): 659-664.
61. Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 1023-1032.
62. Campos, CVA. Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo

[dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas; 2005.

63. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):1521-1531.
64. Donabedian A. The Quality of Care – How Can It Be Assessed?. *JAMA*. 1988; 260(12): 1743 – 1748.
65. Vuori H. A Qualidade da Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* 1991; 17 – 25.
66. Vieira da Silva, LM. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde in Hartz, ZMA, Vieira-da-Silva, L. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

APENDICE 1

Questionário para Avaliação o Grau de Implantação da Atenção Pré-Natal nas equipes na Estratégia de Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão, em 2011.

Data da entrevista: ____/____/____

Profissional entrevistado: Médico Enfermeira

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

Nome da Unidade:

Endereço da USF:

Data de implantação da USF ____/____/____

ITENS DE ESTRUTURA

Acolhimento

1) Tem recepção para atendimento as mulheres que procuram a unidade?

1. Sim 2. Não

2) Realiza acolhimento das mulheres em idade fértil que procuram a unidade para identificar possível gestação?

1. Sim 2. Não

3) Foi capacitada para realizar este acolhimento?

1. Sim 2. Não

Consultas

4) A equipe está completa?

1. Sim 2. Não

Considerar resposta positiva se tiver no mínimo 1 médico, 1 enfermeiro, 1 tec. de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACSs).

5) Tem consultório médico para realizar as consultas com as gestantes?

1. Sim 2. Não

6) Tem consultório de enfermagem para realizar as consultas com as gestantes?

1. Sim 2. Não

7) Tem mesa e cadeira para realização desta consulta?

1. Sim 2. Não

8) Tem mesa de exame ginecológico?

1. Sim 2. Não

9) Tem escada de dois degraus?

1. Sim 2. Não

10) Tem foco de luz?

1. Sim 2. Não

11) Tem balança para pesar adultos?

1. Sim 2. Não

12) A balança funciona adequadamente?

1. Sim 2. Não

13) Tem aparelho para aferir a pressão da gestante?

1. Sim 2. Não

14) O aparelho para aferir pressão funciona adequadamente?

1. Sim 2. Não

14) Tem estetoscópio clínico?

1. Sim 2. Não

15) Tem estetoscópio de Pinard?

1. Sim 2. Não

16) Tem fita métrica flexível e inelástica?

1. Sim 2. Não

17) Tem material completo para realização de exame colpocitológico?

1. Sim 2. Não

18) Tem disco obstétrico?

1. Sim 2. Não

19) Tem disco para verificação do IMC?

1. Sim 2. Não

20) Tem as vacinas necessárias para a gestação?

1. Sim 2. Não

21) Tem instrumentos de registros das consultas?

1. Sim 2. Não

22) Tem o cartão da gestante disponível na unidade?

1. Sim 2. Não

23) Tem os medicamentos essenciais necessários para a gestação?

1. Sim 2. Não

Ações Educativas

24) Tem espaço para realização das atividades educativas?

1. Sim 2. Não

25) Este espaço é dentro da unidade?

1. Sim 2. Não

AÇÕES DO PROCESSO

Acolhimento

26) Acolhe todas as mulheres em idade fértil que procuram o serviço?

1. Sim 2. Não

27) Referencia teste imunológico para diagnóstico da gravidez?

1. Sim 2. Não

Consultas

28) Realiza acompanhamento pré-natal de baixo risco mediante:

consulta médica 1. Sim 2. Não

consulta de enfermagem 1. Sim 2. Não

visita domiciliar por ACS 1. Sim 2. Não

29) Realiza cadastramento de gestantes no 1º trimestre de gravidez?

1. Sim 2. Não

30) Realiza o detalhamento da história clínica da gestante na 1ª consulta?

1. Sim 2. Não

31) Realiza classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta?

1. Sim 2. Não

32) Realiza o cálculo provável da data do parto de acordo com a última menstruação?

1. Sim 2. Não

33) Avaliação necessidade de suplementação alimentar para gestantes?

1. Sim 2. Não

34) Verifica o cartão de vacina da gestante?

1. Sim 2. Não

35) Atualiza a vacinação da gestante, quando necessário?

1. Sim 2. Não

36) Afere a pressão arterial da gestante em todas as consultas?

1. Sim 2. Não

37) Verifica o peso da gestante em todas as consultas?

1. Sim 2. Não

38) Realiza orientação alimentar?

1. Sim 2. Não

39) Realiza orientação para testagem anti-HIV?

1. Sim 2. Não

40) Referencia exames laboratoriais de rotina?

1. Sim 2. Não

41) Realiza os seguintes exames laboratoriais:

Grupo sanguíneo e fator Rh? 1. Sim 2. Não

Sorologia para sífilis (VDRL)? 1. Sim 2. Não

Sumário de urina? 1. Sim 2. Não

Hemoglobina? 1. Sim 2. Não

Glicemia de jejum? 1. Sim 2. Não

Sorologia para hepatite? 1. Sim 2. Não

Sorologia para toxoplasmose? 1. Sim 2. Não

42) Verifica os exames laboratoriais solicitados nas consultas subseqüentes?

1. Sim 2. Não

43) Realiza citologia oncótica?

1. Sim 2. Não

44) Realiza medição da altura uterina nas consultas?

1. Sim 2. Não

45) Realiza ausculta dos batimentos cardíacos fetais?

1. Sim 2. Não

46) Preenche o cartão da gestante?

1. Sim 2. Não

47) Atualiza em toda consulta o cartão da gestante?

1. Sim 2. Não

48) Preenche ficha de acompanhamento da gestante?

1. Sim 2. Não

49) Atualiza em toda consulta?

1. Sim 2. Não

50) Realiza exame físico da gestante e do feto nas consultas?

1. Sim 2. Não

51) Prescreve medicação suplementar necessária a gestação?

1. Sim 2. Não

52) Referencia exame de ultra-sonografia obstétrica?

1. Sim 2. Não

53) Realiza um mínimo de 6 consultas durante o pré-natal?

1. Sim 2. Não

54) Referencia quando necessário para o serviço de pré-natal de alto risco?

1. Sim 2. Não

55) Realiza avaliação do puerpério?

1. Sim 2. Não

56) Define dos dados do parto?

1. Sim 2. Não

57) Verifica o retorno às condições pré-gravídicas?

1. Sim 2. Não

58) Avaliar o aleitamento materno?

1. Sim 2. Não

59) Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido?

1. Sim 2. Não

60) Identificar situações de risco ou intercorrências ocorridas no período pós-parto?

1. Sim 2. Não

61) Complementa ações não executadas no pré-natal?

1. Sim 2. Não

62) Orientar o planejamento familiar e sobre o método anticoncepcional durante o aleitamento?

1. Sim 2. Não

63) Faz agendamento da puericultura?

1. Sim 2. Não

Ações Educativas

64) Realiza atividades educativas dirigidas ao pré-natal?

1. Sim 2. Não

65) Realiza atividades educativas por meio de grupos?

1. Sim 2. Não

APENDICE 2

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Avaliação do Grau de Implantação da Atenção Pré-Natal nas equipes de Saúde da Família de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil no período de 2010-2011.

Pesquisadora Responsável: Mariana Lira Dália

Instituição de origem: Instituto de Medicina Integral Prof.Fernando Figueira - IMIP

Objetivo da Pesquisa: Avaliar a implantação da atenção pré-natal das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco- Brasil.

Serão realizadas entrevistas com a utilização de questionário estruturado abordando questões a respeito dos serviços, com relação à atenção pré-natal, bem como a observação da estrutura das unidades de saúde da família.

Será garantido a você o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: artigos em revista científica, congressos e reuniões científicas.

Eu, _____entendi o conteúdo deste termo de consentimento e aceito participar da pesquisa acima referida como entrevistado.

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:

Mariana Lira Dália: (81) 9933-6171. 8834-6934 / e-mail: lira_mariana@yahoo.com.br

Isabella Samico (orientadora): (81) 21224147 / e-mail: isabella@imip.org.br

Louisiana Quinino (co-orientadora): (81) 8636-4253 / e-mail: louisianaquinino@cpqam.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP: (81) 21224702