



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ISADORA REIS RODRIGUES**

**ATENÇÃO PRÉ- NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
Caracterização da estrutura de Santo Antônio de Jesus-Ba.

**Santo Antônio de Jesus**

**2016**

**ISADORA REIS RODRIGUES**

**ATENÇÃO PRÉ- NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**

Caracterização da estrutura de Santo Antônio de Jesus-Ba.

Monografia apresentada ao Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Patrícia Figueiredo Marques.

**Santo Antônio de Jesus**

**2016**

**ISADORA REIS RODRIGUES**

**ATENÇÃO PRÉ- NATAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
Caracterização da estrutura de Santo Antônio de Jesus-Ba.

Monografia apresentada ao Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 01 de agosto de 2016

**Banca Examinadora**

---

**Profa. Ma. Patrícia Figueiredo Marques**

Mestre em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

**Profa. Ma. Margarete Costa Heliotério**

Mestre em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

**Profa. Ma. Larissa Silva de Abreu Rodrigues**

Mestre em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.  
Universidade do Estado da Bahia / Campus XII

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, que é fiel e nunca me abandonou nas horas difíceis.

As minhas avós e bisã Marielena, Hilda e Idalina, meus anjos da guarda que de onde estiverem sonharam esse sonho comigo.

A minha mãe, por todo apoio, compreensão e amor.

Dedico estas e todas as conquistas a vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Inicio agradecendo a Deus, pois uma folha não cai no chão sem que ele permita, sendo assim me sinto imensamente abençoada por conseguir chegar até aqui. Gratidão Deus e todos os seres de luz por iluminar o meu caminho.

Aos meus pais agradeço pelo dom da vida e pela educação que me deram. A minha mãe em especial agradeço pela confiança e pelo incentivo em todos os projetos de minha vida.

Agradeço a minha orientadora Professora Patrícia Marques pelas oportunidades no desenvolvimento da pesquisa e extensão que me possibilitaram conhecer pessoas, lugares e realidades que jamais sonhei em chegar. Sou grata pela humanidade evidenciada pela amizade e pelas longas conversas e desabafos no gabinete. Guardo muito de seus conselhos para vida.

A Tia Sara agradeço pela dedicação em ajudar nos meus projetos. Espero que você se orgulhe de mim assim como eu e minha vó Lena nos orgulhamos de você.

A Kinha minha prima irmã, difícil encontrar alguém que me conheça tão bem quanto você. Agora as lágrimas são de felicidade.

A toda minha família agradeço pelo apoio e pelo carinho. Cada mensagem e ligação recebida fez a diferença nos momentos de aflição e de alegria.

A Marcus Vinicius, meu noivo, há quem diga que não existe destino, mas tenho certeza que Deus planejou nosso encontro. Sem sua ajuda, seu companheirismo, sua dedicação, compreensão e zê-lo não teria pernas nem meios de concluir mais esta etapa, te amo nessa e nas outras vidas que virão.

Não posso deixar de agradecer as amigas que me acompanharam nesta trajetória, algumas nascidas antes mesmo do ingresso na universidade. Em especial a Uilma (Uil) e Verônica (Veu) minhas companheiras de projeto e a Jéssika (Jel), grandes amigas que ganhei na UFRB sou grata pela cumplicidade, pela torcida e pelo carinho, levarei vocês para vida.

Agradeço a Tia Irá, Tio Marinho, Danielle e Danilo por compreender minha instabilidade emocional, minha ausência na convivência familiar e minha indisposição para as atividades da vida diária. Esta vitória também dedico a vocês.

Agradeço as equipes das Unidades de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus pela disponibilidade e colaboração durante a realização deste trabalho.

A todas e todos muito obrigado!

RODRIGUES, Isadora Reis . **Atenção pré- natal na estratégia de saúde da família: Caracterização da estrutura de Santo Antônio de Jesus-Ba.** 36 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. Santo Antônio de Jesus/BA. 2016.

## RESUMO

A qualidade da assistência pré-natal depende dentre outros aspectos de uma infraestrutura adequada recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, assim como, condutas e procedimentos que atendam às necessidades de cada gestante. Dessa forma faz-se necessário avaliar a estrutura das unidades de saúde da família que fazem parte da atenção pré-natal. Sendo assim este trabalho teve como objetivo verificar os recursos físicos (instalações, equipamentos e instrumentos) e humanos disponíveis na rede pública de saúde do município de Santo Antônio de Jesus - Ba para a realização da consulta pré-natal. Este trabalho trata-se de um recorte projeto multicêntrico denominado “Análise da assistência pré-natal em municípios baianos: Situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi” e caracteriza-se como de abordagem quantitativa, foi realizado em 20 Unidades de Saúde da Família (USF) que ofereciam serviços de pré-natal, no período de fevereiro a maio de 2014, na cidade de Santo Antônio de Jesus – Ba. A análise estatística das observações foi realizada a partir da sistematização dos dados pelo o software SSPS (Statistical Package for the Social Sciences), série 22.0 e assim analisados sob a luz da literatura atual, numa perspectiva de gênero e integralidade. Os resultados demonstraram que profissional médico e enfermeira são quem conduzem a maioria dos atendimentos. Com relação a estrutura física percebe-se que as unidades em sua maioria possuem 2 salas minimamente equipadas para atendimento destas mulheres no ciclo gravídico-puerperal. No tocante aos equipamentos preconizados para o atendimento de pré-natal em uma das unidades não havia nem sonar e nem estetoscópio de Pinard inviabilizando a ausculta cardíofetal. Já a coleta do exame cito patológico encontrou entraves em algumas unidades, apresentando-se por falta de mesa ginecológica, foco de luz, material de coleta de cito patológico e de espelho indicando assim um déficit nesse aspecto de prevenção. Considera-se que oferecer uma estrutura adequada para o atendimento pré- natal viabiliza uma assistência de forma integral às usuárias e minimiza a ocorrência de agravos derivado da não identificação precoce de fatores de risco. Concluímos que para qualificação do serviço ha necessidade de constante avaliação dos serviços de saúde envolvidos na assistência pré-natal através do investimento na disponibilidade e capacitação dos recursos humanos, gestão responsável dos recursos públicos para aquisição, previsão e provisão de equipamentos, materiais e insumos bem como investimento em construção de unidades de saúde próprias. Todas essas estratégias em conjunto colaboram para redução da mortalidade materna e neonatal e melhoram os indicadores de saúde materno-infantil.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal; Qualidade da Assistência à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

RODRIGUES, Isadora Reis. **Prenatal attention in the family health strategy: characterization of structure of Santo Antônio de Jesus-Bahia**, 36 f. Monograph (Undergraduate Nursing) Federal University of Bahia Reconcavo, Health Science Center, San Antonio de Jesus/BA.2016.

### **ABSTRACT**

The quality of prenatal care depends among other aspects of a proper infrastructure physical resources, human and financial, materials, multidisciplinary attendance, conduct and procedures that meet the needs of every pregnant woman. Thus it is necessary to evaluate the structure of family health units that are part of prenatal care. Thus this work aimed to verify the physical resources (premises, equipment and instruments) and humans available on public health network of the municipality of Santo Antônio de Jesus-Bahia for the prenatal consultation. This work deals with a cutout multicenter project entitled "analysis of the prenatal care in Bahian municipalities: Situation of Santo Antônio de Jesus, Islanders and Guanambi" and is characterized as a quantitative approach, was held in 20 family health Units (USF) that offered prenatal services, from February to may 2014 in the city of Santo Antônio de Jesus-Bahia. Statistical analysis of the observations was performed from the systematization of the data by the software SSPS (Statistical Package for the Social Sciences), 22.0 series and thus examined in the light of the current literature, gender perspective and completeness. The results showed that medical professional and nurse who leads the most attendances. Regarding the physical structure realizes that most units have 2 minimally equipped rooms for these women in the gravid-puerperal cycle. As regards the equipment recommended for the prenatal care in one of the units there was no sonar, and even precludes auscultation Pinard stethoscope cardiofetal. Survey collection already quote pathological found obstacles in some units, due to lack of gynaecological table, light, material quote pathological collection and speculate in this respect deficit thus indicating. It is considered to offer an adequate framework for prenatal care enables an integral assistance to users and minimizes the occurrence of damages derived from the non-early identification of risk factors. We conclude that for qualification of service there need for constant evaluation of health services involved in prenatal care through investment in the training and availability of human resources, responsible management of public resources for the acquisition, prediction and provision of equipment, materials and supplies as well as investment in construction of health units. All these strategies together collaborate to reduce maternal and neonatal mortality and improve maternal and child health indicators.

**Keywords:** Prenatal Care; Quality of Health Care; Family Health Strategy

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. REFERENCIALTEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER – UM RELATO BREVE DA HISTÓRIABRASILEIRA.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. ....</b>	<b>15</b>
<b>3.METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A atenção pré - natal é de suma importância na promoção da saúde da população brasileira. Caracteriza-se como um dos focos de discussões e espaço para formulação e desenvolvimento de políticas públicas em nosso país.

Essas discussões ganharam destaque a partir da década de 80 quando ocorreu a elaboração Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), entretanto após 16 anos de sua implantação a baixa qualidade da assistência e o discreto impacto na mortalidade se apresentaram como limitações impulsionando a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e em seguida buscando a incorporar uma atenção a saúde com uma percepção mais ampliada do contexto de vida da mulher, considerando suas singularidades e reconhecendo-a como responsável por suas escolhas, em 2004, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004; 2005; REDE NACIONAL FEMINISTA, 2008).

A meta deste programa era melhorar as condições da atenção pré-natal com um modelo de atenção integral a saúde com atendimento humanizado. Sendo monitorado através de um sistema de informação que é o SISPRENATAL vinculado ao DATASUS constituído de indicadores que auxiliam na avaliação e gestão dos recursos financeiros nas três esferas governamentais (ANDREUCCI et. al., 2011; COSTA et al., 2013).

Apesar dos avanços na redução da morbimortalidade materno-infantil e a ampliação da cobertura do pré-natal com o PHPN ainda se fazia necessário voltar à atenção ao controle de fatores de risco que trazem ao binômio mãe e bebê complicações e realizar investimentos em condutas de redução de ações intervencionistas desnecessárias que não permitem a mulher ser a protagonista.

Diante da realidade em 2011, instituiu-se no âmbito do SUS por meio da Portaria 1459 uma rede de cuidados denominada Rede Cegonha (RC) que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e

desenvolvimento saudáveis. Sua finalidade consiste em estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país (BRASIL, 2011).



Toda essa movimentação objetivando a melhoria da assistência pré-natal permeia a busca pela qualidade que segundo Martins e Paula (2014) é imprescindível para que haja um bom resultado no ciclo gravídico-puerperal, na sua ausência a gestante torna-se suscetível a uma série de morbidades que ocorrem durante a gestação o que acaba por influenciar na mortalidade materna, fetal e neonatal, principalmente nos países em desenvolvimento.

Ainda de acordo com Castro, Moura e Silva (2010), a qualidade da atenção pré-natal compreende ainda a existência de infraestrutura adequada, recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, assim como, condutas e procedimentos que atendam às necessidades de cada gestante que podem favorecer melhores resultados na assistência ao parto e nascimento.

Em busca da excelência e melhoria dos serviços Zanchi et al. (2013) afirmam que as pesquisas direcionadas a avaliação da qualidade da assistência a saúde contribuem significativamente na identificação das problemáticas enfrentadas pelo serviço, bem como, orientam os gestores e profissionais a terem conhecimento da atual situação e na tomada de decisões cabíveis a cada caso.

A atenção básica como campo amplo de desenvolvimento da assistência pré-natal tem dentro da sua lógica desde 2011 com a portaria 1.654 o funcionamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Essa proposta vinculou boa parte dos recursos financeiros ao estabelecimento de padrões que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, à melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores.

Esse programa implementa uma Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que em 2012 em todo território nacional deu enfoque aos programas estratégicos e dentre eles estava o pré-natal, realizando dentre outras coisas a avaliação da infraestrutura de 37.690 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e realização de entrevista de 17.304 profissionais da Equipe de Atenção Básica (EAB) (BRASIL, 2011a; 2011b; 2013).

Na avaliação da atenção pré-natal observou-se especialmente os aspectos quantitativos como o número de consultas, de gestantes que iniciaram pré-natal no

trimestre inicial encobrendo a visualização de outros aspectos também significativos para os resultados do nascimento, sendo necessária a inserção de novos componentes para que essa mensuração seja realizada de forma integral (SILVA et al, 2013).

Apoioada na tríade citada por Donabedian (1988) estrutura, processo e resultado faz-se necessário à análise da estrutura que compreende a qualidade dos contextos em que ocorre o cuidado, ou seja, os recursos necessários para proporcionar a assistência, dentre estes podemos citar os recursos humanos bem como os recursos materiais e físicos (instalações, equipamentos e insumos).

Diferentes formas de avaliação da estrutura da assistência pré-natal são apresentadas em diversos estudos e todas transcorrem o objetivo de redução da mortalidade materna (COSTA et. al, 2009; SILVA et. al., 2013; ARANTES et al., 2014), confirmando assim sua relevância.

Diante do exposto esse estudo visa contribuir para análise da assistência pré-natal do município com enfoque na estrutura física e recursos materiais e humanos com intuito de fornecer dados que possibilitem a avaliação e melhor distribuição dos recursos a fim de prover a qualidade da assistência e atender as demandas locais.

Este trabalho tem como objetivo verificar os recursos físicos (instalações, equipamentos e instrumentos) e humanos disponíveis na rede pública de saúde do município de Santo Antônio de Jesus - Ba para a realização da consulta pré-natal.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 . POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER – UM RELATO BREVE DA HISTÓRIA BRASILEIRA.

A saúde da mulher compreende várias nuances, pois além das Idiossincrasias inerentes as mulheres existem questões complexas referentes a gestação, parto e puerpério. De acordo com Cabral et. al. (2013) a complexidade é conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, relacionais, socioculturais e por questões de gênero a que está sujeito esse processo.

No cenário brasileiro, nos anos 40 há uma preocupação estatal com a saúde materno infantil expressa pela criação do Departamento Nacional da Criança que enfatiza não somente os cuidados com a criança mas também com as mães no que se referia a gravidez e amamentação (NAGAHAMA , SANTIAGO, 2005).

Já em 1960 com a Ditadura Militar o Sistema Nacional de Saúde implantado houve predomínio das instituições previdenciárias e pela hegemonia tecnoburocrática centrada na mercantilização da saúde que teve impactos negativos na formulação e execução da saúde pública e na medicina previdenciária (SANTOS et. al., 2008).

Neste cenário o modelo assistencial tornou-se médico assistencial privatista. Nos anos 70 foram implementados alguns programas de atenção saúde materno-infantil como o Programa de Saúde Materno Infantil (1975) e o Programa de Prevenção de gravidez de Alto Risco (1978).

O que podemos observar desse período foram ações voltadas para o excesso de intervenção médica no corpo feminino a exemplo da disseminação da cesariana como forma de parir e da esterilização como forma de contracepção.

Fomentado pela luta feminista e de organizações civis buscando maior participação social e melhores condições de vida, em 1984 surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que durante a sua construção, incorporou em seu texto a importância do conhecimento sobre as demandas das

mulheres para além das necessidades reprodutivas, ou seja, um rompimento com o modelo biomédico intervencionista sobre a saúde materno infantil.

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

O PAISM foi um dos maiores avanços na atenção à saúde da mulher e da criança. Constituiu um marco histórico de extrema importância para o Brasil, pois é a primeira vez que o governo deixa de pensar somente no tratamento individual e na cura de doenças e inclui, em seu programa, questões referentes à família. A esterilização deixou de ser o método contraceptivo mais usado e se passou a destacar a importância do planejamento familiar e de ações educativas de Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde prevenção à gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. A relevância desse programa se torna ainda maior quando se destaca a proposta social de mudança para a integralidade da atenção à saúde da mulher, que passa a incluir a prevenção e o tratamento de agravos à saúde desde a adolescência até a terceira idade e não apenas durante o período gestacional.

Para o enfrentamento de altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, medidas foram tomadas para melhoria da qualidade da assistência em saúde reprodutiva.

No ano 2000, foram criados o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna, que visam à adoção, pelos municípios, de medidas que garantam uma assistência de qualidade às gestantes e aos recém-nascido(a)s. Atualmente é de responsabilidade dos gestores melhorar a cobertura do programa, incentivando o cumprimento de todas as metas e assegurando a veracidade dos dados captados através da documentação do acompanhamento durante o ciclo gravídico-puerperal.

Instituída em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), incorpora um conjunto de atenção à saúde e sob uma percepção ampliada de seu contexto de vida, assim como de sua singularidade e de suas

condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2008). De acordo com Coelho (2009) na atualidade a PNAISM reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual e resgata os seus princípios, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres.

Ainda em busca do aprimoramento da assistência pré-natal foi criada a Rede Cegonha através das Portarias 1.459/GM/MS e Portaria 2.351/GM/MS. A política tem por objetivo a promoção de uma assistência de qualidade, garantir o direito ao planejamento reprodutivo e atenção à gravidez, parto e puerpério, de forma humanizada e qualificada além de prezar pelo direito à criança em nascer, crescer e se desenvolver de forma segura e saudável (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2011) a Rede Cegonha procura operacionalizar as políticas já criadas, com um diferencial que é a concretização da articulação dos pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. Propõe construções e reformas em diversos serviços de atenção à saúde, desde a atenção básica, centros de parto normal e maternidades, para garantia de atendimento hospitalar de maior complexidade se necessários, incluindo neste percurso os sistemas de apoio e logística também necessários ao cuidado integral.

Mesmo com a instituição da Rede a evolução destas políticas se dá em passos lentos. Ainda existem questões que não foram discutidas como o abortamento que ficaram veladas por uma rede que ainda enxerga a mulher como uma hospedeira e que invisibiliza aquelas mulheres que não desejam parir.

## 2.2. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

A aplicabilidade da assistência pré-natal e o impacto na redução dos dados de mortalidade materna e infantil estão intrinsecamente ligada a atenção básica a saúde.

Em reconhecimento à relevância e ao impacto do processo de nascimento, o Ministério da Saúde (MS) vem, nos últimos anos, assumindo, como um de seus compromissos, a promoção da maternidade segura. Nesse sentido, tem adotado estratégias como o aumento da remuneração ao parto normal, a limitação do pagamento de cesarianas pelo SUS e a promoção da maternidade segura, além da expansão da atenção pré-natal com vistas à humanização do cuidado em saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Com a organização do SUS o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve fator relevante na saúde materna e da criança foi implantado, inicialmente no Estado do Ceará, em 1991 e em 1994, na tentativa de reorganização do modelo assistencial de saúde, iniciam-se as ações do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como objeto de atenção a família, o que não era realçado pelo PACS (OLIVEIRA e ROCHA, 2001).

A nomenclatura do programa de saúde da família foi substituída em 2005 por Estratégia de Saúde da Família (ESF), fato este que representa um marco importante para demonstrar a consolidação efetiva de um conjunto de ações destinadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, da família e da comunidade, de forma integral e contínua (MIRANDA e FERNANDES, 2010).

A implementação da ESF, que prioriza ações de promoção da saúde das famílias, com ênfase na atenção básica, na responsabilidade sanitária e na corresponsabilização pela promoção do cuidado integral. Assim, a reestruturação do modelo assistencial no país e o fortalecimento da atenção básica, via ESF, priorizam, entre outras, ações promocionais específicas ao período gravídico puerperal (BRASIL, 2006).

As equipes da ESF são constituídas da mesma maneira que no PSF contando com médico (a), enfermeiro (a), técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que desempenham papel importante para a consolidação desta estratégia, principalmente pela à captação das gestantes na comunidade para iniciar a atenção pré-natal.

Os autores Osis e Paism (1998) afirmam que no Brasil, apesar da ampliação as redes básicas de saúde assim como da ESF, persistem desigualdades entre as diferentes regiões do país no que concerne à atenção pré-natal, pois, em algumas

delas, é apontada sua inadequação nos estratos de menor renda. Neste segmento social as gestantes são classificadas como de maior risco e há uma proporção maior de cuidados considerados como inadequados, fortalecendo a evidência da morte materna.

Além de uma equipe multidisciplinar capaz de atender as demandas e necessidades da gestante é necessário uma estrutura física minimamente adequada para que sejam cumpridos os requisitos de uma assistência com qualidade como

A estrutura abrange a qualidade dos contextos em que ocorre o cuidado, ou seja, os recursos necessários para proporcionar a assistência. Estes recursos incluem: recursos humanos (número e qualificação); recursos materiais e físicos (instalações e equipamentos); recursos financeiros; sistemas de informação; e instrumentos normativos técnico-administrativos (DONABEDIAN, 1988 APUD GOMES et. al., 2014).

Ainda sobre estrutura Silveira et. al. 2001 afirma que uma boa estrutura dos serviços de saúde está relacionada às relações interpessoais entre profissionais e gestores é relacionado a melhora no processo de atendimento.

Diante dessa necessidade de uma avaliação qualitativa da estrutura física e dos recursos humanos faz-se necessário para que sejam contemplados todos os indicadores e haja contribuições pertinentes para melhora da assistência.

### 3. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um recorte de projeto Multicêntrico denominado “Análise da assistência pré-natal em municípios baianos: Situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi” e caracteriza-se como estudo descritivo de abordagem quantitativa e foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) que oferecem serviços de pré-natal com adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2001-2011) e a Rede Cegonha (2012-2014), na cidade de Santo Antônio de Jesus – Ba.

O projeto foi financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e pelo Programa de Permanência Qualificada (PPQ) através do Programa Integrado de Ação Afirmativa (PINAF).

A pesquisa foi realizada no município de Santo Antônio de Jesus (SAJ), localizado na região do Recôncavo Sul do estado da Bahia, a 187 km da capital Salvador, as margens da BR-101. O município possui uma área geográfica de 261.348 km<sup>2</sup> e tem população estimada de 93.077 habitantes. A cidade delimita-se pelos municípios de Varzedo, Conceição do Almeida, Aratuípe, Laje, Muniz Ferreira, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado e São Miguel das Matas (BAHIA, 2006).

O município assumiu a Gestão Plena do Sistema em 2004 e com o advento do Pacto pela Saúde a partir de 2009 compôs a macrorregião Leste de Saúde. Sede durante anos da 4<sup>a</sup> Diretoria Regional de Saúde (DIRES) que desde 2014 passou a se chamar Núcleo Regional de Saúde (NRS) abarcando 23 municípios na sua região de saúde. Além disso, esta cidade conta com uma Santa Casa de Misericórdia e um Hospital Regional, além de ser sede de uma Microrregião de Saúde da Bahia (Microrregião de Santo Antônio de Jesus) (BAHIA, 2010; 2006).

O apoio matricial se constitui de uma policlínica municipal, um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (CNES, 2013).

Em 2010 houve uma expansão da cobertura da ESF que contribuiu para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) no município de SAJ. Desde então a rede básica de saúde passou a constituir um total de 21 equipes de SF, sendo 17 equipes na zona urbana e 4 equipes na zona rural do município (CRUZ et al., 2014).

As unidades da zona rural possuem uma peculiaridade se dividem em unidades sede e unidades satélites e a equipe de saúde da família bem como alguns materiais, e equipamentos se deslocam durante a semana por essas unidades satélite a fim de atender toda população.

O critério de inclusão para as USF foi o cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o seu pleno funcionamento durante o período de coleta que ocorreu de fevereiro a maio de 2014.

A partir da observação não participante foi possível verificar os recursos físicos, materiais e humanos das USF de SAJ, com a ressalva de apenas uma das 21 USF que não pode ser observada na pesquisa devido a ter entrado em reforma no período da coleta inviabilizando sua observação, logo fizeram parte do estudo 20 unidades.

O processo de coleta de dados foi realizado por uma equipe de discentes dos cursos de Enfermagem e Bacharelado Interdisciplinar em Saúde participantes do projeto que foram treinada(o)s para realização das técnicas de observação.

A observação não participante da estrutura física de todas as USF do município foi orientada por roteiro específico (OLIVEIRA, 2012). Este obtinha itens relativos aos recursos humanos, físicos e materiais das USF.

Para observação das informações relativas aos recursos humanos foram utilizadas as seguintes variáveis: Quais os profissionais que atendem o pré-natal na USF; Formação profissional dos prenatalistas. Esses dados utilizaram da memória dos profissionais enfermeiros que nos acompanharam durante as visitas e como gerente das unidades nos apresentaram o espaço físico das USF, equipamentos e insumos além de permitir o acesso aos Boletins de Produção Ambulatorial e livros de registro.

No roteiro de observação não participante no bloco da estrutura física, mobiliário e equipamentos das unidades foram verificadas as seguintes variáveis: Número de salas utilizadas para realização de consulta pré-natal; Existência de mesa e cadeira (para entrevista), mesa ginecológica, escada de dois degraus, foco de luz, balança, aparelho de medir pressão, estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard, fita métrica, sonar na unidade, gestograma ou disco obstétrico, disco para IMC (Índice de Massa Corpórea) em todas as salas;

Os instrumentos de registro, insumos e materiais descartáveis foram verificados através das variáveis: Espelho, material para coleta do citopatológico, luva descartável em todas as salas; Disponibilidade na unidade de cartão de gestante, ficha perinatal, ficha de cadastramento de gestante, mapa de registro diário.

Inicialmente foi realizada uma aproximação com as USF onde foi entregue uma carta de apresentação do projeto contendo informações sobre o objetivo da coleta de dados e houve a autorização das gerentes das unidades para que desenvolvêssemos nosso trabalho.

A partir da observação não participante foi possível verificar os recursos físicos, materiais e humanos das USF de SAJ, com a ressalva de apenas uma das 21 USF que não pode ser observada na pesquisa devido a ter entrado em reforma no período da coleta inviabilizando sua observação, logo fizeram parte do estudos 20 unidades.

A análise estatística das observações e entrevistas foi realizada a partir da sistematização dos dados pelo software SSPS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22.0, para Windows. A análise foi descritiva através de frequências relativas e absolutas. Este possibilita a descrição das variáveis determinadas para este estudo, segundo critérios mínimos estabelecidos pelo PHPN (2001-2011) e pela Rede Cegonha (2012-2014) e embasada por referenciais teóricos que abordem a assistência pré-natal a partir de uma perspectiva da integralidade (REIS, ANDRADE, 2008; COELHO et. al. 2009).

Respeitando os aspectos éticos em consonância com a resolução 466/2012 e entendendo que a ética na pesquisa envolve o compromisso com a instituição e com as pessoas, primeiramente foi solicitada a ciência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de SAJ para realização do estudo. O projeto foi encaminhado para a Comissão de Ética na Pesquisa desta Universidade (UFRB), e aprovado segundo



parecer nº 666.877, em seguida o mesmo foi encaminhado para SMS de SAJ para emissão de carta de apresentação junto as USF. As enfermeiras participantes foram esclarecidas do objetivo da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### 4. RESULTADOS

No primeiro contato com as USF, o reconhecimento da unidade foi conduzido pela gerente, função desempenhada pela enfermeira neste município. DeAs/Os profissionais envolvidas/os no atendimento ao pré-natal são a enfermeira/médico (45%), também existe a possibilidade de enfermeira/médico/outra pessoa (30%), apenas a enfermeira (20%) e enfermeira/médico/estudante (5%).

A existência de salas equipadas com os requisitos mínimos que possibilitem a realização da consulta pré-natal foi verificado que 55% das USF utilizavam 2 salas para atendimento, em 30% das unidades eram utilizadas 3 salas e em 15% delas apenas 1 sala era utilizada.

Sobre a existência de mesas e cadeiras para entrevistas em todas as salas de atendimento apenas 1 das 20 USF observadas não possuía esse conjunto de itens para realização das consultas nas duas salas informadas. Desta forma restringe o atendimento há apenas uma sala, sendo a mesma utilizada por todos os membros da equipe para diversas consultas.

A existência de no mínimo uma mesa ginecológica foi verificada em 70% das unidades, porém 30% não a possuíam o que ocasiona mais desconforto quando a necessidade de um exame ginecológico minucioso, pois exige da/o profissional destreza para utilizar o equipamento inadequado para realização de suas consultas em qualquer programa de atenção voltada a saúde da mulher.

Em todas as unidades inclusas nesta pesquisa existiam escada de dois degraus, sendo que em algumas unidades da zona rural este equipamento era deslocado diariamente de acordo à necessidade para as unidades satélites. Foi verificada em todas as USF a existência de balança, esfigmomanômetro,

estetoscópio clínico, fita métrica. O foco de luz foi observado em 75% das unidades deste estudo enquanto que em 25% este equipamento não encontrado.

O estetoscópio de Pinard estava presente em 85% das unidades e o sonar em 90% das unidades. No entanto, em um das unidades localizadas na zona rural não foram observados nenhum dos equipamentos o que nos leva a crer que não estava acontecendo o acompanhamento mensal dos Batimentos Cardíofetais.

A existência de espelho para o exame de Papanicolau foi confirmada em 85% das USF enquanto que o material para coleta de citopatológico estava presente em 90% destas. Em uma das unidades observadas não foi verificado nenhum dos dois itens o que infere que não estava sendo realizada a coleta do citopatológico.

O gestograma foi verificado em 100% das USF, já o Disco de Índice de Massa Corporea (IMC) foi observado em apenas 90% das unidades. A presença de luvas descartáveis em todas as salas de atendimento ao pré-natal foi confirmada em 90% das USF.

Ao se verificar a existência dos impressos necessários para o cadastramento, acompanhamento e controle das gestantes das USF observou-se que em 100% havia cartão da gestante, ficha perinatal e ficha de cadastramento de gestante. Apenas o mapa de registro diário foi verificado em apenas 75% das unidades de saúde da família.

## 5. DISCUSSÃO

Uma assistência pré-natal qualificada reflete o desejo das políticas governamentais para atenção a saúde materno-infantil. Estudos que procuram descrever o processo da atenção pré-natal e suas características contribuem para identificação e intervenção nas lacunas da assistência.

Sendo assim um dos indicadores da qualidade da assistência pré-natal são as consultas que de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) devem se iniciar no primeiro trimestre com consultas agendadas mensalmente completando um mínimo de seis, garantindo assim um acompanhamento efetivo.

A média de consultas pré-natal realizadas por unidade de saúde foi de 30, 7 consultas/mês. Esse número corresponde ao total mês por unidade não sendo avaliada neste instrumento a quantidade de consulta por gestante.

As/os profissionais envolvidos na sua maioria dos atendimentos pré natal foram enfermeira/médico (45%). O estudo de Vieira e colaboradoras (2011) que traz a realidade de um serviço público da cidade de Porto Alegre corrobora afirmando que a maioria dos atendimentos (54%) relatados pelas gestantes foram realizados pela enfermeira e pelo médico.

Na consulta médica, a mulher tende a ficar passiva oprimida pela falta de informação e pelo processo cultural sendo necessário o reforço nas ações educativas e na promoção na saúde (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

Essas ações são mais bem desenvolvidas na consulta de enfermagem pela relação de comunicação estabelecidas demandando da enfermeira além do respaldo técnico uma visão holística (ARAUJO et al., 2010). Desta forma é possível afirmar que as consultas devem estar acontecendo de forma alternada proporcionando a mulher uma assistência mais humanizada e qualificada durante todo ciclo gravídico puerperal.

Quanto a quantidade de salas minimamente equipadas para o atendimento ao pré -natal, observou-se que 55% das unidades possuíam 2, 30% possuíam 3 e 15% havia apenas 1. No estudo de Ximenes Neto e colaboradores (2008) 79% dos

Centros de Saúde pesquisados em Sobral-CE estavam preparados com salas específicas para o atendimento à mulher no pré-natal.

Ainda de acordo com Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011) a inexistência ou inadequação de alguns ambientes físicos contribuem para uma assistência individualizada e interfere na qualidade do atendimento a saúde reprodutiva e na assistência prestada pela enfermeira.

Para realização da entrevista durante a consulta do pré-natal são necessários mesa e cadeira nas salas de atendimento. Apenas uma das USF observada neste estudo não dispunha deste mobiliário corroborando com estudo de Ximenes Neto e colaboradores (2008) onde apenas um dos quatorze Centros de Saúde não possuíam este mobiliário. Já no estudo de Barbosa e Fernandes (2008) todas Unidades de Saúde do município de Francisco Morato – SP possuem todos os equipamentos e materiais mínimos para uma assistência pré-natal de qualidade.

A prevenção do câncer de colo de útero através da coleta do exame Papanicolau durante a gestação demonstra relevância devido às evidências apontarem que durante esse período devido à frequência dos exames vaginais as chances de detecção em estágio inicial são três vezes maiores que numa mulher não grávida (VAN CALSTEREN; VERGOTE; AMANT, 2005; NYGARD et. al., 2007).

Sendo assim a mesa ginecológica foi verificada em 70% das unidades observadas neste estudo, enquanto que a presença do espécuro em todas as salas foi verificada em 85% das unidades, o foco de luz estava em 75% das unidades e os demais materiais para coleta de cito patológico (lâmina, fixador, escova cervical, espátula de Ayre e etc) foram confirmados em 90% das USF.

No estudo transversal de Tomasi et. al. (2015) das 38.812 unidades de saúde distribuídas em todas as regiões do país inseridas na pesquisa, 83% possuíam mesa ginecológica e foco de luz, 77% espécuro e os demais materiais foram identificados em 77% das unidades de saúde.

Além da prevenção do colo de útero a inspeção vaginal também contribui para investigação de infecções sexualmente transmissíveis sendo que algumas delas podem trazer repercussões ao conceito, necessitando de identificação precoce para interrupção da cadeia de transmissão.

A escada de dois degraus, balança, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, fita métrica foi verificada em todas as unidades de saúde deste estudo. Convergindo com estes dados o estudo de Ximenes Neto (2008) traz que nas unidades observadas existiam estes materiais em 100% das unidades com exceção da escada de dois degraus que se apresentou somente em 93% das unidades.

O estetoscópio de Pinard foi verificado em 85% das unidades e o Sonar em 90% destas. Em uma das unidades situada na zona rural nenhum dos dois materiais foi verificado o que nos demonstra que a ausculta cardíaca fetal não está sendo realizada nesta localidade.

A ausculta dos BCF através do Sonar e do estetoscópio de Pinard permite um diagnóstico mais conciso das condições fetais e a realização de intervenções decisivas na prática da enfermeira na atenção obstétrica principalmente na atenção básica. Trata-se de um meio imprescindível para uma adequada ausculta do BCF na gestante. A falta destes pode gerar prejuízos à consulta de pré-natal (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

O gestograma foi verificado em 100% das USF, já o Disco de Índice de Massa Corporea (IMC) foi observado em apenas 90% das unidades. O gestograma facilita o cálculo da idade gestacional o tornando mais rápido dinamizando assim a consulta, no entanto sua ausência não inviabiliza esse cálculo visto que existem outras maneiras de fazê-lo.

O disco de IMC tem sido acoplado ao verso do gestograma para facilitar o acesso durante a consulta. A avaliação do risco nutricional da gestante e a promoção da alimentação e estilo de vida saudável da gestante foram adotadas como prioridades pelo governo brasileiro na agenda nacional de saúde e nutrição visto que já se tem evidências que a nutrição adequada do binômio mãe-bebê pode diminuir a probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis ainda na fase intra-uterina (BARRETO; SANTOS; DEMÉTRIO, 2013).

A presença de luvas descartáveis em todas as salas de atendimento ao pré-natal foi confirmada em 90% das USF. As luvas fazem parte dos equipamentos de proteção individual e devem ser utilizados durante procedimentos invasivos e contato com soluções corporais (XIMENES NETO et al, 2008). Como a observação

realizada por este estudo foi pontual, ou seja, não houve observação contínua não foi possível observar qual a rotina de previsão e provisão destes materiais.

Dentre os impressos utilizados na consulta pré-natal o único não observado em todas as USF foi o mapa de registro diário verificado em 75%. O mapa de registro diário em conjunto com o cartão da gestante, ficha perinatal e ficha de cadastramento de gestante se configuram como os instrumentos de registro do pré-natal.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), para um pré-natal de qualidade, é necessário um conjunto de recursos, tais como: recursos humanos; área física adequada; equipamentos e instrumentais mínimos; apoio laboratorial; material para registro, processamento, análise dos dados e medicamentos.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que no tocante aos recursos humanos disponíveis nota-se que médico e a enfermeira são que conduzem a maioria dos atendimentos sendo estes numa média de 30,7 consultas/mês. Quando analisamos a estrutura física percebe-se que as unidades em sua maioria possuem 2 salas minimamente equipadas para atendimento destas mulheres no ciclo gravídico- puerperal.

Em relação aos equipamentos preconizados para o atendimento de pré- natal em uma das unidades não havia nem sonar e nem estetoscópio de Pinard inviabilizando a ausculta cardiofetal. Tendo a prevenção de câncer de colo de útero como um dos carros chefes da assistência a mulher, o período pré -natal também se insere no momento de captação dessas usuárias. A coleta do exame cito patológico encontrou entraves em algumas unidades, apresentado por falta de mesa ginecológica, foco de luz, material de coleta de citopatológico e de espelho indicando assim um déficit nesse aspecto de prevenção.

As Unidades de Saúde da Família do município em sua maioria são casas comuns adaptadas e isso interfere na alocação de consultórios e outros espaços necessários a este serviço de saúde. É importante salientar que o PMAQ trouxe grandes contribuições à estrutura do município, pois na iminência da sua primeira avaliação a gestão passou por um processo de reforma e reestruturação de suas USF a fim de participar do processo avaliativo.

Este instrumento teve como limitação o fato de avaliar apenas a existência do material, equipamento ou insumo no período da coleta, este fato impossibilitou a avaliação do estado de conservação destes equipamentos e materiais. E com relação aos insumos descartáveis e impressos não foi realizada observação contínua impedindo um juízo sobre a existência ou não destes durante as consultas de pré – natal.

Outra limitação deste estudo foi o fato de ter dez pesquisadores treinados previamente realizando a coleta, ainda assim mesmo com todo preparo antes de ir a campo, pode ter gerado algum viés na pesquisa.

Oferecer uma estrutura adequada para o atendimento pré- natal viabiliza uma assistência de forma integral às usuárias e minimiza a ocorrência de agravos derivados da não identificação precoce de fatores de risco. Diante deste estudo fica evidente a necessidade de qualificação dos serviços de saúde envolvidos na

assistência pré-natal. Essa deve ocorrer através do investimento na disponibilidade e capacitação dos recursos humanos, gestão responsável dos recursos públicos para aquisição, previsão e provisão de equipamentos, materiais e insumos bem como investimento manutenção da infraestrutura e equipamentos existentes e em construção de unidades de saúde próprias. Todas essas estratégias em conjunto colaboram para redução da mortalidade materna e neonatal e melhora os indicadores de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina et al. **Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 854-864, Oct. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Feb. 2016. Epub Aug 19, 2011. .

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. **Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000100013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11 jan. 2016.

ARAUJO, Suelayne Martins et al. A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. **Veredas Favip: Revista Eletrônica de Ciências**, Caruaru, v. 3, n. 2, p.61-67, Não é um mês valido! 2010. Jul-dez. Disponível em: <<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/98/211>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

ARANTES, R. B. et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura. **Cienc cuid saude**, [s.i.], v. 13, n. 2, p.245-254, abr/jun 2014.

BAHIA. Santo Antônio de Jesus. **Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde**, 2006-2009. Santo Antônio de Jesus; 2006.

BENIGNA, M.J.C; NASCIMENTO, W.G.; MARTINS, J.L.; **Pré-natal no Programa de Saúde da família (PSF): com a palavra os enfermeiros**. Cogitare Enferm. 2004; 9(2):23-31.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.351/GM/MS de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQAB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jul. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível <sup>32</sup> <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php?conteudo=resultado\\_aoFORM](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_aoFORM)>. Acesso em: 12 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). PAISM - **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS; 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. GM 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica: estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.351/GM/MS de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília; 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: Manual técnico**. Brasília: MS; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: MS; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Rede Cegonha**. Brasília (DF), 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Diretoria de Informação em Saúde (DIS)**. Extraído de: [[http://www1.saude.ba.gov.br/dis/info\\_saude.html](http://www1.saude.ba.gov.br/dis/info_saude.html)], acesso em [23 de fevereiro de 2015].

CASTRO, M. E. de.; MOURA, M. A. V.; SILVA, L. M. S da. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 72-81, dez. 2010. Número especial.

COSTA, Christina Souto Cavalcante et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.516-522, 30 jun. 2013. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>

COSTA, G.D. et. al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009; 14 Suppl 1: 1347-1357.

CNES.Net. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estabelecimentos de Saúde do município de Santo Antônio de Jesus no Estado da BAHIA 2013**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292870&NomeEstado=BAHIA](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292870&NomeEstado=BAHIA)>. Acesso em: 01 fevereiro de 2016.

CRUZ, joanderson dos santos et al. Gestão da atenção básica no sistema único de saúde de santo antônio de jesus, bahia, 2009 – 2012. **Revista baiana de saúde pública**, salvador, v. 38, n. 1, p.49-66, jan./mar. 2014. Jan/mar

FERNANDES, Roberta Zanelli Sartori; VILELA, Maria Filomena de Gouveia. **Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4457-4466, nov. 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104457&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104457&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.21662013>.

HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia**. 3ª. ed. São Paulo: Rocca; 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Resultados gerais da amostra. Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 27 de abril de 2012. [Internet]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em 03 de janeiro de 2015.

MARTINS, A. F.; PAULA, P. A. de. Avaliação dos indicadores de processo do programa de humanização no pré-natal e nascimento. **Rev Enferm Ufpi**, Terezina, v. 1, n. 3, p.39-45, jan./mar. 2014. Bimestral.

OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política**. São Paulo: Unicamp, 2001.

OSSIS, M.J.M.; PAISM, D. Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 1998; 14(Supl.): 25-32.

SANTOS NETO, E. T. dos et al . Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 107-119, June 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Fevereiro 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>.

SILVA, L. R. da; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 4, p. 585-593, Dec. 2005 . Available from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072005000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000400016&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000400016>.

SILVA, E.P. et. al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Rev Panam Salud Publica**. 2013;33(5):356–62.

ZANCHI, M; GONÇALVES, C. V; CESAR, J. A.; DUMITH, S. de C. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, Maio 2013.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. de. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 61-70, Feb. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100011&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100011>.

COSTA, A. M., GUIMARÃES, M. C. L. Controle social: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres / Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo: **Rede Nacional Feminista de Saúde**; 2002.

COELHO, E. A. C.; SILVA, C. T. O; OLIVEIRA, J. F.; ALMEIDA, M. S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 2009;13(1):154-60.

CARLOTO, C. M. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serv Soc Rev** 2001; 3(2):201-213.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. , n. 20, p.255-262, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2011pdf/20s-255.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R.. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **E-scientia: Revista Científica do Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde – DCBAS**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p.26-31, 2010. Disponível em: <[www.unibh.br/revistas/escientia](http://www.unibh.br/revistas/escientia)>. Acesso em: 19 jul. 2016.

## ANEXO A: ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

TÍTULO: Análise da Assistência pré natal em municípios baianos: situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi<sup>3</sup>

### AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

#### BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do (a) entrevistador (a): \_\_\_\_\_
2. Local da entrevista: \_\_\_\_\_
3. Data (DD/MM): \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ /2011

#### BLOCO B - AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

##### PERGUNTAR AO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE

4. Quantas consultas de pré-natal esta unidade realiza por mês? \_\_\_\_ (9) IGN
5. Quantos profissionais atendem pré-natal nesta unidade? \_\_\_\_ (9) IGN
6. Quem atende o pré-natal nesta unidade?  
(1) médico (2) estudante (3) enfermeira (4) outra pessoa: \_\_\_\_\_
7. Em quantas salas são realizadas as consultas de pré-natal? \_\_\_\_ (9) IGN

##### GOSTARIA DE CONHECER AS SALAS DE PRÉ-NATAL (OBSERVAR)

8. Tem mesa e cadeira (para a entrevista) em todas as salas? (0) Não (1) Sim (9) IGN

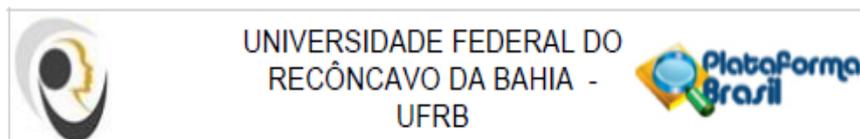
<sup>3</sup> Baseado em instrumento utilizado na pesquisa: OLIVEIRA, Flávia Seles. Assistência pré natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo. Rio Grande, 2012. (Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, área de concentração: Enfermagem e saúde para obtenção do grau de Mestre). 131f.

9. Tem mesa ginecológica em todas as salas? (0) Não (1) Sim (9) IGN
10. Tem escada de dois degraus? (0) Não (1) Sim (9) IGN
11. Tem foco de luz? (0) Não (1) Sim (9) IGN
12. Tem balança na unidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN
13. Tem aparelho de medir pressão na unidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN
14. Tem estetoscópio clínico? (0) Não (1) Sim (9) IGN
15. Tem estetoscópio de Pinard? (0) Não (1) Sim (9) IGN
16. Tem fita métrica na unidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN
17. Tem espelho em todas as salas? (0) Não (1) Sim (9) IGN
18. Tem material para coleta do citopatológico em todas as salas?
19. Tem sonar na unidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN
20. Tem gestograma ou disco obstétrico? (0) Não (1) Sim (9) IGN
21. Tem disco para IMC (Índice de Massa Corporal)? (0) Não (1) Sim (9) IGN
22. Tem luva descartável em todas as salas? (0) Não (1) Sim (9) IGN

Observar Instrumentos de Registro, processamento e análise dos dados disponíveis:

1. Tem cartão da gestante? (0) Não (1) Sim (9) IGN
2. Tem ficha perinatal? (0) Não (1) Sim (9) IGN
3. Tem ficha de cadastramento de gestante? (0) Não (1) Sim (9) IGN
4. Tem mapa de registro diário? (0) Não (1) Sim (9) IGN

## ANEXOS B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da Assistência pré natal em municípios baianos: situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi

**Pesquisador:** Lilian Conceição Guimarães de Almeida

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 17784813.0.1001.0056

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 666.877

**Data da Relatoria:** 19/03/2014

#### Apresentação do Projeto:

A assistência pré natal no Brasil, a partir dos anos 2000, caracterizou-se por uma sequência de políticas para redução da morbimortalidade materna e neonatal de forma mais sistematizada e integrada. Entre as propostas está o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), lançado em 2000. Entretanto, as mudanças nos índices de mortalidade materna e neonatal não foram substanciais o suficiente para produzir alterações no cenário nacional, assim sendo implementadas outras medidas como a Rede Cegonha (2011). Atualmente, a Bahia apresentou a razão de mortalidade materna em 2009 de 72,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos e Salvador para o período de 2000-2005 a taxa de mortalidade neonatal precoce de 24,22 óbitos por 1000 nascidos vivos (SESAB, 2011; SOARES, MENEZES, 2010). Destacamos que diversas causas de mortes nas mulheres e nos neonatos poderiam ser prevenidas a partir de ações instituídas ainda no pré-natal, o curso de uma gestação pode sofrer interferências positivas a partir de um atendimento de qualidade. Assim, o presente estudo objetiva: Analisar a assistência pré-natal nos municípios de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi; Caracterizar a assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família (USF) dos municípios estudados segundo os indicadores de processo estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS); Descrever o percentual de gestantes inscritas no PHPN e Rede Cegonha que realizaram seis consultas de pré-natal, seis consultas de pré-natal e todos os

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710  
 Bairro: Centro CEP: 44.380-000  
 UF: BA Município: CRUZ DAS ALMAS  
 Telefone: (75)3621-6850 Fax: (75)3621-9767 E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br