



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO ENFERMAGEM

LUCIENE ROCHA GARCIA CASTRO

**FRAGILIDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL À
GESTANTE DE RISCO HABITUAL EM SÃO LUÍS- MA**

São Luís
2018

LUCIENE ROCHA GARCIA CASTRO

**FRAGILIDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL À
GESTANTE DE RISCO HABITUAL EM SÃO LUÍS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lena Maria Barros Fonseca.

São Luís

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Castro, Luciene Rocha Garcia.

FRAGILIDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL À GESTANTE DE RISCO HABITUAL EM SÃO LUÍS-MA /
Luciene Rocha Garcia Castro. - 2018.

101 f.

Orientador(a): Lena Maria Barros Fonseca.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, SAO LUIS, 2018.

1. Cuidado pré-natal. 2. Fragilidade. 3. Gestante.
I. Fonseca, Lena Maria Barros. II. Título.

LUCIENE ROCHA GARCIA CASTRO

**FRAGILIDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL À
GESTANTE DE RISCO HABITUAL EM SÃO LUÍS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Lena Maria Barros Fonseca (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Ma Paula Cristina Alves da Silva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a Deus por permitir a concretização desse sonho.

À minha família pela compreensão, incentivo, apoio e encorajamento em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade que me concedeu de cursar Enfermagem e por me manter firme nesse propósito, fazendo-me vencer as muitas dificuldades enfrentadas ao longo dessa jornada.

À Universidade Federal do Maranhão – UFMA, pelo ensino público de excelência.

Agradeço a minha Orientadora, prof^a Dr^a Lena Maria Barros Fonseca, pela oportunidade que me concedeu de fazer parte do projeto de pesquisa “Retratando a Assistência do Pré-Natal em São Luís, MA” e também pela indicação como bolsista desse projeto pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA, em que foi possível vivenciar novas experiências e crescer profissionalmente.

À FAPEMA pela oportunidade de ser bolsista de Iniciação Científica.

Agradeço a todos os pesquisadores do projeto de pesquisa “Retratando a Assistência Pré-Natal de São Luís-MA”, que ajudaram na coleta de dados, tornando esse Trabalho de Conclusão de Curso possível

Agradeço aos meus pais pela confiança em mim, e principalmente à minha mãe, que me deu forças e me fez acreditar que esse sonho seria possível realizar, apesar dos desafios que enfrentaria.

Ao meu esposo, João Evangelista, meu filho, João Lucas, e, meu enteado, Alisson Castro que enfrentaram a minha ausência no lar durante esses longos cinco anos.

.Agradeço aos meus irmãos, cunhados e cunhadas, que em algum momento dessa trajetória, ajudaram-me, torceram por mim e acreditaram em mim.

Agradeço em especial a minha prima Rosa Gatinho e a minha concunhada Maria Alda Castro que se fizeram muito presente na minha família, sem o apoio de vocês, tudo teria sido muito mais difícil e doloroso.

Agradeço aos colegas da minha turma de graduação em Enfermagem pelo convívio e companheirismo, especialmente Tayse Oliveira Freitas, Laine Silva Serra e Leudilene Pacheco.

Agradeço aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa.

Agradeço à Banca Examinadora pela apreciação deste trabalho e por sua contribuição.

“Ebenézer, até aqui nos ajudou o Senhor”!

I Samuel 7.12

RESUMO

A assistência pré-natal visa oferecer uma série de benefícios a gestante e ao concepto, desde a promoção da saúde, identificação de situações e/ou fatores de risco; permite monitorar o crescimento e desenvolvimento do feto; identifica anormalidades que podem interferir no curso do trabalho de parto normal, permitindo intervenção oportuna para restringir ou sanar danos à saúde materna e fetal, além da diminuição das taxas de morbimortalidade materno-perinatal. O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Este estudo teve por objetivo investigar as fragilidades na operacionalização da assistência pré-natal à gestante de risco habitual em São Luís-MA. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em três unidades de saúde dos Distritos Sanitários do município de São Luís, Itaqui-Bacanga, Centro e Bequimão. Participaram do estudo 22 profissionais de saúde (17 enfermeiros, 5 médicos) que realizam a assistência pré-natal, no período de maio de 2017 a maio de 2018. O estudo demonstrou a existência de fragilidades na operacionalização da assistência pré-natal relacionada principalmente à estrutura das unidades de saúde: estrutura física inadequada (22,75%), ausência ou insuficiência de recursos materiais (59,0%), ausência ou insuficiência de medicamento/suplementos (36,3%), recursos humanos insuficientes (22,7%); demonstrou fragilidades, ainda, relacionada à organização do serviço de saúde, a oferta de serviços, aos profissionais médicos e enfermeiros. Apesar dos esforços do Governo Federal para implantação e implementação de políticas estratégicas para melhorar os indicadores de qualidade no tocante à saúde materno e infantil, observa-se que ainda existem fragilidades a serem superadas.

Palavras-chave: Fragilidade; Cuidado Pré-natal; Gestante.

ABSTRACT

Prenatal care aims to offer a series of benefits to pregnant woman and her concept: health promotion; identification of situations and / or risk factors; monitoring the growth and development of the fetus; identifying abnormalities that may interfere with the course of normal labor, allowing timely intervention to avoid damage to maternal and fetal health, and lowering rates of maternal-perinatal morbidity and mortality. The main objective of prenatal and puerperal care is to embrace the woman since the beginning of her pregnancy, ensuring, at the end of gestation, the birth of a healthy child and the guarantee of maternal and neonatal well-being. The purpose of this study was to investigate the weaknesses in the operationalization of prenatal care to low risk pregnant women in São Luís-MA. This is a descriptive study with a quantitative approach, carried out in three health units of the São Luís: Itaqui-Bacanga, Centro and Bequimão districts. Twenty-two health professionals (17 nurses, 5 physicians) who performed prenatal care from May 2017 to May 2018 were interviewed. The study demonstrated the existence of weaknesses in the operationalization of prenatal care related mainly to the structure of the health units: inadequate physical structure (22.75%), lack or insufficiency of material resources (59.0%), absence or insufficiency of medication / supplements (36.3%). The study also demonstrated fragillities related to the organization and the ofert of the health service, and to the medical professionals and nurses. Despite the efforts of the Federal Government to implement strategic policies to improve quality indicators for maternal and child health, there are still fragillities to be overcome.

Keywords: Fragility; Prenatal Care; Pregnant.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas de enfermeiros e médicos atuantes na assistência pré-natal na Atenção Básica em alguns distritos sanitários em São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	36
Tabela 2 - Características profissionais de enfermeiros e médicos atuantes na assistência pré-natal na Atenção Básica em alguns distritos sanitários em São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	37
Tabela 3 – Fatores que contribuem para fragilidades na assistência pré-natal segundo enfermeiros e médicos atuantes na Atenção Básica em alguns distritos sanitários em São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
GF	Governo Federal
GM	Gabinete Ministerial
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RJ	Rio de Janeiro
RMM	Razão de Mortalidade Materna
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
US	Ultrassonografia
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
TR	Teste Rápido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo Geral.....	20
3.2 Objetivos Específicos.	20
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
4.1 Evolução dos Programas e Políticas de Atenção à Saúde da Mulher....	21
4.2 O Pré-Natal de Risco Habitual.....	26
4.2.1 Profissionais que Realizam a Assistência Pré-Natal.....	28
4.3 Estrutura das Unidades de Saúde que Ofertam Assistência Pré-Natal.	29
5 METODOLOGIA.....	32
5.1 Tipo de Estudo.....	32
5.2 Local e Período da Pesquisa.....	32
5.3 Processo de amostragem.....	33
5.4 Instrumentos de coleta de dados.....	34
5.5 Análise dos dados.....	34
5.6 Aspéctos éticos e legais.....	35
6 RESULTADOS	36
7 DISCUSSÃO.....	41
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES.....	72
APÊNDICE A – DISTRITO SANITÁRIO E RESPECTIVAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS.....	73
APÊNDICE B – ENTREVISTA ABERTA COM ENFERMEIROS E MÉDICOS..	74
APÊNDICE C – ENTREVISTA ABERTA COM AS GESTANTES.....	75
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	79
APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMETO DA ADOLESCENTE.....	81
ANEXOS.....	83
ANEXO A – FORMULÁRIO ADAPTADO DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA – CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ROCHA, 2011).....	84

ANEXO B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (CD) (NETO ADAPTADO, 2012).....	87
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	96
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA SEMUS PERMITINDO A EXECUÇÃO DA PESQUISA.....	100
ANEXO E – PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO.....	101

1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal visa oferecer uma série de benefícios a gestante e ao concepto, desde a promoção da saúde, identificação de situações e/ou fatores de risco, como distúrbios maternos preexistentes ou que podem desenvolver-se durante a gestação; permite monitorar o crescimento e desenvolvimento do feto; identifica anormalidades que podem interferir no curso do trabalho de parto normal, permitindo intervenção oportuna para restringir ou sanar danos à saúde materna e fetal (SAUNDERS, 2002; CRUZ *et al.*, 2016).

Para o Ministério da saúde, a atenção ao pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006a).

Sendo, portanto, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

No Brasil, somente a partir da década de 1980, após a tomada de consciência dos direitos da mulher e reivindicações por parte de determinados grupos e instituições sociais, que surgiram mudanças no atendimento à mulher e, por conseguinte, melhor assistência no pré-natal. A publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 foi um marco no tocante às ações de saúde da mulher, principalmente na abordagem global das fases do seu ciclo vital, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal (CRUZ *et al.*, 2016).

O PAISM constitui-se em ações educativas, preventivas, diagnósticas, tratamento e recuperação. Em 2004, esse programa foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da mulher (PNAISM), cujo objetivo é promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia de direitos, e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, 2004c).

Visando aprimorar a atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal, houve a melhoria do PAISM, com a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000 e da Rede Cegonha em 2011.

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o PHPN que apresenta como principais princípios e diretrizes: o direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade ao longo da gestação, parto e puerpério; o direito ao acompanhamento pré-natal adequado; o direito de saber qual o local em que será atendida para a realização do parto, o direito à assistência ao parto e ao puerpério, além do atendimento humanizado e seguro; o direito do recém-nascido ter uma assistência neonatal adequada, entre vários outros direitos assegurados (BRASIL, 2000a).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, estratégia que garante cuidados e direitos inerentes à mulher nessa fase da vida. A finalidade da Rede Cegonha consiste em estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país (BRASIL, 2011).

Estudos mostram que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal, sem diferenças nessa cobertura no que se refere as várias regiões do país, bem como no tocante às mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas. No entanto, a adequação dessa assistência ainda é baixa, levando em consideração alguns parâmetros como, início do pré-natal até a 12^a semana gestacional, número mínimo de consultas, realização de exames de rotina e orientações sobre parto e aleitamento (VIELLAS *et al.*, 2014).

Apesar da alta taxa de cobertura da assistência pré-natal observada em todo o país, verifica-se ainda taxas inaceitáveis de mortalidade materna e complicações perinatais, que variam de acordo com a região do país. A região Nordeste apresenta uma das maiores taxas de mortalidade materna. No estado do Maranhão, a razão de mortalidade materna foi superior a 60 óbitos por 100 mil nascidos vivos no ano de 2015 (GUARDA *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde que prestam esse atendimento no pré-natal precisam estar capacitados e atualizados de modo contínuo e as ações de saúde devem abranger toda a população alvo, assegurar continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materno-perinatal (COSTA *et al.*, 2010). Dentre os profissionais de saúde que desenvolve tais atividades, cabe destacar o Enfermeiro que, a partir da implementação do Decreto nº 94.406 de 1987, faz o acompanhamento pré-natal de gestante de risco habitual.

Esse Decreto dispõe ainda sobre a consulta de enfermagem como atividade privativa, cujo plano de cuidado é estabelecido pelo enfermeiro através do processo de Enfermagem, cuja ações são planejadas de acordo com as necessidades da clientela (ANDRADE, 2014). O enfermeiro ocupa posição de destaque na equipe multidisciplinar, dentre as categorias profissionais atuantes na atenção pré-natal, considerando que desde sua formação tem um papel muito importante na área educativa, de prevenção e promoção da saúde, além de ser agente da humanização (RODRIGUES *et al.*, 2011).

A operacionalização da assistência pré-natal se inicia com a captação precoce da gestante, quando esta não aparece na unidade básica de saúde (UBS) por iniciativa própria logo após a suspeita ou confirmação da gravidez. Quando a gestação ainda não está confirmada, o médico ou enfermeiro pode solicitar o teste imunológico de gravidez (TIG). Confirmada a prenhez, a mulher já pode iniciar o pré-natal. A cada consulta é avaliada a classificação de risco gestacional, sendo que as gestantes classificadas como risco habitual devem ser atendidas na UBS (BRASIL, 2005a)

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a gestante deve iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez e realizar no mínimo seis consultas. Essas consultas devem ser alternadas entre enfermeiro e médico e devem seguir o seguinte cronograma: mensalmente, até 28^a semana; quinzenalmente, da 28^a a 36^a semana; semanalmente, da 36^a a 41^a semana. Na primeira consulta são realizadas as seguintes ações pelos profissionais que atenderão as gestantes: a anamnese, abordando componentes relevantes da sua história clínica, exame físico, preenchimento e entrega da caderneta da gestante, bem como o registro no prontuário, ficha perinatal, ficha de cadastramento da gestante no SispPreNatal, verificação da situação vacinal, solicitação dos exames de rotina, realização dos testes rápidos, orientações sobre as consultas subsequentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas e, ainda, a vinculação ao serviço de saúde em que será realizado o parto. (BRASIL, 2013).

Ao longo da gestação e mediante a realização das consultas, os profissionais, médico e/ou enfermeiro realizarão ações tais como: cálculo da idade gestacional, cálculo da data provável do parto, avaliação do estado nutricional e ganho de peso gestacional, medida da altura uterina, monitoramento da pressão arterial, palpação obstétrica e medida da altura uterina, ausculta dos batimentos

cardiofetais, registro dos movimentos fetais, verificação da presença de edema nos membros inferiores e região lombar da gestante, exame ginecológico e coleta de material para colposcopia oncótica, preparo das mamas para a amamentação, solicitação de exames complementares, prescrição de suplementos alimentares (BRASIL, 2006).

Para a realização do atendimento de pré-natal de baixo risco, são necessários alguns requisitos como: ambientes adequados para receber a gestante, capacitações para a equipe, seguimento multiprofissional e autonomia para realizar procedimentos de competência legal (FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014).

Porém, o sistema de saúde público brasileiro nas últimas décadas tem sido penalizado com o contingenciamento de recursos financeiros, o que vem comprometendo sobremaneira a assistência pré-natal na atenção básica de saúde, desde a infraestrutura, recursos humanos, insumos e medicamentos, como observado em pesquisas recentes de NOGUERIA *et al*,(2016); JANSSEN *et al*, (2016).

Diante do exposto, muitos são os fatores que dificultam a realização de um acompanhamento de qualidade na atenção à gestante e ao concepto. Por isso, este trabalho tem como objeto de estudo a assistência pré-natal e busca responder o seguinte questionamento: Quais as fragilidades na operacionalização da assistência pré-natal à gestante de risco habitual?

2 JUSTIFICATIVA

A taxa de mortalidade materna estimada em 71,4 por 100.000 nascidos vivos no ano de 2014 na regional de São Luís foi classificada como alta, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (GUARDA *et al.*, 2017). O Sistema Único de Saúde (SUS) é o grande responsável pelo atendimento em saúde no Estado do Maranhão. A proporção da população feminina que não é coberta por plano de saúde, varia de 95,1% para a faixa etária de 10 a 19 anos e 90,4% para a faixa etária de 20 a 49 anos. Em relação à proporção de partos, em São Luís, 99,4% destes são hospitalares (SANTIAGO, 2015).

Sendo assim, a assistência pré-natal de qualidade oferecida pelos profissionais de saúde da rede de atenção básica é de grande relevância para reduzir essas taxas inaceitáveis de morbimortalidade materna e perinatal, uma vez que a atenção pré-natal efetiva é de fundamental importância tanto para a gestante quanto para o feto, proporcionando melhor desfecho do processo parto-nascimento e contribuindo para a diminuição de tais índices. Essa assistência se propõe a identificar fatores que possam colocar a saúde materna e fetal em risco maior que o habitual e reconhecer o momento pertinente para intervir, evitando ou minimizando, consequências danosas a saúde materna e fetal (NUNES *et al.*, 2016).

Além disso, associando maior acesso, cobertura, participação de profissionais qualificados, atendimento digno no decorrer do acompanhamento da gestação, entre outros aspectos, resulta em uma assistência de qualidade, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade materna e neonatal (FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014).

Mediante a importância dessa temática, surgiu o interesse por tal estudo durante a vivência acadêmica e participação no projeto “Retratando a assistência do pré-natal em São Luís – MA”, como bolsista de Iniciação Científica, e foi possível conhecer parte da realidade, fatores e/ou situações que comprometem essa assistência de qualidade prestada ao binômio.

Nesse sentido, acredita-se que conhecer as fragilidades na assistência do pré-natal em São Luís – MA, poderão trazer subsídios favoráveis para nortear os serviços e as práticas dos profissionais de saúde, de modo particular os enfermeiros, que prestam assistência à mulher no pré-natal, no sentido de atender aos pré-

requisitos mínimos do PHPN para qualificar o pré-natal, visando a redução da mortalidade materna e perinatal próximo ao que preconiza a Organização Mundial de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar as fragilidades na operacionalização da assistência pré-natal à gestante de risco habitual na Atenção Básica em São Luís - Maranhão, na visão dos profissionais de saúde.

3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar os profissionais que realizam a consulta pré-natal quanto ao perfil socioeconômico, demográfico e profissional;
2. Identificar os fatores que interferem na realização da assistência pré-natal pelos profissionais.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Evolução dos Programas e Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

No cenário brasileiro, as políticas públicas, referente à saúde da mulher, foram incorporadas nas primeiras décadas do século XX. Embora essas primeiras políticas fossem limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto, e, por isso, foram alvos de muitas críticas e discussões por parte de movimentos sociais, como o movimento de mulheres, tais políticas serviram de base para criação e implantação de novas políticas e programas nas décadas seguintes no âmbito da saúde materno-infantil no sentido de contemplar as demais necessidades suprimidas naquele contexto (BRASIL, 2011c; CASSIANO, *et al.*, 2014).

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, revelavam uma visão restrita acerca da mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares, evidenciando a necessidade de programas e políticas que contemplassem a saúde feminina em todos os seus ciclos de vida e não apenas no período gestacional (BRASIL, 2011c).

No desenrolar desse contexto histórico, o movimento feminista brasileiro teve grande importância ao questionar o enfoque reducionista ao qual a mulher era representada por meio dos programas implantados que permitiam seu acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, porém, permanecendo sem assistência em grande parte de sua vida. A partir da atuação do movimento feminista no âmbito da saúde da mulher, foi possível a incorporação de questões na agenda da política nacional, que naquele cenário, eram relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (BRASIL, 2011).

No Brasil, em 1983, a partir de várias reivindicações dos movimentos de mulheres em prol da própria saúde, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) cuja implantação se efetivou em 1984. Esse programa representa uma grande conquista e ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição

de prioridades nesta área, sendo ainda, nos anos seguintes a sua implantação, influenciado pelo processo de formulação do Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do Movimento Sanitário (BRASIL, 2011c; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O programa, mencionado acima, veio preencher lacunas, no que tange à saúde da mulher, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, representando, nesse sentido, grandes avanços na assistência à saúde da mulher. E ainda tinha como objetivo aumentar a cobertura e atendimento pré-natal de forma igualitária a toda população, visando a melhoria da qualidade da assistência pré-natal, a diminuição dos números de partos cesáreos desnecessários e o aumento dos índices de aleitamento materno (BRASIL, 1984; FREITAS *et al.*, 2009).

O PAISM constituiu-se em um marco histórico das políticas públicas de extrema importância para o Brasil voltada para a saúde da mulher e da criança, pois o governo, além da abordagem no tratamento individual e na cura de doenças, incluiu 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. Além disso, ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassava sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde (COSTA; AQUINO, 2000; CASSIANO *et al.*, 2014).

Apesar da importância das ações de saúde dos programas vigentes no país que resultaram na redução da taxa de mortalidade materna que passou de 68,9 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos em 1980 para 45 óbitos em 1996 (RIPSA, 2004), o Brasil ainda permanecia com índices altíssimos de mortalidade materna quando comparado com os países desenvolvidos, uma vez que, nesses países, ocorriam menos de 10 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (CASSIANO *et al.*, 2014).

Segundo Serruya, Cecatti e Lago (2004), com todo o avanço no âmbito da saúde materno-infantil, através do PAISM, observou-se que sua implantação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu o programa de ser, de fato, um agente transformador da saúde da mulher. Nesse sentido, foi necessário

a criação de um programa mais específico, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado pela Portaria/GM nº 569, que teve como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos e estabeleceu princípios e diretrizes norteadores do PHPN com base nessa humanização do cuidado com o objetivo de proporcionar atendimento mais adequado à gestante e ao recém-nascido (BRASIL, 2000a).

O PHPN foi implantado com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido. Tendo em vista esse objetivo principal, o programa citado é constituído pelos seguintes componentes: incentivo à assistência pré-natal, organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal e nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

A atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada implica a realização de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; o acesso facilitado aos serviços de saúde que tenham ações que integrem todos os níveis da atenção; e a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial até o atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005a). Além disso, promove o encorajamento de vínculos afetivos entre mãe e filho logo após o nascimento, e garante uma assistência segura, confiável e suave pelos profissionais durante toda permanência de ambos na maternidade (SILVA *et al.*, 2005).

No sentido de melhorar a assistência pré-natal, no ano de 2000, o Ministério da Saúde, lançou ainda a primeira edição do Manual Técnico de Assistência Pré-Natal cujos objetivos eram divulgar, ampliar e promover a capacitação de profissionais de saúde atuantes na atenção básica, especificamente no atendimento às gestantes (BRASIL, 2000c). Além desse manual técnico, fez-se necessária a publicação de outro, o Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, publicado em 2005 pelo Ministério da Saúde, sendo sua finalidade organizar a rede de assistência e normatizar as práticas de saúde no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2005a).

Além do PHPN, um ano após implantação, e, ainda, visando ao enfrentamento dos problemas políticos, financeiros e operacionais mencionados

anteriormente, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Além dos programas citados, que foram criados na área da saúde da mulher pelo Ministério da Saúde, um outro marco importantíssimo nessa perspectiva foi a instituição da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que traça como objetivos gerais a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, contribuição para a reduzir a morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais; ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2004c).

O PNAISM se compromete com implementação de ações e serviços que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e que contribua também na redução das taxas de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Essa Política apresenta como princípios norteadores o enfoque na questão do gênero, integralidade e promoção da saúde, consolida os avanços no contexto dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Enfatiza ainda a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social (BRASIL, 2007c).

Notadamente, observou-se que nas últimas décadas, com ajuda do governo e da sociedade, o Brasil progrediu muito no que se refere à atenção à saúde da mulher e da criança. Dados do Ministério da Saúde atestam que, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil conseguiu reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, que significa uma redução de 51% (BRASIL, 2011c). Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de aproximadamente 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era de 26,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, e em 2010, de 16,2 óbitos por 1000 nascidos vivos. Apesar do esforço, os níveis da mortalidade permanecem elevados quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico (BRASIL, 2011g).

Desde o final do século XX até início das primeiras décadas do século vigente, muitos foram os programas e políticas implantados e implementados na tentativa de proporcionar ações de saúde que possibilitassem a resolução dos principais problemas vigentes no que se refere a saúde materna e infantil, no entanto, chega-se à conclusão que a atenção proporcionada a esse público é pouco resolutive, frágil no que diz respeito a identificação das suas necessidades e apresenta ainda dificuldades de acesso e vínculo com os serviços de saúde (BRASIL, 2012c).

No sentido de solucionar as dificuldades mencionadas anteriormente, a portaria GM nº 4.279/2010 instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o intuito de substituir o modelo de sistemas piramidais e hierárquicos vigentes, sendo sua principal finalidade promover a integração das ações e instituições de saúde, prover assistência de forma contínua, integral, de qualidade e humanizada, consolidando-se aos princípios do SUS (MENDES, 2014).

De acordo com as perspectivas das RAS, fez-se necessário a implantação da Rede Cegonha (RC), que foi instituída por meio do Artigo 1º da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. A RC é uma estratégia governamental, de abrangência nacional, cuja operacionalização se dá por meio do Sistema Único de Saúde. Essa estratégia consiste em uma rede de cuidados que objetiva garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério. E, além disso, assegurar também o direito ao nascimento seguro e o desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2011).

Por meio da estratégia acima citada, que está fundamentada nos princípios da humanização e da assistência, pretende-se assegurar os direitos da mulher, do recém-nascido e da criança focalizando-se na ampliação do acesso, o acolhimento e a qualidade da atenção pré-natal; o subsídio ao transporte de urgência e emergência; a realização de vinculação da gestante em uma instituição de referência para assistência ao parto; a realização de parto e nascimento seguros, por meio da utilização de boas práticas de atenção; a presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; o acesso ao planejamento reprodutivo; e à criança de zero a 24 meses de vida, acesso à assistência de qualidade e com resolutividade (BRASIL, 2011).

Para proporcionar e garantir tais direitos e benefícios, a Rede Cegonha traz, em seus objetivos, proposições que perpassam as questões de cunho estrutural e

de financiamento do atendimento, contempladas nas políticas anteriores. Desta forma, a RC pretende fomentar a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, além de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com a finalidade de que esta garanta o acesso, acolhimento e resolutividade no atendimento às necessidades de saúde a esse grupo. Além disso, outros objetivos são reduzir a mortalidade materna e infantil, com foco nos cuidados neonatais. Para garantir do seu funcionamento e alcance dos objetivos propostos, a RC deve se organizar de tal maneira que possibilite o fornecimento contínuo, para a população de determinado território, de ações de atenção à saúde materna e infantil, mediante a articulação dos serviços de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

4.2 O Pré-Natal de Risco Habitual

Durante séculos, na história da humanidade, a saúde da gestante e do conceito foi desprovida de conhecimentos científicos acerca da assistência no período gestacional, sendo a gestante assistida por pessoas leigas, desprovidas de técnicas e conhecimento científico para prestarem tal assistência. No entanto, com o passar do tempo, o aprimoramento do conhecimento na área da obstetrícia permitiu o entendimento a partir de condutas que deveriam ser tomadas pela gestante e por quem a assistia para que fosse possível proporcionar melhores desfechos para mãe e filho (ZAMPIERI, 2006).

No Brasil, o princípio da assistência pré-natal se deu em 1925, criado por Raul Briquet, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (NEME, 2006). O conhecimento relacionado à obstetrícia foi introduzido na Escola Médico cirúrgico do Rio de Janeiro, pelo professor Joaquim da Rocha Mazarém, no período do governo de D. João VI, época em que a saúde da mulher e do conceito era fator preocupante, pois as taxas de mortalidade materna e infantil eram altas, todavia, a finalidade do pré-natal, que seria implementado por meio de programas, era reduzir essas taxas (REZENDE, 1962).

O PAISM, implantado pelo Ministério da Saúde em 1983, representou um avanço significativo quanto à assistência à gestante, pois estabeleceu um conjunto

de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que poderiam resultar em risco para saúde do binômio. Um dos objetivos do PAISM foi aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal (CARVALHO; NOVAES, 2004).

O cuidado pré-natal ganhou maior destaque, no cenário nacional, a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde em 1990, que alterou o modelo assistencial centrado na doença, dando ênfase para atenção primária à saúde, e, posteriormente, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, a fim de implementar ações de saúde coletiva no contexto social (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde redigiu vários manuais técnicos que serviram de subsídios para a assistência à gestante. Nos anos seguintes, esses manuais técnicos sofreram alterações e adaptações com o objetivo de ressaltar aspectos que deveriam ser observados, buscados, implantados e avaliados no decorrer do cuidado pré-natal (ZAMPIERI, 2006).

Em 1986 foi lançado o manual de pré-natal de baixo risco, posteriormente denominado de assistência pré-natal, que propõe que essa assistência ocorra na unidade básica de saúde, caracterizada como principal porta de entrada do sistema de saúde. A operacionalização do PSF, ocorre mediante a composição de equipe multiprofissional que atue numa área delimitada. As ações básicas a serem executadas pelos profissionais que fazem parte do PSF estão descritas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) e constam de atenção a determinados grupos populacionais de acordo com suas características e necessidades de saúde, destacando-se, nesse programa, a atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal (DUARTE; ANDRADE, 2006; ZAMPIERY, 2006).

Segundo Costa *et al.*, (2013), o pré-natal é um dos mais completos conjuntos de procedimentos clínicos e educativos, oferecidos a um grupo populacional específico, que tem o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam trazer riscos para a saúde da gestante e do conceito, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período, com amplo potencial de impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil.

Por apresentar reflexos diretamente nos indicadores de saúde de uma população, o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades das

gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Por isso, é importante que as ações de saúde estejam voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materno-perinatal (BRASIL, 2013; NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

4.2.1 Profissionais que Realizam a Assistência Pré-natal

Dentre os profissionais que atendem à gestante no pré-natal na Atenção Básica, cabe destacar o (a) médico (a) e o (a) enfermeiro (a). Ambas categorias de profissionais realizam atividades em comum, cabendo a cada um, no entanto, algumas particularidades de sua profissão. O (a) Enfermeiro (a) possui além do embasamento teórico-científico, o amparo legal para prestar a assistência pré-natal de baixo risco (Decreto n.º 94.406/87). Nesse sentido, o desenvolvimento adequado das suas competências contribui de modo significativo para a qualidade de vida materna e infantil (SOUZA *et al.*, 2013).

Segundo Brasil (2013), esses profissionais são responsáveis por:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada (enfermeiro-médico);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica (somente o (a) enfermeiro (a)).

- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme (somente o (a) médico (a))
 - Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário (somente o (a) médico (a));
 - Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
 - Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência (somente o (a) médico (a));
 - Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
 - Realizar testes rápidos;
 - Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
 - Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
 - Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Essas atividades citadas acima são primordiais no decorrer da realização das consultas de pré-natal, haja vista que essa assistência constitui-se em um conjunto de condutas.

4.3 Estrutura das Unidades de Saúde que Ofertam Assistência Pré-Natal

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2000), os sistemas de serviços de saúde são um conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de determinada população. No Brasil, a Atenção Básica à Saúde (ABS) é uma estratégia de organização do sistema para o desenvolvimento de ações que possibilitem melhorar a saúde e a qualidade de vida da população atendida. Contudo, o processo de constituição e desenvolvimento da ABS no Brasil tem sido marcado pela persistência de problemas históricos na estrutura física dos serviços, no acesso oportuno aos recursos e na insuficiência de

capacitação dos recursos humanos. Nesse sentido, o MS implantou inicialmente o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que mais tarde, passou-se a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial a partir da atenção básica, desta forma, substituindo o modelo tradicional de assistência.

A ESF propõe uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, tendo como características principais a adscrição da clientela, por meio da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, levando em consideração seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de equipe multiprofissional; atividade preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (ROCHA *et al.*, 2012).

A respeito da estrutura das unidades de saúde, Donabedian desenvolveu um modelo de avaliação dos serviços ofertados nessas unidades, que atualmente é um dos mais utilizados. Trata-se de um modelo conceitual que fornece um enquadramento para averiguar os serviços de saúde e avalia a qualidade dos cuidados de saúde. Esse modelo é baseado em três categorias, estrutura, processo e resultado, conhecida como a tríade Donabedian, que leva em consideração que boas condições de estrutura são pré-condições para desfechos favoráveis (ROCHA *et al.*, 2012e).

Para Donabedian (1988), o termo “estrutura” diz respeito a todos os atributos materiais e organizacionais, que são relativamente estáveis no setor que proporciona a assistência. Já o termo “processo” se refere a tudo o que os profissionais da atenção à saúde fazem por seus clientes e a habilidade com que exercem tal assistência, bem como o que os clientes fazem por si mesmos. O termo “resultado” corresponde às mudanças verificadas, sejam elas relacionadas diretamente ao efeito no estado de saúde dos indivíduos ou às mudanças de comportamentos, conhecimentos ou satisfação dos usuários dos serviços.

Nesse contexto, o MS, por meio da portaria Nº 2.226, de 18 de setembro de 2009 Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o plano nacional de implantação de unidades básicas de saúde para equipes de saúde da família. A partir dessa portaria foram definidos os critérios para a área física das unidades básicas de saúde porte I (abriga uma equipe de saúde da família) que deve possuir:

Recepção contendo sala de espera, que pode ser conjunta com a recepção, desde que respeite a dimensão da área total mínima estabelecida; consultório; consultório odontológico; sala de procedimentos; sala exclusiva de vacinas; sala de curativos; sala de reuniões; copa/cozinha; área de depósito de materiais de limpeza; sanitário para o público, adaptado para deficientes; banheiros para funcionários (BRASIL, 2009).

Conforme a portaria nº 569, de 01 de junho de 2000, A unidade de saúde que oferece o acompanhamento pré-natal deve dispor do seguinte:

Com relação à área física: ambulatório - com sala de espera, local para armazenamento de materiais e medicamentos, banheiro (s) e consultório (s), todos com adequadas condições de higiene, conservação e ventilação. As instalações físicas do (s) consultório (s) devem garantir a privacidade da paciente durante a realização das consultas, exames clínicos e/ou ginecológicos.

Com relação a materiais e equipamentos mínimos: mesa e cadeiras para a realização das entrevistas; mesa ginecológica; escada de dois degraus; foco de luz; balança antropométrica para adultos (peso/altura); esfigmomanômetro; estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; fita métrica flexível e inelástica; espéculos; pinças de Cheron; material para coleta de material para exame colpocitológico; gestograma ou disco obstétrico; sonar.

Com relação a recursos humanos: médico ou enfermeiro; pessoal de apoio suficiente para o atendimento da demanda.

Com relação a registros: Cartão da gestante; ficha perinatal; ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal.

Com relação a medicamentos essenciais: analgésicos; antiácidos; antibióticos; sulfato ferroso e ácido fólico; supositórios de glicerina; cremes para tratamento de infecções vaginais.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. O estudo descritivo tem como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento de relação entre variáveis, uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Esse tipo de estudo busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos (GIL, 2008).

A pesquisa quantitativa é aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões entre outros. Em razão de sua maior precisão e confiabilidade, os estudos quantitativos são mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam com fidelidade, a população onde foram retiradas (FONTELLES *et al.*, 2009).

5.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos Distritos Sanitários (Itaqui-Bacanga, Centro e Bequimão) do Município de São Luís – MA, no período de maio de 2017 a maio de 2018. Tendo em vista abarcar a realidade da população escolhida, em cada distrito foram sorteadas, de forma aleatória, três unidades de saúde onde são realizadas consultas de pré-natal. No distrito Itaqui-Bacanga foram sorteados o Centro de Saúde Vila Bacanga (Embrião), a Unidade de Saúde da Família Vila Embratel e a Unidade Mista Itaqui-Bacanga. No distrito Centro, as unidades de saúde: Centro de Saúde Bezerra de Menezes, Unidade de Saúde da Família São Francisco e Centro

de Saúde da Liberdade. No distrito Bequimão, a Unidade Mista do Bequimão, Unidade de Saúde da Família AMAR e Centro de Saúde Radional (APÊNDICE A).

São Luís, capital do Estado do Maranhão, área desta pesquisa, está situada na ilha Upaon Açu, localizada na costa litoral maranhense, com pouco mais de 830Km². Encontra-se na mesorregião Norte Maranhense e microrregião Aglomeração Urbana de São Luís (RIOS, 2001).

A Ilha de São Luís está localizada no centro do litoral maranhense, com latitude 2°20'00"LS a 2°45'00"LS, longitude 44°01'21" LnW a 44°24'54" LnW. Situa-se ao Norte do Estado, onde se limita com o Oceano Atlântico; ao Sul com o Estreito dos Mosquitos, que a separa do continente; a Leste com a Baía de São José e a Oeste com a Baía de São Marcos (RIOS, 2001). Politicamente está dividida em 4 municípios: São Luís, onde se situa a capital do Estado, com 978.824 habitantes; São José de Ribamar, desmembrado do município de São Luís em 1952, com 107.333 habitantes; Paço do Lumiar, desmembrado de São José de Ribamar em 1959, com 76.161 habitantes e, Raposa, desmembrado de Paço do Lumiar em 1994, com 16.790 habitantes (IBGE, 2005).

De acordo com o último censo demográfico, a estimativa da população do município de São Luís foi de 1.073.893 habitantes. Este município está dividido em sete Distritos Sanitários: Bequimão; Centro; Cohab; Coroadinho; Itaqui-Bacanga; Tirirical e Vila Esperança (SEMUS, 2016). Cada distrito é composto por várias unidades de atendimento (conforme citado acima), onde são realizadas as consultas de pré-natal.

5.3 Processo da amostragem

Participaram do estudo os profissionais que realizavam consulta pré-natal à gestante de risco habitual, nos distritos sanitários acima mencionados, por meio de uma amostra não probabilística de conveniência. Ao todo foram entrevistados 22 profissionais (17 enfermeiros e 5 médicos).

Os critérios de inclusão para a escolha dos participantes da pesquisa foram: enfermeiros e médicos vinculados as unidades de saúde por no mínimo seis meses

e que acompanharam as mesmas gestantes durante três ou mais consultas de pré-natal de risco habitual, nos distritos da pesquisa.

Os critérios de não inclusão utilizados foram: enfermeiros e médicos que mesmo vinculados as unidades de saúde e que realizavam a consulta pré-natal de gestantes de risco habitual, mas que estavam de férias ou afastados do trabalho no período da pesquisa.

5.4 Instrumento de coleta de dados

Os participantes foram abordados por meio de entrevista aberta nos dias de consulta de pré-natal, após o atendimento das gestantes. O instrumento escolhido (APÊNDICE B) possuía os seguintes dados:

- a) Dados de identificação profissional (profissão, locais de trabalho, tempo de trabalho no local da pesquisa, carga horária semanal, curso de pós-graduação), dados socioeconômico e demográficos (idade, gênero, estado civil, local de residência, renda, quantidade de filhos).
- b) Questões sobre fatores que influenciam positivamente e negativamente na qualidade da assistência pré-natal realizado pelos profissionais de saúde, desafios do dia-a-dia na realização dessa assistência para esses profissionais, realização de exames, acesso aos resultados em tempo oportuno, orientações, atividades educativas para gestante/família/companheiro, realização do pré-natal do parceiro.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores com duração média de 20 minutos.

5.5 Análise dos dados

As informações obtidas por meio das entrevistas abertas com os profissionais foram digitadas no programa da Microsoft (Word e Excel) versão 2010. A partir da análise dessas entrevistas, foram extraídos os dados profissionais, socioeconômico e demográficos, além dos principais dados referentes aos fatores

que influenciam negativamente na qualidade da assistência pré-natal realizado pelos profissionais de saúde. Esses dados foram analisados e apresentados sob a forma de tabela contendo frequência absolutas e relativas de todas as variáveis.

5.6 Aspectos éticos e legais

Este estudo é um recorte de um projeto maior de pesquisa intitulado “Retratando a assistência do pré-natal em São Luís – MA”, cujo objetivo geral é avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas na Atenção Básica de Saúde em São Luís – Maranhão. Esta pesquisa é desenvolvida pelo Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher – NEPEM, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

A pesquisa obedece às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA. Após, aprovação no CEP/UFMA, sob Parecer de nº 1.999.550 (Anexo C), foram solicitadas as autorizações formais da SEMUS (Anexo D) para execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Colegiado do Curso de Enfermagem (Anexo E).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e demais aspectos da pesquisa e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), assegurando sua participação voluntária, o direito de retirar a autorização em qualquer fase da pesquisa, sem penalizações e mantendo a privacidade quanto aos dados fornecidos durante a pesquisa.

6. RESULTADOS

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas de enfermeiros e médicos, atuantes na assistência pré-natal, na Atenção Básica em alguns distritos sanitários em São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
20 – 29 anos	1	4,5
30 – 39 anos	14	63,6
40 – 49 anos	5	22,7
50 – 59 anos	2	9,0
Gênero		
Feminino	21	95,4
Masculino	1	4,5
Estado civil		
Solteiro	5	22,7
Casado	14	63,6
Divorciado	2	9,0
Viúvo	1	4,5
Número de filhos		
Nenhum	9	40,9
Um	5	22,7
Dois	7	31,8
Mais de dois	1	4,5
Distrito Sanitário de residência		
Bequimão	7	31,8
Centro	5	22,7
Cohab	4	18,1
Não informado/ilegível	6	27,2
Total	22	100

De acordo com a Tabela 1, a respeito das características socioeconômicas e demográficas dos profissionais entrevistados, tem-se o seguinte:

O estudo demonstrou que o perfil dos profissionais investigados referentes à faixa etária apontou que a maioria, 14 (63,6%) estava entre 30 a 39 anos de idade; 5 (22,7%) entre 40 a 49 anos; 2 (9,0%) estava entre 50 a 59 anos e apenas 1 (4,5%) entre 20 a 29 anos.

Com relação ao gênero, a maioria 21 (95,4%) é do gênero feminino e apenas 1 (4,5%) do gênero masculino.

Ao estado civil, a maioria desses profissionais, 14 (63,6%) são casados; 5 (22,7%) são solteiros; 2 (9,0%) são divorciados; 1 (4,5%) é viúvo.

De acordo com o número de filhos, 9 (40,9%) não têm filhos; 5 (22,7%) têm apenas um filho; 7 (31,8%) têm dois filhos; apenas 1 (4,5%) tem mais de dois filhos.

Quanto ao distrito de residência, 7 (31,8%) moram no distrito sanitário do Bequimão; 5 (22,7%) moram no distrito sanitário do Centro; 4 (18,1%) moram no distrito sanitário da Cohab; 6 (27,2%) não informaram ou a informação ficou ilegível.

Tabela 2 - Características profissionais de enfermeiros e médicos atuantes na assistência pré-natal na Atenção Básica em alguns distritos sanitários em São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

(continua)		
Variáveis	n	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	17	77,2
Médico	5	22,7
Vínculos empregatícios		
Um vínculo	14	63,6
Dois vínculos	8	36,3
Renda		
3 a 5 salários mínimos	5	22,7
6 a 8 salários mínimos	8	36,3
Mais de 8 salários mínimos	8	36,3
Não informado	1	4,5

Tabela 2 - Características profissionais de enfermeiros e médicos atuantes na assistência pré-natal na Atenção Básica em alguns distritos sanitários em São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

(conclusão)		
Tempo de vínculo na unidade		
De 6 meses a 5 anos	10	45,4
De 6 a 10 anos	10	45,4
Não informou	1	4,5
Carga horária semanal		
20 horas	1	4,5
30 horas	12	54,5
36 horas	1	4,5
40 horas	4	18,1
Outra	4	18,1
Tempo de formação		
Menos de 5 anos	2	9,0
De 5 a 10 anos	5	22,7
De 11 a 15 anos	10	45,4
Mais de 15 anos	5	22,7
Pós-graduação		
Especialização em Saúde da Família	7	31,8
Especialização em Obstetrícia	2	9,0
Outros	13	59,0
Total	22	100

Quanto às características profissionais dos médicos e enfermeiros, conforme a tabela 2 tem-se o seguinte:

Desses profissionais 17 (77,2%) são enfermeiros e 5 (22,7%) são médicos.

Com relação ao vínculo empregatício, a maioria 14 (63,6%) possuem apenas um vínculo; 8 (36,3%) possuem dois vínculos.

Quanto à renda, 8 (36,3%) têm remuneração entre 6 a 8 salários mínimos; 8 (36,3%) mais de 8 salários mínimos; 5 (22,7%) entre 3 a 5 salários mínimos; 1 (4,5%) não informou a renda.

Sobre o tempo de vínculo na unidade de saúde, 10 (45,4%) têm entre 6 meses e 5 anos de vinculação; 10 (45,4%) tem considerável tempo de vinculação às unidades de saúde, de 6 a 10 anos; apenas 1 (4,5%) não informou.

Sobre a carga horária semanal, 12 (54,5%) trabalham 30 horas; 1 (4,5%) 36 horas; 1 (4,5%) 20 horas; 4 (18,1%) 40 horas; 4 (18,1%) têm carga horária diferente do intervalo apresentado.

A respeito do tempo de formação, 10 (45,4%) têm entre 11 a 15 anos de formação; 5 (22,7%) entre 5 e 10 anos; 5 (22,7%) mais de 15 anos; apenas 2 (9,05) menos de 5 anos.

Quanto à pós-graduação, 7 (31,8%) têm especialização em saúde da família; 2 (9,0%) em obstetrícia; 13 (59,0%) têm outras especializações.

Tabela 3 – Fatores que contribuem para fragilidades na assistência pré-natal segundo enfermeiros e médicos atuantes na Atenção Básica em alguns distritos sanitários em São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

(continua)		
Variáveis	n	%
Relacionados à estrutura das unidades de saúde		
Estrutura física inadequada	5	22,7
Ausência/insuficiência de recursos materiais	13	59,0
Ausência/insuficiência de medicamentos/suplementos	8	36,3
Recursos humanos insuficientes	5	22,7
Relacionados à organização do serviço		
Grande demanda de gestantes	6	27,2
Dificuldade de informação no sistema de referência e contrarreferência	5	22,7
Relacionados a oferta de serviços		
Dificuldade na realização de exames laboratoriais	5	22,7
Dificuldade na obtenção dos resultados em tempo oportuno	3	11,1
Dificuldade na realização de exames de imagem	6	27,2
Ausência de testes rápidos	2	9,0
Ausência/dificuldade na realização de ações educativas	5	22,7

Tabela 3 – Fatores que influenciam negativamente a assistência pré-natal segundo enfermeiros e médicos atuantes na Atenção Básica em alguns distritos sanitários em São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

(conclusão)

Relacionados aos profissionais médicos e enfermeiros		
Ausência de capacitação profissional	4	18,1
Relacionados à gestante e ao parceiro		
Baixas condições socioeconômicas	4	18,1
Adesão tardia/irregular ao pré-natal	5	22,7
Falta de adesão às ações educativas	5	22,7
Falta/dificuldade de adesão ao pré-natal do parceiro	7	31,8
Total	22	

De acordo com a tabela 3, os principais fatores que influenciam negativamente a assistência pré-natal foram elencados a seguir:

Relacionados à estrutura das unidades de saúde: 5 (22,7%) profissionais citaram a estrutura física inadequada; 13 (59,0%) ausência/insuficiência de recursos materiais; 8 (36,3%) ausência/insuficiência de medicamentos/suplementos; 5 (22,7%) recursos humanos insuficientes.

Relacionados à organização do serviço: 6 (27,2%) dos profissionais referiram grande demanda de gestantes; 5 (22,7%) dificuldade de informação no sistema de referência e contrarreferência.

Relacionados a oferta de serviços: 5 (22,7%) informaram dificuldade na realização de exames laboratoriais; 3 (11,1%) dificuldade na obtenção de resultados em tempo oportuno; 6 (27,2%) dificuldade na realização de exames de imagem; 2 (9,0%), ausência de testes rápidos; 5 (22,7%) ausência/dificuldade na realização de ações educativas.

Relacionados aos profissionais médicos e enfermeiros: 4 (18,1%) referiram ausência de capacitação profissional.

Relacionados à gestante e ao parceiro: 4 (18,1%) informaram baixas condições socioeconômicas; 5 (22,7%) adesão tardia/irregular ao pré-natal; 5 (22,7%) falta de adesão às ações educativas; 7 (31,8%) falta/dificuldade de adesão ao pré-natal do parceiro.

7 DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos profissionais investigados referentes à faixa etária apontou que a maioria, (63,6%) estava entre 30 a 39 anos de idade e a segunda maior parcela, (22,7%) entre 40 a 49 anos, espelhando um perfil etário de maturidade profissional, associado ao tempo de vínculo na unidade de saúde, tem condições de vivenciar e mostrar as fragilidades que dificultam a assistência pré-natal e as consequências destas sobre a saúde do binômio (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Com relação ao gênero dos profissionais, sem levar em consideração as diferenças entre as duas categorias (médicos e enfermeiros), resultados semelhantes foram observados no estudo de Pedrosa *et al.* (2012), a maior parcela (88,6%) era do sexo feminino e a menor (11,4%) do sexo masculino. Já em outro estudo, Lima *et al.* (2016), de acordo com a categoria profissional, enfermeiros: 84,4% do gênero feminino e 15,6% masculino; médicos: 87,5% gênero feminino e 12,5% masculino.

De acordo com dados mais recentes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2013), 86,2% dos enfermeiros inscritos são do sexo feminino, esse dados associados aos dados dos estudos citados anteriormente, evidencia a grande inserção de mulheres na área da saúde em relação a inserção de homens. Isso pode ser favorável, no sentido de revelar com mais propriedade as fragilidades na dimensão do cuidado à gestante, uma vez que o gênero feminino, historicamente, é considerado como mais sensível às causas de saúde (BOTTON *et al.*, 2017). Ressalta-se, ainda que a maioria (59,0%) dos entrevistados, deste estudo, tem filhos, isso significa que já vivenciaram a experiência da maternidade/paternidade, reafirmando a ideia de conhecimento de causa em relação às fragilidades na assistência pré-natal nas suas diversas peculiaridades.

Com relação à profissão, o estudo demonstrou que a maioria são enfermeiros, confirmando o que é observado na prática dos serviços de saúde na ABS em que o enfermeiro é uma categoria muito atuante, conforme explicita o estudo de Backes *et al.* (2012) ao afirmar que os profissionais da saúde, mais especificamente o profissional enfermeiro, ampliou a sua atuação e inserção no campo comunitário e social com a criação do SUS. Esta prática foi ampliada ainda mais com as oportunidades oferecidas pela ESF, a qual proporcionou maior

visibilidade e se apresenta como um espaço aberto, sensível e flexível para a emancipação e a transformação social. Diante de tal abrangência na ABS, o enfermeiro consegue vivenciar e relatar, entre outras questões, os fatores negativos mediante o exercício de sua prática profissional.

A respeito do tempo de vínculo na unidade de saúde, este estudo aponta realidades distintas, enquanto 10 (45,4%) profissionais têm entre 6 meses a 5 anos de vinculação, outros 10 (45,4%) têm considerável tempo de vinculação às unidades de saúde, de 6 a 10 anos. Sobre isso, o estudo de Ferreira *et al.* (2012) afirma que a rotatividade de profissionais na ABS, gera sobrecarga de trabalho para os que permanecem, desta forma, fragiliza o processo de trabalho, além do comprometimento do vínculo com a população atendida e a qualidade da assistência, bem como, gasto de tempo e energia com o treinamento de novos profissionais. Isso geralmente é decorrente de vínculo empregatício precário.

Nesse sentido, um estudo de Eberhardt *et al.* (2015) realizado no Paraná, sobre a distribuição dos vínculos precários de acordo com o nível de formação dos trabalhadores, constatou que a maioria (85,28%) concentrava-se entre os profissionais de saúde com formação de nível superior, principalmente a categoria médica com 78,88% dos vínculos de trabalho precários. Esses resultados indicam a precarização dos vínculos de trabalho no setor de saúde e a persistência de problemas importantes a serem equacionados no que se refere à força de trabalho, que afeta especialmente a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS, refletindo negativamente na assistência prestada pelos profissionais de saúde não somente à gestante, mas à toda população que faz uso dos serviços de saúde na rede do SUS.

Quanto à carga horária semanal, observou-se, neste estudo, que a maioria (54,5%) tem carga de 30 horas semanal. Sobre essa questão, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), determina para o trabalhador de saúde, o cumprimento de horário integral através de uma jornada semanal de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde da família. À exceção dos profissionais médicos, com carga horária total de 20 ou 40 horas, caso esteja atuando em duas Estratégias Saúde da Família.

Como se pode perceber através dos dados apresentados sobre a carga horária total, há um prejuízo para a população adscrita, quando consideramos que a cada semana há um déficit de 10 horas por profissional. Isso, conseqüentemente, deve repercutir negativamente na assistência à gestante, uma vez que diminui o tempo disponível do profissional para a assistência pré-natal.

Com relação à renda, observa-se a ausência de isonomia salarial, isso pode estar relacionado ao fato dos profissionais entrevistados possuírem vínculos empregatícios diferentes e, também, à quantidade desses vínculos, sendo que 63,6% possuem apenas um vínculo e 36,3% possuem dois vínculos. A respeito do fator renda, um estudo de Magnago; Pierantoni (2015) afirma que essa questão pode gerar descontentamento entre os profissionais (servidores e contratados), repercutindo na assistência prestada à população, tendo em vista que independente do vínculo empregatício, as atividades desenvolvidas são as mesmas, porém, a divergência consiste nos salários e nas gratificações desses profissionais. Ainda sobre a questão de vínculos empregatício, um estudo de Lima *et al* (2016), evidenciou essa diferença de vínculos existentes na ESF, sendo que 53,1% dos profissionais eram estatutários e 40,6% possuíam apenas contrato temporário.

A qualificação profissional é de extrema importância para a qualidade da assistência pré-natal. Neste estudo, observa-se que a maioria dos profissionais tem outras especializações, representando uma fragilidade para a assistência pré-natal, uma vez que essa assistência precisa ser qualificada para melhorar, entre outras questões, os indicadores de saúde, tais como o de morbimortalidade materna e infantil, conforme afirma Nunes *et al.* (2016).

No tocante à questão referida acima, um estudo de Magnago; Pierantoni (2015) revelou que, dentre as principais dificuldades relacionadas aos recursos humanos, os gestores do Rio de Janeiro (RJ) citaram a deficiência no processo de formação, que ainda não prepara o profissional para atuar no âmbito da ABS, especialmente o médico. No sentido de resolver tal situação, tem sido utilizado como estratégia a aproximação da rede de saúde com a universidade e também a qualificação da sua força de trabalho, disponibilizando cursos de especialização e mestrado, dada a importância da qualificação do serviço oferecido à população. Devido a importância de tal questão, os participantes deste estudo citaram como uma fragilidade na assistência à gestante a falta de capacitação profissional conforme descrito na tabela 3.

De acordo com a tabela 3, quanto aos fatores que influenciam negativamente a assistência pré-natal relacionados à estrutura das unidades de saúde, 5 (22,7%) dos profissionais entrevistados referiram a estrutura física inadequada, 13 (59%), ausência ou insuficiência de recursos materiais, 8 (36%), ausência ou insuficiência de medicamentos e/ou suplementos e 5 (22,7%), recursos humanos insuficientes.

No que diz respeito a insatisfação dos profissionais com a estrutura física, os resultados deste estudo conferem com que foi encontrado no estudo realizado por Rocha *et al.* (2012) em Campina Grande, Paraíba, demonstrando que alguns itens de avaliação da estrutura como: a ventilação e as condições de área física foram os parâmetros com maior quantidade de avaliações inadequadas (92,3%), seguidos da dimensão (40%), ruído (30%) e iluminação (10%). Alguns itens da estrutura destacaram-se por sua ausência nas unidades: o expurgo (90%), a sala de reuniões (65%), a sala de esterilização (65%) e o consultório odontológico (40%).

Ainda sobre o estudo de Rocha *et al.* (2012), a quase totalidade das UBS dispunha de sala de espera (100%), consultórios (100%), cozinha (100%), sala de vacina (95%), farmácia (90%) e sala para cuidados de enfermagem (85%). Porém, a farmácia e a unidade de modo geral foram referidas, pela maioria dos profissionais, como inadequadas em todos os parâmetros avaliados. Depois destas, a sala de espera, recepção/arquivo, sala para cuidados de enfermagem e sala de vacinação foram as que tiveram maior quantidade de parâmetros inadequados. Ainda, constatou-se que a ventilação foi o parâmetro com maior frequência de avaliações negativas.

No tocante aos recursos materiais e medicamentos/suplementos, os resultados deste estudo diferem tanto com relação aos insumos e medicamentos de um estudo realizado por Nogueira *et al.* (2016) em Mossoró, Rio Grande do Norte, que divergiu dos resultados apresentados neste estudo, em que 100% dos profissionais afirmaram que nas unidades de saúde havia recursos necessários para as consultas de pré-natal como os equipamentos indispensáveis (estetoscópio clínico, esfigmomanômetro, fita métrica inelástica, foco de luz, mesa para exames ginecológicos, sonar Doppler, entre outros); materiais higiênicos e sanitários, gestão da informação (fichas para requisição de exames, prescrição de medicamentos, anamnese do pré-natal, encaminhamento para a referência, entre outras; luvas

descartáveis, lençóis nas mesas ginecológicas, cartão da gestante, mapa de registro diário, cadastro de gestantes (livro de procedimento).

De acordo, ainda, com o estudo citado acima, quanto aos medicamentos/suplementos, 72% dos profissionais afirmaram que a unidade tinha disponíveis suprimentos de medicamentos/suplementos. Estes são importantes para atender as necessidades orgânicas da gestante e do feto, sendo assim, a insuficiência desses recursos (medicamentos/suplementos) pode comprometer o desenvolvimento de uma gestação saudável (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Por outro lado, um estudo de Ferreira *et al.* (2017) revelou que ainda existe disparidades nas condições estruturais em diferentes unidades de saúde para a prática clínica como falta de consultório adequadamente equipado e de uso exclusivo de determinada categoria profissional, como o enfermeiro.

A despeito dos recursos humanos na atenção básica, de acordo com a Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011 que aprovou a PNAB, estabelece que a equipe multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), sendo, cada equipe responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. Além disso o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Os estudos de Dominges *et al.* (2012), Andreucci; Cecati (2011), Coutinho *et al.* (2010), afirmam que a falta de recursos humanos (profissionais aptos e treinados para o atendimento de qualidade à gestante) e a falta de infraestrutura adequada (planta física adequada, equipamentos disponíveis para o exame da gestante, medicamentos básicos entre outros) comprometem a qualidade da assistência pré-natal e expõe a gestação, o parto e puerpério a riscos e consequências adversas (COSTA *et al.*, 2013). Por outro lado, a organização dos serviços de saúde deve incluir condições sociopolíticas, humanas e materiais que viabilizem o desenvolvimento de trabalho com qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência (PEDROSA *et al.*, 2011).

Outro fator negativo destacado por 6 (27,2%) dos profissionais entrevistados foi a grande demanda de gestantes. A ABS organiza sua demanda em programada e espontânea.

Segundo Velloso (2012), demanda programada é aquela que é agendada previamente, é gerada a partir de ação prévia à consulta. Na atenção primária, considera-se a demanda como um importante instrumento de ação que organiza o atendimento no serviço de saúde.

Segundo Brasil (2010), é considerado demanda espontânea o público que comparece ao serviço de saúde sem um agendamento prévio, seja por agudização de algum problema de saúde, seja por julgar necessário o atendimento de saúde para si em determinado momento em alguma unidade de saúde. E essa demanda deve ser acolhida, escutada, problematizada e legitimizada. No entanto, o fato dessa demanda comparecer ao serviço de saúde, não significa necessariamente que será atendida no momento da procura, uma vez que nem sempre a necessidade de saúde apresentada sugere o atendimento imediato, sendo possível o agendamento do atendimento para outro dia, sendo, desta forma, essa demanda convertida em demanda programada.

A crescente demanda espontânea tem sido algo de destaque na atenção básica e na organização da equipe de saúde. Observa-se a preocupação por parte dos profissionais que trabalham nessa área, principalmente enfermeiros e médicos que são os principais responsáveis pelo atendimento à essa clientela (ROCHA, 2013).

A despeito da população adscrita, o MS recomenda que a população adscrita por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família seja de quatro mil pessoas localizadas dentro do seu território (BRASIL, 2012e).

A respeito da demanda de gestantes, um estudo de Costa *et al.* (2010) realizado em 30 municípios do Estado do Maranhão no período de julho de 2008 a janeiro de 2009 evidenciou que o SUS foi responsável por 78,4% dos atendimentos de pré-natal. As UBS atendidas pelo PSF, foram responsáveis pela realização de 45,9% da assistência pré-natal. O pré-natal apresentou uma cobertura 85,6%, no entanto, ao se considerar a cobertura de pré-natal adequado, este foi de 43,4%. Apesar de uma cobertura de pré-natal acima de 80%, apenas a metade é considerada adequada. Esse estudo reforça o que afirmaram os profissionais, no

que diz respeito a grande demanda de gestantes, e, ainda reforça a incapacidade do serviço em atender toda essa demanda.

Sobre a dificuldade de informação no sistema de referência e contrarreferência, 5 (22,7%) dos profissionais se remeteram a essa questão.

No tocante a esse assunto, a referência trata-se do encaminhamento de paciente que está sendo atendido em uma determinada unidade de saúde e que precisa de um atendimento com maior nível de complexidade para ter sua necessidade atendida. Por outro lado, a contrarreferência trata-se do retorno desse paciente para a unidade de origem, após ter resolução da causa responsável pela referência (ALMEIDA, 2013).

O sistema de referência e contrarreferência permite a comunicação entre os serviços e os profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção, tornando-se essencial a efetiva comunicação entre os órgãos de saúde para o atendimento ao cliente na resolução das ações de saúde. No que se refere à atenção ao pré-natal, é imprescindível que esse sistema esteja funcionando de forma adequada (RODRIGUES, 2009). Segundo Brasil (2011), a dificuldade de encaminhamento da demanda da atenção básica para os serviços de maior complexidade ainda é um desafio que perpassa pelo SUS.

A gestante tem o direito de saber, desde o início do pré-natal, onde será realizado o seu parto, pois a RC assegura a vinculação dessa gestante à maternidade de referência no início do pré-natal (BRASIL, 2011).

Uma pesquisa realizada com 357 puérperas em São Luís, Maranhão em 2007, apontou que 40,6% dessas foram atendidas após terem percorrido a mais de um serviço de saúde e 40% foram a pelo menos duas maternidades; o motivo foi a indisponibilidade de leito para 60% dos casos. Cabe ressaltar que a estruturação dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto, o adequado referenciamento e o aumento da cobertura podem contribuir para a diminuição do sofrimento vivido pelas mulheres, bem como para a redução do risco de morbimortalidade materna e neonatal (Cunha *et al.*, 2010).

Corroborando com o exposto acima, um estudo de Guerreiro *et al.* (2012) realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Fortaleza, Ceará, revelou alguns entraves descritos por gestantes e enfermeiros, que realizam a assistência pré-natal. Um desses entraves foi a ausência de um sistema de referência e contrarreferência. As gestantes referiram sua insatisfação

por não terem uma maternidade vinculada ao serviço para que possam ser encaminhadas no momento do parto. Elas precisaram recorrer a várias maternidades até encontrarem vagas para serem internadas. Isso acaba gerando vários transtornos na gestante como: aumenta a ansiedade, a preocupação e o medo ante um momento tão esperado que é o nascimento do filho. A falta ou dificuldade de informação de referência e de contrarreferência gera ansiedade e sensação de desamparo, pois o serviço perde o contato das gestantes, interrompendo a atenção durante o período gravídico-puerperal.

Guerreiro *et al.*, (2012) afirma ainda que a falta de referenciamento da gestante para a maternidade na qual deverá ser atendida no momento do parto leva a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais. E isso é algo preocupante porque a maioria das mortes maternas ocorre perto do parto, demandando intervenções que garantam melhor assistência nesse período. Em relação a essa situação obstétrica, a crença de que existe desumanização em um momento tão importante e, principalmente, o direito que toda gestante tem, de garantia ao atendimento, foram consideradas como questões emblemáticas a serem superadas. Além disso, a assistência pré-natal necessita contar com um serviço eficaz de referência e contrarreferência e sistemas de avaliação das ações desenvolvidas, pois esses fatores contribuem sobremaneira para o sucesso do serviço de pré-natal e estimulam aqueles envolvidos no processo.

Quanto aos exames laboratoriais 5 (22,7%) dos profissionais afirmaram dificuldade na realização de exames e 3 (11,1%) dificuldade na obtenção dos resultados desses exames em tempo oportuno.

No tocante a realização de exames no ciclo gravídico-puerperal, observa-se atenção especial por parte do Governo Federal (GF), que instituiu, em 2000, o PHPN que mais tarde se transformou em Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Esta política assegura, no âmbito da assistência pré-natal, dentre outras questões importantes, a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, em que está incluso a solicitação e realização de exames de rotina (CAVALCANTE, 2016).

Considerando a importância dos exames de rotina para a gestante e o conceito, a RC, no componente Pré-Natal, assegura a realização desses exames e seu acesso aos resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

A respeito da obtenção dos exames em tempo oportuno, um estudo de Guerreiro *et al.* (2012) mostrou que a demora dos resultados dos exames solicitados nas consultas de pré-natal foi algo muito relatado pelos enfermeiros entrevistados. Em muitas situações, a obtenção desses resultados demoravam até três meses, estando, portanto, desatualizados. O principal problema é a detecção tardia de alguma complicação, que poderia já estar sendo tratada se houvesse agilidade nos resultados dos exames.

Segundo Brasil (2006), durante o pré-natal, é fundamental, na primeira consulta da gestante, a solicitação e realização de alguns exames, no PHPN estão descritos esses exames: tipagem sanguínea e fator Rh (quando não realizado anteriormente); urina tipo I; hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); glicemia de jejum; sorologia para toxoplasmose; colpocitologia oncótica, quando indicada; sorologia para sífilis (VDRL); teste anti-HIV; sorologia para hepatite B (HBsAg). Esses três tipos de sorologia devem ser repetidos próximo à 30^a semana de gestação.

Além dos exames citados anteriormente, o MS sugere outros exames que podem ser acrescidos a rotina mínima, como: protoparasitológico (solicitado na primeira consulta); colpocitologia oncótica (pode ser feito em qualquer trimestre); – bacterioscopia da secreção vaginal (em torno da 30^a semana de gestação), particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade; sorologia para rubéola (quando houver sintomas sugestivos); urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática; eletroforese de hemoglobina: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme; ultrassonografia obstétrica (onde houver disponibilidade) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a).

Durante a consulta pré-natal, a solicitação e realização desses exames de rotina é tão significativo para a saúde da gestante pois, para muitas, é a única oportunidade que possuem para conhecer seu real estado de saúde. É o momento que o profissional de saúde, seja médico ou enfermeiro, tem de fazer uma abordagem holística, realizando a promoção da saúde, prevenção de agravos, realização de tratamento, e até mesmo, recuperação da saúde dessa gestante (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

Uma vez que tais exames não são realizados quando solicitados, isso poderá ocasionar risco/danos à mãe e filho, impossibilitando a prevenção de agravos e intervenções precoces. A realização desses exames em tempo oportuno pode colaborar para a gestação saudável, por outro lado, a não realização, ou a não

obtenção desses resultados em tempo oportuno, podem gerar problemas, pois as gestantes podem estar expostas a agravos, podendo até repercutir direta ou indiretamente em sua morte (BRASIL, 2012a).

O PHPN se constituiu em um marco para assistência à mulher no período gravídico-puerperal, ao estabelecer além do número de consultas e a idade gestacional de ingresso, também permitiu a solicitação de exames laboratoriais e ações de educação em saúde e trouxe ainda a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, com os modelos empregados em todo o mundo (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Na primeira década de implantação do PHPN, foram realizados estudos para averiguar o impacto desse programa na assistência pré-natal, tendo como foco, entre outras questões, a realização de exames de rotina conforme preconizado no programa citado.

Um estudo transversal realizado com gestantes atendidas em unidades de saúde da rede SUS do município do Rio de Janeiro no período de novembro de 2007 a julho de 2008, demonstrou que apesar do aumento do registro dos resultados de exames com o avançar da gravidez, a adequação quanto à realização de exames e tempo gestacional atingiu um valor máximo de apenas 41% em gestantes com 28-33 semanas. Nas gestantes com 34-37 semanas, quando já deveriam estar disponíveis os resultados dos exames da segunda rotina, observou-se uma queda da adequação, que não alcançou 20% nas gestantes a termo. A menor proporção de registros, tanto na primeira quanto na segunda rotina de exames, foi observada para os resultados do exame de urina (EAS) (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Um outro estudo de Cavalcante *et al.*(2016) realizado na segunda década de implantação do PHPN demonstrou a permanência das dificuldades quanto à realização de exames. Esse estudo foi realizado com 108 gestantes em uma Unidade de Saúde Básica, em Maceió, Alagoas, no período de dezembro de 2013 a março de 2014, que demonstrou que 75% das gestantes dessa pesquisa obtiveram dificuldades na realização de exames de pré-natal e 26% não apresentaram nenhum tipo de dificuldade.

Sobre as dificuldades relatadas pelas gestantes para a não realização dos exames de rotina, destacou-se: conseguir a marcação dos exames de rotina (88%), ausência do profissional que realiza os exames (2%), falta de material necessário

para a realização dos exames (10%). Com relação à ocorrência de dificuldades variando conforme o período gestacional em que se encontravam, as gestantes do 1º trimestre apresentaram um maior grau de dificuldade para a realização dos exames (66,67%) do que quando comparadas com o 2º e 3º trimestre. Das gestantes que realizaram os exames exclusivamente pelo SUS, 63,64% apresentaram dificuldade para a realização (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Quanto à dificuldade de realizar o exame de ultrassom, 6 (27,2%) profissionais apontaram essa dificuldade. A ultrassonografia (US) é o exame de imagem mais indicado para a gestantes durante a realização do pré-natal. A indicação desse exame ocorre por várias razões, de acordo com o trimestre gestacional. No primeiro trimestre para verificar a viabilidade fetal, determinar a idade gestacional, corionicidade em gemelar, translucência nugal, além de diagnosticar gravidez ectópica. No segundo trimestre para avaliar a morfologia fetal. A OMS recomenda uma ultrassonografia antes das 24 semanas da gestação às mulheres grávidas para estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduzir a indução do parto em uma gravidez pré-termo e melhorar a experiência da gestação para mulheres (OMS, 2016); no terceiro trimestre para avaliar a placenta, crescimento e vitalidade fetal (MELITI *et al.*, 2010).

O MS recomenda apenas uma ultrassonografia obstétrica indicada na primeira consulta de pré-natal ou primeiro trimestre gestacional com objetivo de identificar a idade gestacional, porém, esse exame não é obrigatório (BRASIL, 2013).

No entanto, a OMS preconiza que as gestantes sejam submetidas a esse exame no primeiro trimestre entre 11 e 14 semanas de gestação; segundo trimestre entre 20 e 24 semanas; terceiro trimestre entre 32 e 36 semanas (OMS, 2008; 2016). No entanto, estudos apontam que o uso da ultrassonografia após 24 semanas não demonstrou benefícios evidentes para a mãe ou para o feto, exceto para a avaliação da maturidade placentária que parece reduzir a mortalidade perinatal (BRASIL, 2006; MELITI *et al.*, 2010).

Por outro lado, a US é um exame muito atrativo para as gestantes e seus parceiros. Isso se deve ao contato visual com os seus bebês e a segurança de saber que eles estão bem, além da determinação do sexo do bebê (MELITI *et al.*, 2010).

Um estudo de Guerreiro *et al.* (2012) evidenciou a insatisfação dos enfermeiros, quanto a falta de recursos tecnológicos para a realização de ultrassom obstétrico. Nesse estudo, os enfermeiros afirmaram que as gestantes, muitas vezes, precisavam procurar clínicas particulares para a realização do exame e receber o resultado de forma imediata. Nesse mesmo estudo, ao serem entrevistadas, as gestantes manifestaram o seu descontentamento com o incômodo causado pelo fato de não poderem fazer um ultrassom no serviço e serem encaminhadas para outros lugares ou, até mesmo, pagarem por um ultrassom com resultados imediatos, confirmando o que fora relatado pelos enfermeiros.

Conforme a tabela 3, 2 (9,0%) profissionais referiram ausência ou dificuldade na realização de testes rápidos na rotina do pré-natal.

Nesse contexto, a implantação da Rede Cegonha pelo Governo Federal trouxe várias estratégias para a realização da assistência pré-natal, dentre estas estratégias, a disponibilização de testes rápidos para a detecção e tratamento precoce dos casos de sífilis, HIV e hepatites virais em gestantes (BRASIL, 2011).

O MS preconiza que a primeira consulta do pré-natal deve ser realizada pelo enfermeiro e os TR devem ser oferecidos e realizados nesse momento. Sendo assim, o enfermeiro torna-se um instrumento indispensável nesse processo, considerando mais uma vez a necessidade do mesmo estar capacitado para articular junto à gestante a necessidade da realização desses TR, e, dependendo do resultado, o tratamento (BRASIL, 2012a).

A Nota Técnica Conjunta nº 391/12 elaborada pelo MS estabelece que os TR devem ser realizados nas unidades básicas de saúde por profissionais de saúde capacitados para execução, leitura, interpretação de resultados e emissão de laudos, dando a devida seriedade aos resultados encontrados (BRASIL, 2012d)

Para Lopes *et al.* (2016), os profissionais são os instrumentos-chave nesse processo e por isso precisam estar seguros para a aplicação dos TR, bem como o aconselhamento a respeito destes. A instrução ou o treinamento correto aliado ao conhecimento teórico suficiente deve ser a garantia de uma maior segurança acerca do assunto que deve ser colocado em prática, podendo assim ser visto de forma mais acessível para eles e facilitando a elaboração correta e eficaz da função.

A realização de testes rápidos surge como mais uma estratégia de qualificar o atendimento à gestante, tendo em vista que não requer tecnologias complexas e proporciona resultados em tempo hábil (em média 30 minutos), possibilitando maior

cobertura de testagem, além de otimizar o tempo de diagnóstico e tratamento da gestante, bem como agilizar a adoção de medidas necessárias para a prevenção da transmissão vertical (LOPES *et al.*, 2015).

Um estudo realizado em Fortaleza, Ceará em 2014 sobre a implantação do TR de HIV e Sífilis demonstrou que das 24 unidades onde foi realizada a pesquisa, 62,5% tinha o TR disponível e 37,5% não tinha disponível. Quanto a realização do TR na rotina do pré-natal, 55,6% realizavam e 44,4% não realizavam (LOPES *et al.*, 2016). Tais dados corroboram com a dificuldade expressa pelos profissionais deste estudo.

Quanto às ações educativas, 5 (22,7%) dos profissionais se referiram à ausência ou dificuldade na realização dessas ações.

Sabe-se que durante o pré-natal se faz importante a criação de um espaço de educação em saúde, a fim de possibilitar a preparação da gestante para viver o período gestacional, o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. O processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, como também fortalecer a consciência cidadã (SOUZA *et al.*, 2011).

Os serviços de saúde devem dispor de um ambiente adequado e de profissionais habilitados para a realização de ações educativas (BRASIL, 2005). Contudo, sabe-se que a realidade dos serviços de saúde nem sempre responde às necessidades de educação em saúde, principalmente no período gestacional, momento em que as mulheres procuram os serviços de saúde com mais regularidade e estão mais propensas a participação em atividades educativas (GOMES *et al.*, 2014).

O profissional de saúde pode estabelecer estratégias para a realização de ações educativas, que podem ser por meio de grupo de gestantes e reuniões com as mesmas. Existem diversas temáticas que podem ser abordadas nesse período, como a importância do pré-natal, higiene e atividade física, nutrição: promoção da alimentação saudável, dentre diversas outras temáticas (BRASIL, 2005).

No tocante à ausência de capacitação profissional, 4 (18,1%) dos profissionais se reportaram à essa questão.

O pré-natal deve ser realizado por profissionais qualificados e empenhados na realização de suas atribuições. A assistência pré-natal constitui-se em uma atenção que acolhe a mulher desde o início da gestação para possibilitar o

nascimento de uma criança saudável e o bem-estar de mãe e filho (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Apesar de todos os esforços, como a implantação de várias políticas voltadas para o contexto materno e infantil, constata-se que as taxas de morbimortalidade materna ainda permanecem altas nos dias atuais. Para a redução de tais taxas se faz necessário o acompanhamento pré-natal e a promoção de melhor qualidade de vida na gestação e no pós-parto (BRASIL, 2013).

Para prestar uma assistência pré-natal de qualidade, é necessário, entre outras ferramentas, a capacitação profissional. O MS é responsável por oferecer uma boa qualidade nas práticas do pré-natal, levando em consideração a capacitação dos profissionais que assistirão à mulher ao longo da gestação (ARAÚJO; OKASAKI, 2008).

Com relação aos fatores negativos relacionados às gestantes e parceiros, os profissionais apontaram as seguintes variáveis: baixas condições socioeconômicas (18,1%), adesão tardia e/ou irregular ao pré-natal (22,7%), falta de adesão às ações educativas (22,7%) e falta e/ou dificuldade de adesão ao pré-natal do parceiro (31,8%). Quanto a essa última variável, será abordado mais adiante.

Nesse sentido, pesquisadores apontam que questões socioeconômicas como baixa escolaridade e baixa renda são fatores que estão intrinsecamente relacionados às demais variáveis mencionadas acima, referentes às gestantes. Um estudo de Costa *et al.* (2013) realizado em Goiânia, Goiás, com gestantes que realizavam o acompanhamento pré-natal na rede de ABS, identificou mulheres de baixo nível de escolaridade e condição socioeconômica desfavorecida, com relação a alguns dos indicadores da qualidade de assistência pré-natal das participantes do estudo, revelou o seguinte: a maioria (53,6%) não iniciou o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez; 42,3% não realizou o mínimo de consultas recomendado pelo MS; 66,4% não participou de atividades educativas. Esses dados confirmam o que os profissionais deste estudo revelaram quanto à existência de fragilidade na operacionalização da assistência pré-natal, no que diz respeito às gestantes.

O MS preconiza que o pré-natal seja iniciado ainda no primeiro trimestre de gestação e que a gestante deve realizar no mínimo seis consultas ao longo de todo o período gestacional, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2006).

Um estudo de Nogueira *et al.* (2016) realizado em Mossoró, Rio grande do Norte, com gestantes e profissionais que realizam assistência pré-natal em UBSF, revelou que 68,6% dos profissionais consideram ineficaz a captação precoce.

Um estudo de Nunes, *et al.* (2017) sobre a qualidade da assistência pré-natal, apontou que o início tardio do acompanhamento pré-natal não é um problema relacionado somente às condições socioeconômicas das gestantes, mais também, evidencia a fragilidade na organização dos serviços de saúde e as lacunas no processo de trabalho de captação precoce de gestantes e de conscientização da população. Segundo Gerreiro *et al.* (2012) o início precoce ao pré-natal depende ainda da disponibilidade da gestante em procurar o serviço, da capacidade de oferta desse serviço e, ainda, do acesso a ele. O número de consultas realizado, está diretamente relacionado à idade gestacional de início do pré-natal, ou seja, quanto mais precoce, mais consultas, mas também da capacidade do serviço de promover a adesão da gestante a ele.

Quanto à participação das gestantes às ações educativas, o MS afirma que no período gestacional deve haver a troca de diferentes vivências entre gestantes e profissionais de saúde. A partir desse intercâmbio de experiências e conhecimentos, é possível haver a compreensão do processo de gestação. Por outro lado, o setor saúde deve estar aberto para as mudanças sociais e cumprir de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. As gestantes são o foco principal do processo de aprendizagem, porém, é preciso atuar, também, junto aos companheiros e familiares, pois estes podem se tornar em importantes aliados. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Existem várias possibilidades para o desenvolvimento de ações educativas: como reuniões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos separados para adultos e adolescentes. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtivo e que ofusca questões subjacentes, que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido (BRASIL, 2006a).

Conforme a tabela 3, 7 (31,8%) profissionais referiram falta ou dificuldade de adesão ao pré-natal do parceiro. No que tange a saúde do homem, relacionado à saúde da mulher no período gravídico, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria GM/MS nº 1944, de 27 de agosto de 2009, implantada pelo MS em 2009, destaca-se o eixo “paternidade e cuidado” cujo objetivo é sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento na prática do homem com e em todo o período gestacional e nas ações de cuidado com seu conceito, convencendo-o como sua participação pode ser benéfica para a saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre filhos e pais, por meio da realização de ações educativas, campanhas seminários e capacitações que buscam a valorização da paternidade, sensibilizando toda a sociedade (BRASIL, 2009b; AMARAL, 2015).

Corroborando com o exposto anteriormente, em setembro de 2010, aconteceu o I Seminário Internacional de Saúde do Homem das Américas, a partir desse evento, foi proposta a implantação do Pré-Natal Masculino como complemento à PNISH. O objetivo dessa proposta é que os profissionais de saúde, em especial enfermeiros e médicos, aproveitem essa oportunidade em que o futuro pai se encontra na unidade de saúde acompanhado de sua companheira para também orientar e convencê-lo sobre o cuidado para com sua saúde (AMARAL, 2015).

Para reforçar essa idéia, o MS implantou o pré-natal do parceiro, em 2012, com o objetivo de incluir o parceiro nas consultas da gestante e solicitar exames sorológicos para o diagnóstico de algumas infecções, a saber: HIV, Hepatites B e C e Sífilis. A partir da consulta de enfermagem com a gestante é oportunizado ao companheiro a possibilidade de participar da consulta médica e realizar exames (BRASIL, 2014)

Para enfatizar mais ainda a importância da promoção do cuidado com a saúde do homem pela equipe de saúde da atenção básica, em 2016, o MS lançou o guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Esse guia apresenta a Estratégia do pré-natal do parceiro que se constitui em uma ferramenta implementada na atenção básica, que visa alcançar desde adolescentes a idosos com a finalidade de conscientizar e promover a participação no âmbito do planejamento reprodutivo, e, além disso, ampliar seu acesso aos serviços de saúde,

por meio do acolhimento na atenção básica, uma vez que esta se constitui em uma porta de entrada mais próxima da comunidade (BRASIL, 2016).

Além disso, o pré-natal constitui-se em uma importante etapa para a ressignificação do relacionamento pai/filho(a), tornando-se um momento oportuno para a inclusão e participação do mesmo durante todo esse processo, auxiliando na criação de um vínculo com seu conceito ainda no ventre materno, fazendo com que o companheiro consiga se envolver a tal ponto de materializar o filho antes mesmo do seu nascimento (MOREIRA *et al.*, 2016; BRASIL, 2016).

A falta de adesão ao pré-natal do parceiro pode comprometer a saúde, não somente do homem, mais também, da gestante e de seu conceito, pois ao se relacionar sexualmente, o homem pode estar transmitindo infecções à mulher, ou vice e versa. No período gestacional, tanto à mulher quanto o homem, precisam aderir a assistência pré-natal, uma vez que esta oportuniza uma série de orientações, diagnóstico e tratamento de agravos e/ou doenças que podem ser tratados em tempo hábil, a fim de favorecer a promoção da saúde e prevenção de doenças para a tríade pai/mãe/conceito (DUARTE, 2007).

No entanto, sabe-se que a falta de adesão do público masculino aos serviços de saúde trata-se de uma questão histórica na sociedade brasileira e está envolvida por questões culturalmente construídas ao longo do tempo. O diagnóstico de doença é visto pelo homem como um sinal de fragilidade, o que para a maioria desse público é tido como algo inaceitável, apesar de sua condição biológica. A visão precipitada do homem de que este não está vulnerável ao adoecimento, leva-o, conseqüentemente, ao aumento da exposição aos fatores e/ou situações de risco (HENZ *et al.*, 2017).

No tocante ao pré-natal do parceiro, estudos de Dole *et al.* (2009); Hogben *et al.* (2004), Borders *et al.* (2007); Katz *et al.* (2009), comprovam que a adesão masculina a esse serviço pode proporcionar aumento das taxas de diagnóstico e tratamento de doenças, redução do estresse materno, redução das taxas de trabalho de parto pré-termo, além da redução da transmissão vertical, redução da transmissão de infecções entre gestante/parceiro, oportunizando a prevenção e tratamento de infecções por meio da adesão ao serviço de pré-natal (VALPI, 2016).

Por outro lado, uma pesquisa realizada com os parceiros de gestantes atendidas no pré-natal do SUS em Ribeirão Preto, São Paulo, para identificar os motivos pelos quais os participantes não participavam do acompanhamento pré-

natal de suas parceiras, demonstrou que 86% dos participantes da pesquisa referiram situações como: receio de não ser bem acolhidos pela equipe de saúde, em não entender as orientações recebidas, medo de participar no momento do parto e não abono da falta em seu serviço (DUARTE, 2007).

Outros estudos apontam ainda que a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal têm como motivos vários fatores externos, como jornada de trabalho, os horários das consultas que coincidem com o horário de trabalho, foco na mãe e atenção voltada para ela durante as consultas, o que demonstra ao companheiro que não se faz importante a sua presença durante o atendimento, além de outros fatores como conflitos com a parceira, gravidez não desejada e números elevados de filhos (CAMPOS; SAMPAIO, 2009).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo podemos concluir que as características socioeconômicas, demográficas e profissionais dos participantes da pesquisa favorecem o conhecimento dos fatores que interferem na assistência pré-natal à gestante de risco habitual na Atenção Básica.

Quanto a esses fatores que influenciam negativamente a assistência pré-natal, os profissionais relataram inúmeras questões que estão inseridas em dois contextos: a estrutura e o processo de trabalho. Sendo que o primeiro diz respeito a estrutura das unidades de saúde que ofertam atendimento à gestante, na qual foram destacadas a estrutura física inadequada, ausência/insuficiência de recursos materiais, ausência/insuficiência de medicamentos/suplementos e recursos humanos insuficientes.

A estrutura física dessas unidades de saúde apresenta notável importância no processo de trabalho, sendo que sem boas condições estruturais, o atendimento, não somente da gestante, mas da população que faz uso do serviço, fica prejudicado, podendo afetar o atendimento dos usuários do serviço de saúde, bem como limitar as ações dos profissionais.

Vale destacar que a variável mais citada pelos profissionais, referente aos fatores que contribuem para as fragilidades na assistência pré-natal, foi a ausência ou insuficiência de recursos materiais, tendo em vista que a assistência pré-natal é fundamentada no conhecimento técnico científico adquirido mediante qualificação profissional, torna-se oportuno o seguinte questionamento: O quanto a ausência ou insuficiência de tais recursos podem interferir na assistência pré-natal de qualidade?

Sobre o processo de trabalho, existem várias questões que podem interferir nas ações dos profissionais no atendimento à gestante, como exposto neste trabalho: grande demanda de gestantes, dificuldade de informação no sistema de referência e contrarreferência, dificuldades na oferta de exames de rotina, a ausência/dificuldade na ações de educação em saúde, ausência de capacitação profissional, além daquelas questões ligadas à gestante e ao parceiro, tais como, baixas condições socioeconômicas, adesão tardia/irregular ao pré-natal, falta de adesão às ações educativas, falta/dificuldade de adesão ao pré-natal do parceiro.

Todas essas questões e fatores, mencionados acima, geram resultados, que a partir do que foi exposto, atestam a fragilidade na operacionalização da assistência pré-natal.

Mediante este estudo, fica evidente a complexidade do processo de assistência pré-natal à gestante de risco habitual, uma vez que existem diversos agentes e fatores envolvidos na realização dessa assistência. A partir do que já foi discutido, pode-se concluir que apesar dos esforços do Governo Federal para implantação e implementação de políticas estratégicas para melhorar os indicadores de qualidade no tocante à saúde materno e infantil, observa-se que ainda existem desafios a serem superados.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K.P.L. Operacionalização do sistema de referência e contra/referência no pré-natal de alto risco: percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. 2013. f 35. Trabalho de conclusão de curso (Monografia) – Curso de Bacharel em Enfermagem, Universidade estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, 2013.
- AMARAL, Társila Bruna Costa. Assistência Pré-Natal Do Homem em Penalva – MA. 2015. 15 F. Trabalho de conclusão de curso (Monografia) – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Aberta do SUS, São Luís, Maranhão, 2015. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8017> >. Acesso em: 31 maio 2018.
- ANDRADE, M. A. R. Papel da enfermagem na ESF no acompanhamento pré-natal. 2014. f. 27. Trabalho de conclusão de curso (Monografia) – Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/17359> >. Acesso em: 20 setembro 2017.
- ANDREUCCI, C.B; CECATI J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saude Publica**. vol. 27, n.6, p. 1053-1064, 2011. Disponível em:< https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v27n6/03.pdf>. Acesso em: 10 junho 2018.
- ARAUJO, M. D. S.; OKASAKI, E. L. F. J. A Atuação da Enfermeira na Consulta do Pré-Natal. **Rev Enferm UNISA**. Vol. 8, p. 47-49, Santo Amaro, 2007. Disponível em:< <https://pt.scribd.com/document/290781645/A-atuacao-da-enfermeira-na-consulta-do-prenatal>>. Acesso em: 09 junho de 2018.
- BACKES, D.S. *et al*. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n.1, p.223-230, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 15 junho 2018.
- BORDERS, A.E. *et al*. Chronic stress and low birth weight neonates in a low-income population of women. **Obst gynecol**. 2007; Feb;109(2 Pt 1):331-8. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267833>>. Acesso em: 01 junho 2018.
- BOTTON, A. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças–psicologia da Saúde**. Vol. 25, n.1, p. 67-72, Jan-Jun, 2017. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/download/7009/5608>> Acesso em: 20 junho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 01 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. No âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. **Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001**. Brasília, Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em 05 janeiro 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização: humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília (DF), 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 04 fevereiro 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal**. Brasília, 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 160p. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/manual-tecnico-pre-natal-e-puerperio-atencao-qualificada-e-humanizada/>>. Acesso em: 08 janeiro 2018.

_____. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2003 a 2006. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 07 junho 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.226/GM, de 18 de setembro de 2009. **Institui o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.** No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf>. Acesso em: 05 junho 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção à demanda espontânea na APS.** Brasília, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Alguns documentos introdutórios sobre a rede Cegonha.** Brasília, 2011. Disponível em:<http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf>. Acesso em: 19 junho 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui a Rede Cegonha.** No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Diário Oficial da União, 2011.

_____. Ministério da Saúde. 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jul. 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 04 março 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília. Ed. do Ministério da Saúde; Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica; 32. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota técnica conjunta nº391/2012/SAS/SVS/MS**. Brasília. Ed. Ministério da Saúde; 2012d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_n391_sifilis.pdf>. Acesso 04 junho 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso 05 junho 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. 1ª edição revista, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas . Rede Cegonha. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **O pré-natal do parceiro**. Blog da saúde [online]. 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34745-pre-natal-do-parceiro>>. Acesso em: 31 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estatégicas. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS, C.S; SAMPAIO, A. **Importância do pai nas consultas de pré-natal**. [online]. 2009. Disponível em:<http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/12e139eec30944479daa02a0735e121f.pdf>. Acesso em: 01 junho 2018.

CARVALHO, D.S.; NOVAES, H.M.D. Avaliação da implantação do programa de atenção pré-natal do município de Curitiba, Paraná, Brasil. Estudo em coorte de primigesta. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 20. Sup. 2, 2004.

CASSIANO, A.C.M. *et al.* Saúde Materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**. Vol. 65, n.2, p.227-244, 2014.

CAVALCANTE, K. O. R. *et al.* Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? Routine on prenatal examinations: solution or problema? **Rev Enferm UFPE**. Vol.10, supl. 3, p.1415-22, abr. Recife, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Claudio/Downloads/11082-24517-1-PB%20(3).pdf>. Acesso em: 04 junho 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Bloco identificação sócio-econômica. Disponível em:< http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf>. Acesso em 16 julho 2018

COSTA, A.; AQUINO, E.L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, Ana Maria; MERCHAN-HAMANN, Edgar; TARJEK, Débora (Orgs.). *Saúde, equidade, gênero*. Um desafio para as políticas públicas. Brasília: Ed. UnB, 2000.

COSTA, C.S.C *et al.* Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista eletrônica de Enfermagem**. vol. 15, nº 8, p. 516-22, abr/jun, 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>>. Acesso em: 10 junho 2018.

COSTA, G.R.S. *et al* O. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev Bras Enferm**,v.63, n.6 p.1005-1009, 2010.

COSTA, J.S.D. *et al.* Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Vol. 13, n. 2, p. 101-109, Recife, 2013.

COUTINHO T. *et al.* Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Vol.32, n.11, p. 563-569, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001100008>>. Acesso em: 11 junho 2018.

CRUZ, R.S.B.L.C. *et al.* Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, v. 18, n.1, p. 87-94, 2014. Disponível em:< <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780/11722>>. Acesso em: 18 março 2018.

CUNHA, S.F. *et al.* Peregrinação no anteparto em São Luís Maranhão. **Rev. Cogitare Enferm**. Vol. 15, nº3, p. 441–447, 2010. Disponível em:< <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18885>>. Acesso em: 29 junho 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS [homepage in the Internet].
Estatísticas vitais: óbitos maternos e nascidos vivos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/...>>. Acesso em: 08 maio 2018.

DOLE, N. *et al.* Maternal stress and preterm birth. **Am J Epidemiol.** vol. 157, nº.1, pp: 14-24, 2003. Disponível em: <<https://academic.oup.com/aje/article/157/1/14/66374>>. Acesso em: 01 junho 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Vol. 28, n.3, Mar, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>>. Acesso em: 04 junho 2018.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be accessed? **JAMA.** Vol. 260, n.12, p. 1743-8, 1988. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>>. Acesso em: 09 junho 2018.

DUARTE, Geraldo. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol. 29, n. 4, p. 171-174, Abr., Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000400001>>. Acesso em: 31 maio 2018.

EBERHARDT, L.D. *et al.* Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde Debate.** vol. 39, n. 104, p. 18-29, JAN-MAR, Rio de Janeiro, 2015.

FERREIRA, S.R.S. *et al.* A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm.** vol. 71, supl , p. 704-709, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf>. Acesso em: 28 junho 2018.

FONTANELAS, A. P. S.; WISNIEWSKI, D. Pré-natal de baixo Risco: dificuldades encontradas pelos profissionais enfermeiros. **BJSCR.** Vol. 7, n. 3 p.11-16, 2014. Disponível em: <<https://www.mastereditora.com.br/download-657>>. Acesso em: 02 janeiro 2018.

FONTELLES, M. J. *et al.* **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa.** Amazonas, 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso 15 janeiro 2018.

FREITAS, GL. *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** Vol.11, nº1 p.424-428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 04 maio 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. Atlas, São Paulo 2008.

GOMES, P. C. *et al.* Ações educativas na assistência ao pré-natal: vivência em grupo de gestantes na atenção básica. **Rev. Bras. Ciências da Saúde**. Vol. 18, supl. 1, p. 55-58, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/21236/11844>>.

GUARDA, O.I.D. *et al.* **Distribuição espacial da mortalidade materna nas regionais de Saúde do Maranhão, 2010-2014**, [online], 2017. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1356/2/OlivaniGuarda.pdf>. Acesso em: 10 junho 2018.

GUERREIRO, E.M. *et al.* O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.** Vol. 16, nº3, p. 315-323, jul./set., 2012. Disponível em:< <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/bde-23911>. Acesso em: 15 junho 2018.

HENZ, G.S. *et al.* A inclusão paterna durante o pré-natal paternal. **Rev Enferm Atenção Saúde**, vol. 6, nº1, pp:52-66 [Online], Jan/Jun, 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/Claudio/Downloads/2053-11769-2-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Claudio/Downloads/2053-11769-2-PB%20(2).pdf)> Acesso: 01 junho 2018.

HOGBEN, M. *et al.* Physicians' opinions about partner notification methods: case reporting, patient referral, and provider referral. **Sex transm infect.**, vol 80, p. 30-34 2004. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1758392/>> Acesso em: 01 junho 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL). **Censo demográfico**. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm >. Acesso 20 janeiro 2018.

JANSSEN, M. *et al.* Avaliação da dimensão da estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Vol. 40, nº 111, p. 140-152, out-dez, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0140.pdf>>. Acesso em 15 janeiro 2018.

KATZ, D.A. *et al.* Male Perspectives on Incorporating Men into Antenatal HIV Counseling and Testing. **PloS One**, vol. 4, n.11:e7602, 2009. Disponível em< <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0007602>>. Acesso: 01 junho 2018.

LIMA, E.F.A. *et al.* Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Rev enferm UERJ**. vol.24, n.1, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a19.pdf>>. Acesso em: 06 junho 2018.

LOPES, A.C.M.U. *et al.* Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Rev Bras Enferm**. vol. 69, n.1, p. 62-66, Brasília, 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>>. Acesso em: 04 junho 2018.

MAGNAGO, C; PIERANTONI, C.R. **Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ)**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00009.pdf>>. Acesso em 15 junho 2018.

MELITI, D. *et al.* A ultrassonografia rotineira em pré-natal de baixo risco colabora com a diminuição das mortalidades maternas e neonatais? **Rev. FEMINA**, vol. 38, nº 8, p. 435-439, agosto, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1613.pdf>>. Acesso em: 13 junho 2018.
Acesso em 06 junho 2018.

MENDES, E.V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**. n.52, p. 38-49, Rio de Janeiro 2014.

MOREIRA, M.C.N., *et al.* E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cad. Saúde Pública**. vol. 32, n. 4, p. 1-10, Abr. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00060015.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

NOGUEIRA C.M.C.S. *et al.* Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. **Cogitare Enferm**. Vol. 21, n. 4, p.1-10, out/dez, 2016. Disponível em:< <file:///C:/Users/Claudio/Downloads/45886-191948-1-PB.pdf>>. Acesso em: 25 fevereiro 2018.

NOGUEIRA, L.D.P.; OLIVEIRA, G. Silva. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro – um levantamento bibliográfico. **Rev. Enferm. Atenção Saúde** . Vol. 6, n. 1, p. 107-119, 2017.

NUNES, A.D.S. *et al.* Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**. Vol.30 n.3 p.1-10,jul/set. Fortaleza, 2017. Disponível em:< DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.6158>>. Acesso em: 10 junho 2018.

NUNES, J.T. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Vol 24, n2, pp. 252-261.Rio de

Janeiro, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf> > Acesso em : 20 fevereiro 2018.

OLIVEIRA, E.C.; BARBOSA, S. M.; MELO, S. E. P. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica Facmais**, vol. VII, n.3, p. 24-38, 2016.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1962.

OLIVEIRA, J.D.G. *et al.* Percepção de enfermeiros obstetras na assistência à parturiente. **Rev enferm UFPE**. Vol. 10, n.10, p.3868-75, out, Recife, 2016. Disponível em:< 10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201619>. Acesso em: 28 junho 2018.

PEDROSA, I.C.F.*et al.* Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**. vol. 10, n.1, p.58-65, Jan/Mar, 2011. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288>>. Acesso em: 05 junho 2018.

RIOS, L. 2001. **Estudos de Geografia do Maranhão**. 3ª ed. São Luís, Graphis.

ROCHA, A.C. D. *et al.* Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**. Vol. 14, n. 54, p. 71-79. Abril/Junho, 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/Claudio/Downloads/RASv14n55_71-79%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Claudio/Downloads/RASv14n55_71-79%20(1).pdf)>. Acesso em: 09 junho 2018.

ROCHA, Gisele Maria Honori Silveira. **Desafios em conciliar o atendimento à demanda espontânea e demanda programada na equipe Granja Verde unidade básica universal em Betim**. 2013. f. 22. Trabalho de conclusão de curso (Monografia) – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6302.pdf>>. Acesso em: 02 junho 2018.

RODRIGUES, L.B.B. **Avaliação da referência e contrarreferência de consultas especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas, MG**. 2009. f.103. Trabalho de conclusão de curso (Dissertação) – Mestrado em Saúde, Universidade José do Rosário Vellano, Minas Gerais, 2009. Disponível em:< <http://tede2.unifenas.br:8080/jspui/bitstream/jspui/74/1/LudimilaBarbosabandeiraRodrigues-dissert-completa.pdf>>. Acesso 19 junho 2018.

RODRIGUES, E. M. *et al.* Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. EscEnferm USP**, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02> >. Acesso: 21 agosto 2017.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Indicadores e dados básicos**. Brasil, 2004. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 30 de maio de 2013.

SANTIAGO, Lílian de Cássia Piedade. **Óbitos maternos em São Luís: MA: quem morre e porquê? São Luís, 2015**. Disponível em: <http://www.ceuma.br/mestradogpss/wp-content/uploads/2016/04/2014-SANTIAGO-L%C3%8DIA-DE-C%C3%81SSIA-PIEDADE-DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf> > Acesso: 01 agosto 2017.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**, v.17, n. 2, p.107-119, 2008.

SAUNDERS, R. B. Cuidado de Enfermagem durante a gestação. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Portal de São Luís. **Guia de distritos**. Disponível em: http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1265 > Acesso: 08 agosto de 2017.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. O programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 5, n. 20, p.1281-1289, 20 maio, 2004.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 14, p. 585-593, dez., 2005.

SOUZA, Brígida Cabral; BERNARDO, Amanda Rafaela Cruz; SANTANA, Licia Santos. O Papel do Enfermeiro no Pré-Natal Realizado no Programa de Saúde da Família – PSF. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, vol.2, n.1, p. 83-94, Aracaju, 2013.

SOUZA, V. B. *et al.* Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev eletrônica de enfermagem**. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/10162/9621> >. Acesso em: 10 junho 2018.

SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Atenção à gestante e a puerpera no SUS-SP. **Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010. Disponível em: [http://www.abenfosp.com.br/mt/manual_ses .pdf](http://www.abenfosp.com.br/mt/manual_ses.pdf). >. Acesso em: 03 junho 2018.

TOMASI, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, vol. 33, n.3, pp. 1-11, 2017.

VALPI, Suzi Volpato Fábio. **Pré-natal do parceiro como estratégia para redução da transmissão vertical das doenças sexualmente transmissíveis e melhora dos indicadores de saúde perinatal**. 2016. 93 f. Trabalho de conclusão de curso (Dissertação) – Ciências Médicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

VELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf> > Acesso: 25 setembro 2017.

VELLOSO, VB. **Organização da demanda espontânea e programada e acolhimento na estratégia saúde da família: um relato de experiência**. 2012. f.32. Trabalho de conclusão de curso (Monografia) – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3827.pdf> >. Acesso em: 02 junho 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report: health system: improving performance**. Genebra: WHO, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2000/en/>>. Acesso em: 09 junho 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=29C78F13A90AE41F42C0C87E729159E8?sequence=1>. Acesso: 12 junho 2018.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. 2006. 454 f. Trabalho de conclusão de curso (Tese) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2006.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Núcleo De Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher - NEPEM

APÊNDICE A – DISTRITOS SANITÁRIOS E RESPECTIVAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**LISTA DAS UNIDADES POR DISTRITO SANITÁRIO****DISTRITO BEQUIMÃO**

1. U. M. Bequimão.
2. U. S. F. Amar.
3. C. S. Radional.

DISTRITO COHAB

1. C. S. Salomão Fiquene – COHATRAC.
2. C. S. Djalma Marques –Turu.
3. U. S. F. Turu II.

DISTRITO COROADINHO

1. U. M. Coroadinho.
2. U. S. F. João Paulo.
3. C. S. Carlos Macieira.

DISTRITO ITAQUI BACANGA

1. U. M. Itaqui- Bacanga.
2. C. S. Embrião – V. Bacanga..
3. C. S. Vila Embratel

DISTRITO TIRIRICAL

1. U. M. São Bernardo.
2. U. S. F. São Cristóvão.
3. U. S. F. Fabiciana de Moraes.

DISTRITO VILA ESPERANÇA

1. U. S. Laura Vasconcelos.
2. U. S. F. Thalles Ribeiro.
3. U. S. F. Tibiri.

DISTRITO CENTRO

1. C.S. Bezerra de Menezes
2. U.S.F. São Francisco
3. C.S. Liberdade

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher - NEPEM

APÊNDICE B- ENTREVISTA ABERTA COM OS ENFERMEIROS E MÉDICOS

Data de realização: _____

I - CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. Profissão/Cargo _____
2. Idade: _____ 3. Gênero: () Masculino () Feminino
4. Estado Civil: _____ 5. Tem filhos? _____ 6. Quantos? _____
7. Local de residência: _____
8. Local (is) de Trabalho: _____
9. Qual é a renda? () 3-5 salários mínimos () 6-8 salários mínimos () mais que 8 salários mínimos
10. Há quanto tempo trabalha na Instituição? _____
11. Carga Horária Semanal: _____
12. Tempo de formação: _____ 13. Possui curso de Pós-Graduação? () Não () Sim. Qual (is)? _____

II - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

1. Fatores que influenciam positivamente na qualidade da assistência pré-natal realizada pelos profissionais de saúde?

2. Fatores que influenciam negativamente na qualidade da assistência pré-natal realizada pelos profissionais de saúde?

3. Quais os principais desafios no dia-a-dia dos profissionais que realizam o pré-natal?

4. Fale sobre a realização dos exames de pré-natal e acesso aos resultados em tempo oportuno; orientações; atividades educativas são realizadas para as gestantes/companheiro/família; pré-natal do parceiro

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher - NEPESM

APÊNDICE C- ENTREVISTA ABERTA COM AS GESTANTES

Data de realização: _____

2. CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

Características socioeconômicas e demográficas

10. Idade:	
11. Estado civil: 1. Casada 2. União estável 3. Solteira 4. Viúva 5. Divorciada/separada	
12. Raça/cor: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
13. Bairro de residência:	
14. Renda familiar: 1. Ausência de renda 2. Menos de 1 salário mínimo 3. De 1 a 2 salários mínimos 4. Mais de 2 salários mínimos	
15. Escolaridade: 1. Analfabeta 2. Ensino Fund. Incomp. 3. Ensino Fund. Comp. 4. Ensino Médio Incomp. 5. Ensino Médio Comp. 6. Ensino Super. Incomp. 7. Ensino Super. Comp.	
16. Ocupação:	

Características Obstétricas (utilizar a sigla NA para Não se Aplica)

17. Número de gestações:	
18. Número de partos:	
19. Número de abortos:	
20. Número de partos normais:	
21. Número de cesarianas:	
22. Número de nascidos vivos:	
23. Número de nascidos mortos:	
24. Realizou pré-natal na ultima gestação? 1. Sim 2. Não	
25. Realizou consulta com enfermeiro? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não lembra	

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DO ENFERMEIRO

Pré-Consulta

Profissional que realizou: _____

Procedimentos realizados:

1. Mediu a altura da gestante: () Sim () Não
2. Verificou o peso: () Sim () Não
3. Verificou sinais vitais: () Sim () Não () Temp. Ax. () P. A () Pulso () Frequência cardíaca

Roteiro da consulta pré-natal subsequente

Profissional que realizou a consulta: _____

4. Perguntou sobre as queixas da gestante: () Sim () Não
5. Analisou resultados de exames anteriores: () Sim () Não
6. Explicou quanto aos resultados encontrados nos exames: () Sim () Não
7. Fez a revisão do cartão da gestante: () Sim () Não

8. Fez a revisão da ficha pré-natal: () Sim () Não
 9. Realizou o cálculo da DPP: () Sim () Não
 10. Realizou o cálculo da idade gestacional: () Sim () Não

Realizou o exame físico

Geral:

11. Calculou IMC: () Sim () Não
 12. Fez ausculta cardiopulmonar: () Sim () Não
 13. Aferiu a frequência cardíaca: () Sim () Não
 14. Fez o gráfico de estado nutricional da gestante e crescimento fetal: () Sim () Não
 15. Explicou a importância da alimentação saudável durante a gravidez: () Sim () Não
 16. Fez inspeção da pele e mucosas: () Sim () Não
 17. Fez a palpação da tireóide, região cervical e axilar: () Sim () Não
 18. Examinou os MMII: () Sim () Não. Pesquisou edema: () Sim () Não

Realizou exame específico:

Gineco-obstétrico:

19. Examinou as mamas: () Sim () Não
 20. Auscultou BCF: () Sim () Não () Pinard () Sonar
 21. Fez a medida da altura uterina: () Sim () Não
 22. Fez a palpação (manobra de Leopold): () Sim () Não () Parcial
 29. Verificou presença de movimentos fetais: () Sim () Não
 30. Fez a inspeção dos genitais externos: () Sim () Não
 31. Fez exame especular: () Não () Sim. Com: () inspeção das paredes vaginais () inspeção do colo vaginal () coleta de material cérvico vaginal para exame citológico () toque vaginal

32. Fez orientações quanto:

() sinais de perigo () serviço de saúde em caso de emergência obstétrica () medidas de conforto () alimentação () exercícios () sono/repouso () atividade sexual () trabalho () higiene () aleitamento materno () fumo álcool/drogas () sinais de trabalho de parto () parto () direitos da gestante () maternidade de referência para o parto () cuidados com o recém nascido () entrega de material didático () cuidados com as mamas () atividades em grupo de gestantes () outro, qual? _____

33. Ações complementares (conduta):

34. Solicitou exames laboratoriais: () Não () Sim, quais?

() ABO/Rh () Hemograma () Glicose () Hepatite B () VDRL () Toxoplasmose () HIV () EAS

() USG () outro,
qual? _____

35. Explicou os motivos: () Sim () Não

36. Fez prescrição de medicamentos: () Sim () Não.

37.

Motivo: _____

38. Qual o medicamento? _____

39. Explicou o uso: () Sim () Não

40. Verificou a situação vacinal: () Sim () Não

41. Encaminhou para a sala de vacinas: () Sim () Não

42. Explicou o porquê da vacinação: () Sim () Não

43. Fez agendamento de consultas subsequentes: () Sim () Não

44. Outras ações/encaminhamentos: _____

45. Fez as devidas atualizações: () não () sim. () prontuário () cartão da gestante () prontuário e cartão da gestante

Impressões da pesquisadora observadora

II - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

1. O que você esperava da consulta pré-natal de hoje?
2. Como você avalia a consulta de hoje em relação as consultas anteriores desta gravidez? Foi melhor, porque? Foi pior, porque?
3. Você está satisfeita com a assistência pré-natal recebida? Porque?
4. Faça um relato das orientações que você teve durante a (s) consulta (s).
5. Que atividades você gostaria que fossem realizados ou abordados no seu pré-natal?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA EM SAÚDE DA MULHER – NEPEM

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís-MA**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís-MA**”, que tem por objetivo principal Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de risco habitual nas Unidades de Saúde em São Luís, Maranhão.

Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras, durante a entrevista, a qual terá como um auxílio um gravador de voz. Após a entrevista, você ouvirá a gravação, para avaliar o que você falou em seguida fazer a validação, de maneira a resguardar a veracidade dos fatos. Posteriormente, essas informações serão transcritas, organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas, desde a coleta até a divulgação do estudo. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotado um código para esta finalidade.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Se desistir de participar, poderá retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Enfatizo que a sua participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. O fato de a pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos, o qual se justifica pelo benefício que este estudo trará para você e para outras mulheres. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones: (98) 3272-9706 ou (98) 99907-3147 e pelo e-mail: lenabarrosf@gmail.com. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 21091250.

Li este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa “**Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís-MA**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador (a)

Nome completo do entrevistado

Assinatura (ou digital) do entrevistado ou de seu representante legal

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA EM SAÚDE DA MULHER – NEPEM

APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO DA ADOLESCENTE

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís-MA**.

Este estudo tem por objetivo principal Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de risco habitual nas Unidades de Saúde em São Luís, Maranhão.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras, durante a entrevista, a qual terá como um auxílio um gravador de voz. Após a entrevista, você ouvirá a gravação, para avaliar o que você falou e em seguida dirá se nos autoriza ou não utilizar sua entrevista.

Essas informações serão transcritas, organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas, desde a coleta até a divulgação do estudo. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotado um código para esta finalidade.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Se desistir de participar, poderá retirar seu assentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Enfatizo que a sua participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. O fato de a pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos, o qual se justifica pelo benefício que este estudo trará para você e para outras mulheres. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa.

Mas há coisas boas que podem acontecer como, por exemplo, será um meio para você poder expressar seus sentimentos a respeito da assistência que você está recebendo e os seus relatos poderão contribuir para a melhoria dos serviços de pré-natal.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar você.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones: (98) 3272-9706 ou (98) 99907-3147 e pelo e-mail: lenabarrosf@gmail.com. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 21091250.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa:
Retratando a Assistência do Pré-Natal em São Luís-MA.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER –
NEPESM

**ANEXO A - FORMULÁRIO ADAPTADO DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA -
CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ROCHA, 2011)
FORMULÁRIO**

I PLANTA FÍSICA

II. RECURSOS HUMANOS

1. Há sala de espera com bancos para sentar	00	05	10
2. Existe sala de exame (consultório) individual	00	05	10
3. A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas	00	05	10
4. Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos	00	05	10
5. Há luz individual suficiente para atividades que requeiram maior iluminação	00	05	10
6. Há sistema para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.)	00	05	10
7. Há sala disponível para atividades docente e ou educação em saúde	00	05	10
TOTAL DA PLANTA FÍSICA		MÁX.70	
08. Os (as) pré-natalistas são especialistas em Ginecologia e/ou Obstetrícia	00	05	10
09. Há atendimento pré-natal no mínimo 01x por semana (ou 02 turnos)	00	05	10
10. Há médicos e enfermeiros na condução do pré-natal	00	05	10
11. Há ACS responsável pelas gestantes inscritas no programa de pré-natal	00	05	10
12. Há Auxiliar de Enfermagem trabalhando nos dias de pré-natal	00	05	10
13. Dispõe de encaminhamento para outros especialistas quando necessário	00	05	10
14. Há funcionário administrativo para auxiliar no preenchimento dos papéis	00	05	10
15. Há um faxineiro por turno todos os dias	00	05	10
TOTAL DE RECURSOS HUMANOS		MÁX.80	

III. RECURSOS MATERIAIS

Em cada consultório onde é feita a consulta pré-natal existe:			
16. Mesa e cadeiras	00	05	10
17. Mesa ginecológica	00	05	10
18. Foco de luz	00	05	10
19. Balança para adulto (peso/altura)	00	05	10

20. Esfignomanômetro	00	05	10
21. Estetoscópio clínico	00	05	10
22. Estetoscópio de Pinard/Sonar Doppler	00	05	10
23. Fita métrica flexível e inelástica	00	05	10
24. Espéculos	00	05	10
25. Material para coleta de exames colpocitológico	00	05	10
26. Gestograma ou disco obstétrico	00	05	10
27. Roupa de cama e camisola limpa	00	05	10
28. Lixeira para material usado	00	05	10
29. Existe efetiva manutenção e reparo dos equipamentos e instrumental utilizados	00	05	10
TOTAL DE RECURSOS MATERIAIS		MÁX.140	

IV. APOIO LABORATORIAL MÍNIMO

Na unidade é garantida a realização dos seguintes exames de rotina

30. Hemograma completo	00	05	10
31. Grupo sanguíneo e fator Rh	00	05	10
32. VDRL	00	05	10
33. Teste de Coombs indireto	00	05	10
34. Glicemia de jejum	00	05	10
35. TTOG	00	05	10
36. Sumário de urina	00	05	10
37. Urocultura com antibiograma	00	05	10
38. Ultra-sonografia	00	05	10
39. Papanicolau	00	05	10
40. Teste anti-HIV	00	05	10
41. TIG	00	05	10
42. TPHA	00	05	10
TOTAL DE APOIO LABORATORIAL		MÁX.130	

V. MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A farmácia dispõe dos medicamentos abaixo segundo normas

43. Antiácidos	00	05	10
44. Sulfato ferroso	00	05	10
45. Ácido fólico	00	05	10
46. Penicilina Benzatina	00	05	10
47. Analgésicos	00	05	10
48. Antitérmicos	00	05	10
49. Insulina	00	05	10
50. Anti-hipertensivos	00	05	10
51. Antibióticos	00	05	10
52. Remédios para o tratamento de corrimento vaginal	00	05	10
TOTAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS		MÁX.100	

VI. SISTEMA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Sempre que necessário, individualmente há:

53. Sistema de referência funcionante	00	05	10
54. Sistema de contra referência funcionante	00	05	10

TOTAL DE INSTRUMENTOS DE REGISTRO	MÁX. 20
-----------------------------------	---------

VII. INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Em cada consulta realizada, individualmente há:

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

ESTRUTURA	TOTAL DE PONTOS	PONTOS OBTIDOS	OBTIDOS PROPORÇÃO
I. PLANTA FÍSICA	70		
II. RECURSOS HUMANOS	80		
III. RECURSOS MATERIAIS	140		
IV. APOIO LABORATORIAL	130		
V. MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	100		
VI. SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	20		
VII. INSTRUMENTOS DE REGISTRO	30		
TOTAL GERAL	570		

Continuação da entrevista com o gestor (EG) da unidade

1. Visita domiciliar e busca ativa da gestante faltosa é realizada?
() 1 – Sim; () 2 – Não
2. Vinculação desta unidade a maternidade de referência para o parto, com visita pelas gestantes. E para as intercorrências na gravidez.
() 1 – Sim; () 2 – Não
3. Ajuda financeira à gestante para melhorar o acesso ao acompanhamento pré-natal?
() 1 – Sim; () 2 – Não
4. Realização de práticas educativas para gestante.
() 1 – Sim; () 2 – Não
5. É ofertado teste rápido para gestante (Hepatite B, Sífilis e HIV)?
() 1 – Sim; () 2 – Não

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER -
NEPESM

ANEXO B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (CD) (NETO ADAPTADO, 2012)

Formulário nº _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

1. Nome da Unidade de Saúde	
2. Entrevistador	3. Data da Entrevista
4. Supervisor	5. Data da 1ª Revisão
6. Revisor	7. Data da 2ª Revisão
8. Digitador	9. Data da digitação

2. CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE

Características socioeconômicas e demográficas

10. Idade:	
11. Estado civil: 1. Casada 2. União estável 3. Solteira 4. Viúva 5. Divorciada/separada	
12. Raça/cor: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
13. Bairro de residência:	
14. Renda familiar: 1. Ausência de renda 2. Menos de 1 salário mínimo 3. De 1 a 2 salários mínimos 4. Mais de 2 salários mínimos	
15. Escolaridade: 1. Analfabeta 2. Ensino Fund. Incomp. 3. Ensino Fund. Comp.	

4. Ensino Médio Incomp. 5. Ensino Médio Comp.	
6. Ensino Super. Incomp. 7. Ensino Super. Comp.	
16. Ocupação:	

Características Obstétricas (utilizar a sigla NA para Não se Aplica)

17. Número de gestações:	
18. Número de partos:	
19. Número de abortos:	
20. Número de partos normais:	
21. Número de cesarianas:	
22. Número de nascidos vivos:	
23. Número de nascidos mortos:	
24. Realizou pré-natal na última gestação? 1. Sim 2. Não	
25. Realizou consulta com enfermeiro? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não lembra	

3. REGISTROS DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Dados da caderneta da gestante (utilizar “0” quando a informação não constar na versão da caderneta)

Versão da caderneta da gestante: Edição: _____ Ano: _____

Há registro quanto à (ao):

26. Unidade de saúde do pré-natal? 1. Sim 2. Não	
27. Serviço de saúde indicado para o parto? 1. Sim 2. Não	
28. Número do cartão do SUS? 1. Sim 2. Não	
29. Número Sis prenatal? 1. Sim 2. Não	
30. Número do NIS*? 1. Sim 2. Não	
31. Nome? 1. Sim 2. Não	
32. Como gosta de ser chamada? 1. Sim 2. Não	
33. Nome do companheiro? 1. Sim 2. Não	
34. Data de nascimento? 1. Sim 2. Não	
35. Idade? 1. Sim 2. Não	
36. Raça? 1. Sim 2. Não	
37. Trabalho fora de casa? 1. Sim 2. Não	
38. Ocupação? 1. Sim 2. Não	
39. Endereço? 1. Sim 2. Não	
40. Ponto de referência? 1. Sim 2. Não	
41. Cidade? 1. Sim 2. Não	
42. Estado? 1. Sim 2. Não	
43. CEP? 1. Sim 2. Não	
44. Telefone? 1. Sim 2. Não	
45. E-mail? 1. Sim 2. Não	
46. Contato para situação de emergência? 1. Sim 2. Não	
47. Instrução? 1. Sim 2. Não	
48. Peso anterior? 1. Sim 2. Não	
49. Altura? 1. Sim 2. Não	
50. Estado civil/união? 1. Sim 2. Não	
51. Data da Última Menstruação? 1. Sim 2. Não	
52. Data Provável do Parto? 1. Sim 2. Não	
53. Tipo de gravidez? 1. Sim 2. Não	
54. Classificação de risco gestacional? 1. Sim 2. Não	
55. Gravidez planejada? 1. Sim 2. Não	

56. Gráfico de acompanhamento nutricional? 1. Sim 2. Não Em quantas consultas o gráfico de acompanhamento nutricional foi preenchido? _____	
57. Curva de altura uterina/idade gestacional? 1. Sim 2. Não Em quantas consultas a curva de altura uterina/idade gestacional foi preenchida? _____	
58. Exame ABO-RH? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
59. Exame Glicemia de Jejum? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
60. Exame Sífilis (teste rápido)? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
61. Exame VDRL? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
62. Exame HIV/Anti-HIV (teste rápido)? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
63. Exame Hepatite B - HBsAg? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
64. Exame Toxoplasmose? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
65. Exame Hemoglobina/Hematócrito? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
66. Exame Urina-EAS? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
67. Exame Urina-cultura? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
68. Exame Coombs indireto? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
69. Exame Eletroforese de Hemoglobina? 1. Sim 2. Não	
70. Tratamento para Sífilis*? 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
71. Suplementação de sulfato ferroso? 1. Sim 2. Não	
72. Suplementação de ácido fólico? 1. Sim 2. Não	

73. Ultrassonografia? 1. Sim 2. Não Quantas? _____	
74. Antecedentes familiares? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
75. Gestações? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
76. Antecedentes clínicos obstétricos? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
77. Gestação atual? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
78. Vacina Antitetânica? 1. Sim 2. Não Transcrever as informações: () Sem informação de imunização () Imunizada há menos de 5 anos () Imunizada há mais de 5 anos () Registro de 1ª dose () Registro de 2ª dose () Registro de 3ª dose () Registro de reforço	
79. Vacina Hepatite B? 1. Sim 2. Não Transcrever as informações: () Registro de imunizada () Registro de 1ª dose () Registro de 2ª dose () Registro de 3ª dose	
80. Vacina Influenza? 1. Sim 2. Não	
81. Vacina dTpa*? 1. Sim 2. Não	
Extrair informações abaixo a partir dos registros na caderneta da gestante**	
82. Número de consultas realizadas: _____	
83. Número de consultas no primeiro trimestre (até a 13ª semana): _____	
84. Número de consultas no segundo trimestre (entre a 14ª e a 26ª semana): _____	
85. Número de consultas no terceiro trimestre (a partir da 27ª semana): _____	
86. Idade gestacional na primeira consulta: _____	
87. Idade gestacional na última consulta: _____	
88. Número de registros de queixa: _____	
89. Número de registros da idade gestacional: _____	
90. Número de registros do peso: _____	

91. Número de registros do IMC: _____	
92. Número de registros de edema: _____	
93. Número de registros da pressão arterial: _____	
94. Número de registros da altura uterina Quantidade esperada (Contar a partir de 12 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
95. Número de registros da apresentação Quantidade esperada (Contar a partir de 28 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
96. Número de registros do BCF Quantidade esperada (Contar a partir de 20 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
97. Número de registros do movimento fetal Quantidade esperada (Contar a partir de 20 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
98. Número de registros de observação, diagnóstico e conduta: _____	
99. Nos registros das consultas há assinatura e categoria profissional? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
100. Quantos sem assinatura do profissional? _____	
101. Quantos sem categoria profissional? _____	
102. Número de consultas realizadas por enfermeiro: _____	
103. Número de consultas realizadas por médico: _____	
Há registro quanto à (ao):	
104. Participação em atividades educativas? 1. Sim 2. Não	
105. Visita à maternidade? 1. Sim 2. Não	
106. Consulta odontológica? 1. Sim 2. Não	
107. Agendamento de consultas**? 1. Sim 2. Não	

Quantos? _____	
108. Pré-natal do parceiro*? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
Legibilidade dos registros	
109. Os registros são legíveis? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	

* Informação ausente nas versões anteriores a 2016.

** Coletar dados após a consulta realizada no dia da coleta de dados

Dados do prontuário da gestante

110. O prontuário da gestante tem a ficha perinatal? 1. Sim 2. Não	
111. A ficha perinatal está preenchida e é atualizada em todas as consultas? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
112. O prontuário tem dados da gestante (identificação e sócio econômicos)? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
113. Tem o histórico da gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
114. Tem hábitos de vida da gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
115. Dados da gestação atual da gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
116. Dados do exame físico e obstétrico da gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
117. Tem a conduta dos profissionais que a atenderam a gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
118. Tem dados das consultas subseqüente da gestante? 1. Sim 2. Não	

4. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi orientada sobre:	
119. A importância do uso de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico? 1.	

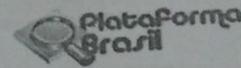
Sim 2. Não	
120. A importância do pré-natal? 1. Sim 2. Não	
121. As modificações da gravidez? 1. Sim 2. Não	
122. Os perigos relacionados ao uso de drogas na gestação? 1. Sim 2. Não	
123. Os perigos relacionados ao uso de produtos químicos no cabelo durante a gestação? 1. Sim 2. Não	
124. O Zika vírus? 1. Sim 2. Não	
125. Os cuidados relacionados a alimentação? 1. Sim 2. Não	
126. Os cuidados relacionados a higiene? 1. Sim 2. Não	
127. A relação sexual na gravidez? 1. Sim 2. Não	
128. O planejamento familiar? 1. Sim 2. Não	
129. Os sinais de risco na gravidez? 1. Sim 2. Não	
130. O momento certo de procurar a maternidade? 1. Sim 2. Não	
131. Os sinais de trabalho de parto? 1. Sim 2. Não	
132. Ter um acompanhante durante o pré-natal, trabalho de parto e parto? 1. Sim 2. Não	
133. Mecanismos para alívio da dor com métodos não-farmacológicos? 1. Sim 2. Não	
134. Estratégias para acelerar o trabalho de parto? 1. Sim 2. Não	
135. Como cuidar de si e do seu bebê? 1. Sim 2. Não	
136. As vacinas que o seu bebê deve tomar? 1. Sim 2. Não	
137. Os cuidados com o coto umbilical do seu bebê? 1. Sim 2. Não	
138. A importância de iniciar a amamentação do bebê ao peito na primeira hora de vida do bebê? 1. Sim 2. Não	
139. As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida? 1. Sim 2. Não	
140. A importância da amamentação para a saúde no bebê? 1. Sim 2. Não	

141. Sobre sua consulta de retorno no após o parto? 1. Sim 2. Não	
142. Durante o pré-natal você participou de reuniões ou grupos de gestantes realizadas na unidade de saúde ou em visitas domiciliares? 1. Sim 2. Não	
143. Durante as consultas você foi encaminhada para algum serviço (dentista, serviço social, outros)? 1. Sim 2. Não	

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO – PARECER CUNSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA
 Pesquisador: Lena Maria Barros Fonsêca
 Área Temática:
 Versão: 2
 CAAE: 64544116.6.0000.5087
 Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.999.550

Apresentação do Projeto:

Uma assistência pré-natal de qualidade deve prever consultas regulares, com início precoce, visando oferecer oportunidade para assegurar a saúde da futura mãe e de seu bebê. De acordo com o Ministério da Saúde, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, a hipertensão arterial como causa mais frequente de morte materna no Brasil e uma grande parcela das gestantes inscritas no pré-natal não conseguem realizar as ações preconizadas pelo Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo de natureza mista e descritiva. Terá como referencial a teoria de Donabedian. A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde (CS)/ Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Mistas (UM) as Unidades de Saúde da Família (USF). Esta pesquisa será desenvolvida com gestantes que realizam pré-natal nas unidades selecionadas, profissionais médicos, enfermeiros e gestores vinculados as respectivas instituições, no município de São Luís. O tamanho amostral de 433 gestantes, 84 profissionais de saúde e população total de gestores. O processo de coleta de dados foi organizado em três etapas, fundamentada pela sistematização de Donabedian, que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. As análises estatísticas serão realizadas nos

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velha
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.309/2008

programas SPSS versão 12.0, com intervalos de confiança de 95% e nível de significância estatística estabelecido para todas as análises de 5% ($p < 0,05$). A análise da entrevista aberta será realizada através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa obedecerá às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

a) Analisar a estrutura das Unidades de Saúde (US) quanto a adequação para a assistência pré-natal; b) Compreender a assistência prestada pelos enfermeiros e médicos às gestantes de risco habitual; c) Conhecer as limitações do trabalho dos enfermeiros, médicos e gestores, assim como a qualificação destes para a assistência; d) Analisar a adequação das consultas de pré-natal quanto ao início do pré-natal, número de consultas realizadas, intervalo entre as consultas e procedimentos mínimos segundo a PHPN; e) Identificar a qualidade dos registros do atendimento pré-natal; f) Caracterizar os participantes quanto ao perfil socioeconômico e demográfico; g) Compreender a percepção das gestantes sobre a assistência pré-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas. Se houver qualquer desconforto, a

entrevista

podrá ser suspensa.

Benefícios:

Este estudo trará para as gestantes melhor atendimento pré-natal e de qualidade, satisfazendo suas necessidades, reduzindo os índices de morbimortalidade perinatal, e aos profissionais acerca de incentivo para capacitação profissional e desenvolvimento de serviços favoráveis a todos os envolvidos na assistência pré-natal.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.000.500

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

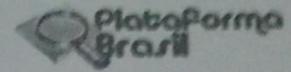
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_790300.pdf	23/03/2017 00:33:16		Aceito
Outros	RESPOSTAAOPARECERPENDENTE2.docx	23/03/2017 00:32:20	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimento.docx	23/03/2017 00:31:32	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/03/2017 00:31:08	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaook.pdf	23/03/2017 00:27:52	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pojetodoc.doc	23/03/2017 00:21:57	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pojetopdf.pdf	23/03/2017 00:21:04	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	13/12/2016 00:30:06	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Folha de Rosto	fohaderosto.pdf	13/12/2016 00:20:20	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1956 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 04 de Abril de 2017

Assinado por:

FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1566 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO E – PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO

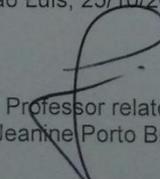

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE MONOGRAFIA

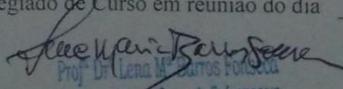
PARECER

1. **TÍTULO:** Fragilidades na operacionalização da assistência pré-natal à gestante de risco habitual em São Luís - MA
2. **ALUNO(A):** Luciene Rocha Garcia Castro
3. **ORIENTADOR(A):** Prof^ª Dra. Lena Maria Barros Fonseca
4. **INTRODUÇÃO:** Há uma boa contextualização do tema. As referências estão atualizadas e está presente a relevância do trabalho.
5. **JUSTIFICATIVA:** Apresenta argumentação coerente com o tema em questão.
6. **OBJETIVOS**
Estão de acordo.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO**
A metodologia está adequada.
8. **CRONOGRAMA**
Adequado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO**
Adequado. Já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**
Adequado.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Projeto aprovado.

São Luís, 25/10/2017.


 Professor relator
 Ma. Jeanine Porto Brondani

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 25/10/2017
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em / / .
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .


 Prof.ª Dr.ª Lena M. Barros Fonseca
 Coordenadora do Curso de Enfermagem
 UFMA