UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

ANDERSON GABRIEL NEDER

ACESSIBILIDADE E LONGITUDINALIDADE NO PRÉ-NATAL: ANÁLISE DE UM GRUPO DE PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES

VITÓRIA

2013

ANDERSON GABRIEL NEDER

ACESSIBILIDADE E LONGITUDINALIDADE NO PRÉ-NATAL: ANÁLISE DE UM GRUPO DE PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito Parcial à obtenção de título de Mestre em Gestão Pública.

Orientador: Francisco Luiz Zaganelli

VITÓRIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Neder, Anderson Gabriel, 1977-

N371a Acessibilidade e longitudinalidade no pré-natal : análise de um grupo de puérperas atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes / Anderson Gabriel Neder. – 2013.

118 f. : il.

Orientador: Francisco Luiz Zaganelli.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Cuidados primários de saúde. 2. Cuidado pré-natal. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Longitudinalidade. I. Zaganelli, Francisco Luiz. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 35

Acessibilidade e Longitudinalidade no Pré-natal: Análise de um Grupo de Puérperas Atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Anderson Gabriel Neder

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Federal do Espírito Santo como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 04 de dezembro de 2013 por:

Francisco Luiz Zaganelli, DSc – UFES – Orientador

Teresa Cristina Janes Carneiro, DSc – UFES

Néville Ferreira Fachini de Oliveira, DSc – UFES

A Deus, por estar sempre me permitindo alcançar objetivos. A Ele toda honra e toda glória.

Aos meus pais, Adilson e Áurea, por me ensinarem a importância de uma boa educação

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é fruto de incalculáveis contribuições recebidas ao longo do caminho. Sou imensamente grato por cada uma delas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco Luiz Zaganelli, por confiar e me honrar com seus conhecimentos acadêmicos e pessoais, me proporcionando um aprendizado para toda a vida;

À Prof. Drª Teresa Cristina Janes Carneiro, por sua dedicação e disponibilidade em todas as etapas da construção deste trabalho. Meu mais sincero reconhecimento e agradecimento;

Ao Prof. Thiago Dias Sarti, por sua imensa contribuição no processo de qualificação;

À Prof. Néville Ferreira Fachini de Oliveira, por prontamente aceitar dar sua contribuição na defesa desta dissertação.

A todas as puérperas, que mesmo passando por um momento tão delicado, disponibilizaram alguns minutos de sua atenção;

Às graduandas em medicina Georgia Maciel da Silva Brito, Neliane Guedes Pretti, Eliza Miranda Pereira e Carolina Capioto Seelent, pela disponibilidade e dedicação na aplicação do instrumento de pesquisa;

A Giovanni Bastos Jogaib, do núcleo de estatística do HUCAM, por atender prontamente às minhas solicitações;

Às secretárias do Projeto Mãe adolescente e da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública pelo apoio logístico;

A todos os colegas da primeira turma do Mestrado Profissional em Gestão Pública da UFES, especialmente Leonardo Goltara Almeida, Cristianne Pereira Cunha, Alexandre Severino Pereira, e Jádia Petri Penholato Micaela.

A todos meus preceptorandos do curso de Fisioterapia da UFES, pela compreensão das muitas falhas;

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao Professor Hélio Trindade, que dedicou-se grandemente para que esse trabalho se tornasse possível.

“Nem a mais sedutora verossimilhança pode nos proteger contra o erro; ainda que todos os elementos de um problema pareçam se ordenar como as peças de um quebra-cabeça, temos de lembrar que o provável não é necessariamente certo, nem a verdade sempre é provável”

(Sigmund Freud)

RESUMO

A atenção primária visa garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população enfatizando a prevenção e a educação (STARFIELD, 2004). No Brasil a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo implantado pelo Ministério da Saúde (MS) com a finalidade de reestruturação da atenção primária e já abrange cerca de 50% da população. Segundo Starfield (2004) a atenção primária pode ser avaliada através de seus atributos essenciais: atenção de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidados. No contexto da atenção à saúde brasileira, a mortalidade infantil é fato preocupante, principalmente a mortalidade que ocorre nos primeiros dias de vida. Este componente da mortalidade é intimamente relacionado à qualidade da atenção recebida no período gestacional. A atenção pré-natal deve incluir ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período. O objetivo do presente estudo foi analisar o pré-natal de um grupo de puérperas quanto aos atributos da atenção primária acessibilidade e longitudinalidade. Para alcançar este objetivo foram realizadas 80 entrevistas com mulheres que realizaram pré-natal na atenção primária e 19 mulheres que realizaram pré-natal no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Utilizou-se parcialmente o questionário de avaliação da atenção primária PCATool. As puérperas também foram questionadas quanto à percepção da adequação do pré-natal realizado. A acessibilidade foi baixa para a maioria das entrevistadas. Nas puérperas que realizaram o pré-natal na Atenção primária a acessibilidade foi estatisticamente maior naquelas que realizaram pré-natal na ESF e naquelas que utilizaram as unidades de saúde do município de Vitória (ES). A longitudinalidade se relacionou ao tipo de unidade de saúde do pré-natal, ao número de consultas realizadas e ao índice de Ápgar no primeiro minuto. A percepção de um pré-natal adequado se relacionou com a utilização da ESF como serviço de pré-natal e à realização de seis ou mais consultas. Apesar de as puérperas do grupo que realizou o pré-natal no HUCAM perceberem o atendimento pré-natal como adequado, algumas questões revelaram fragilidades na assistência, principalmente quanto ao acesso ao serviço. A impossibilidade de receber atendimento pela equipe fora dos horários de funcionamento do ambulatório, a falta de um número de telefone no qual possam sanar dúvidas ou falar com o médico responsável pelo pré-natal, a percepção de dificuldade na marcação de consultas e a espera prolongada no dia do atendimento são pontos que devem ser melhorados nessa assistência.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde, Acessibilidade, Longitudinalidade, pré-natal.

ABSTRACT

The primary care goals wide coverage and access to comprehensive and acceptable health care services. It lays emphasis on prevention and education (STARFIELD, 2004). In Brazil, the Estratégia Saúde da Familia (ESF) is the model developed by the Ministry of Health (MOH) for the purpose of restructuring of primary care. It covers about 50 % of the population. According Starfield (2004) primary care can be assessed by its essential attributes: first-contact care (accessibility and utilization), longitudinality, comprehensiveness and coordination of care. In the context of the Brazilian health care, child mortality is still a disturbing fact, especially mortality occurring in the first days of life. This component of mortality is closely related to quality of care received during pregnancy. The prenatal care should include organized, large, integrated and comprehensive actions. It should provide health promotion and prevention, diagnosis and treatment of problems that may occur during this period. The purpose of this study was to analyze the attributes of primary care accessibility and longitudinality in a group of women treated in HUCAM. To achieve this objective was conducted interviews with 80 women who received prenatal care in primary care and 19 women who received prenatal care at the Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM). It was used partial evaluation questionnaire of primary PCATool. The women were also questioned about their perception of the adequacy of prenatal care. Accessibility was low for most subjects in primary care. Accessibility was statistically higher in women who received prenatal care in the ESF and those who used health facilities in the city of Vitória (ES). The longitudinality was related to the type of health facility prenatal, the number of medical visits and the Apgar score in the first minute. The perception of an adequate prenatal care was associated with the use of the ESF as prenatal service and the attainment of six or more medical visits. In the group that underwent prenatal care in HUCAM, Although postpartum women of the group that performed the pre-natal HUCAM realize the prenatal care as appropriate, some questions revealed fragilities in care, particularly regarding the access to the service. The inability to receive care by the medical staff outside the opening hours of the clinic, the lack of a phone number where they can answer questions or talk to the doctor responsible for prenatal, perception of difficulty in scheduling appointments and long waiting periods on the day of consultation are points that should be improved in this care.

Keywords : Primary Health Care, Accessibility, Longitudinality, prenatal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do espírito Santo: divisão macro e microrregional de saúde.....18
Figura 2 - Pirâmide etária do Espírito santo 1991- 2010.....19
Figura 3 - Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos. Espírito Santo, 2000 a 2010.....20
Figura 4 - Mortalidade Infantil 2008 a 2012 (ES).....20
Figura 5 - Diferença entre APS e o atendimento médico convencional.....29
Figura 6 - Atributos da APS segundo Starfield (2002).....31
Figura 7: Os Sete Pilares da Qualidade em Saúde Segundo Donabedian (1990)....44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População coberta pela ESF na RMGV e no ES.....21
Tabela 2 - Porcentagem de Nascidos vivos com sete ou mais Consultas pré-natal na RMGV.....22

Tabela 3 - Peso ao nascimento (g) por Idade Gestacional, Todas as Gestações Únicas em População Brasileira de 2003 a 2005, Suavizada 66
Tabela 4 – Tabela 4 – Caracterização da amostra (APS) em relação aos dados sócio-demográficos.....71
Tabela 5 – Caracterização da amostra (APS) quanto aos dados obstétricos, acessibilidade e longitudinalidade.....71
Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto ao risco gestacional (APS).....73
Tabela 7 – Estatísticas Descritivas (APS).....73
Tabela 8 – Relação entre acessibilidade e demais variáveis.....73
Tabela 9 – Média de acessibilidade por variável.....74
Tabela 10 – Relação entre longitudinalidade e algumas variáveis.....75
Tabela 11 – Média de Longitudinalidade por Variável obstétrica (Teste t).....75
Tabela 12 – Percepção da puérpera (teste qui-quadrado).....76
Tabela 13 – Relação entre número de consultas e demais variáveis.....77
Tabela 14 – Relação entre o trimestre de início do pré-natal e demais variáveis....77
Tabela 15 – Relação entre o tipo de US e demais variáveis.....78
Tabela 16 – Caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos e obstétricos (HUCAM).....78
Tabela 17 – Caracterização da amostra quanto ao risco gestacional.....79
Tabela 18 – Percepção da puérpera (HUCAM).....80
Tabela 19 – Caracterização da amostra: Estatísticas descritivas (HUCAM).....80
Tabela 20 – Pergunta C1.....80
Tabela 20 – Pergunta C1 80
Tabela 21 – Pergunta C2.....81
Tabela 22 – Pergunta C3.....81
Tabela 23 – Pergunta C4.....81
Tabela 24 – Pergunta C5.....82
Tabela 25 – Pergunta C6.....82

Tabela 26 – Pergunta C7.....82
Tabela 27 – Pergunta C8.....82
Tabela 28 – Pergunta C9.....83
Tabela 29 – Pergunta C10.....83
Tabela 30 – Pergunta C11.....83
Tabela 31 – Pergunta C12.....84
Tabela 32 – Pergunta D1.....84
Tabela 33 – Pergunta D2.....84
Tabela 34 – Pergunta D3.....84
Tabela 35 – Pergunta D4.....85
Tabela 36 – Pergunta D5.....85
Tabela 37 – Pergunta D6.....85
Tabela 38 – Pergunta D7.....85
Tabela 39 – Pergunta D8.....86
Tabela 40– Pergunta D9.....86
Tabela 41 – Pergunta D10.....86
Tabela 42 – Pergunta D11.....86
Tabela 43 – Pergunta D12.....87
Tabela 44 – Pergunta D13.....87
Tabela 45 – Pergunta D14.....87

LISTA DE SIGLAS

AIG – Adequado à Idade Gestacional
APNACU – *Adequacy of Prenatal Care Utilization*
APS – Atenção Primária à Saúde
BPN – Baixo Peso ao Nascer
CLAP – Centro Latino-Americano de Perinatologia
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DUM – Data da Última Menstruação
ES – Espírito Santo
ESF – Estratégia Saúde da Família
GIG – Grande para a Idade Gestacional
HIV – *Human Imunideficiency Virus*
HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
MEC – Ministério de Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NUTES – Núcleo de Telessaúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAIMS – Programa de Assistência Integra à Saúde da Mulher
PCATool – *Primary Care Assessment Tool*
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento
PIG – Pequeno para a Idade Gestacional
RMGV – Região Metropolitana da Grande Vitória
RN – Recém-Nascido
RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....15
1.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO.....18
1.1.1 Região Metropolitana da Grande Vitória.....21
1.1.2 Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.....22
1.2 OBJETIVO.....24
1.2.1 Objetivo Geral.....24
1.2.2 Objetivos Específicos.....24
1.3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....25
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....26
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....26
2.1.1 Atributos da Atenção Primária.....30
2.1.1.1 Atenção de Primeiro Contato e Acessibilidade.....32
2.1.1.2 Longitudinalidade / Continuidade do Cuidado.....34
2.1.2 Atenção Primária no Brasil.....38
2.1.2.1 Estratégia Saúde da Família.....40
2.1.3 Efetividade da Atenção Primária sobre a saúde da população.....41
2.1.4 Instrumento de Avaliação da atenção Primária (PCATool).....43
2.2 GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL 48
2.2.1 Gestação de alto risco.....50
2.2.2 Avaliação da qualidade do pré-natal.....52
2.2.3 Políticas públicas de atenção ao pré-natal.....54
3 METODOLOGIA.....61
3.1 ENTREVISTADORES.....61
3.2 VARIÁVEIS ANALISADAS.....62
3.2.1 Atributos da Atenção Primária.....62
3.2.2 Trimestre de inicio do pré-natal.....63
3.2.3 Número de consultas.....63
3.2.4 Modelo de atenção primária recebida no pré-natal.....63
3.2.5 Variáveis de resultado do nascimento.....64
3.2.5.1 índice de Ápgar.....64
3.2.5.2 Baixo peso ao nascer.....65

3.2.5.3 Crescimento Fetal.....65
3.2.5.4 Prematuridade.....67
3.3 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....68
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 68
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....69
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....69
3.7 ANÁLISE DE DADOS.....69
4 RESULTADOS.....71
4.1 PRÉ-NATAL REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....71
4.1.1 Acessibilidade.....73
4.1.2 Longitudinalidade.....75
4.1.3 Percepção da puérpera.....76
4.1.4 Demais Variáveis.....77
4.2 PRÉ-NATAL REALIZADO NO HUCAM.....78
5 DISCUSSÃO.....88
5.1 PRÉ-NATAL REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....88
5.2 PRÉ-NATAL REALIZADO NO HUCAM.....94
5.3 LIMITAÇÕES.....96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....98
7 REFERÊNCIAS.....100
APÊNDICE E ANEXOS.....108
APÊNDICE.....109
ANEXO A.....111
ANEXO B.....116
ANEXO C.....117

1 INTRODUÇÃO

A concepção moderna de atenção primária à saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920, a partir dos conceitos contidos no relatório Dawson. Neste documento, o nível primário de saúde seria responsável por oferecer medicina preventiva e curativa e deveria ser adequado às necessidades locais (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

O conceito de APS foi definido em 1978, na conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre cuidados primários realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão:

> Atenção primária à saúde é baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS,1978, p. 1).

Um sistema de saúde baseado em APS visa garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população enfatizando a prevenção e a educação (STARFIELD, 2004). No Brasil, a Constituição Brasileira definiu que saúde é direito de todos os cidadãos e dever do estado. Desde então esse modelo de atenção inseriu-se como eixo norteador da reestruturação do sistema público de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo implantado pelo Ministério da Saúde (MS) para esse fim.

Segundo Starfield (2004), o desempenho da atenção primária pode ser avaliado através de seus atributos essenciais: atenção de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidados.

Dos atributos identificados por Starfield (2004), a acessibilidade, possibilita que as pessoas cheguem a determinado serviço e dele tenham aproveitamento. Para Starfield (2004) há vários tipos de acessibilidade: a acessibilidade temporal, que diz respeito à disponibilidade de atendimento em relação à hora do dia ou dia da

semana; a acessibilidade geográfica, que é a adequação da distância entre o usuário e o serviço de saúde; e a acessibilidade psicossocial, que é relacionada a barreiras de linguagem e culturais.

Outro atributo, a longitudinalidade é considerada por diversos autores como característica central do cuidado na APS. Em uma relação estável e duradoura entre a população e os profissionais de saúde há a possibilidade de diagnósticos mais precisos e tratamentos mais efetivos, melhorando o processo de atenção. Autores relacionam a longitudinalidade a maior adesão ao tratamento, menor uso de serviço de urgência e maior índice de satisfação com os cuidados recebidos. Segundo Cunha e Giovanella (2011), há três elementos que são imprescindíveis na composição da longitudinalidade: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados, o estabelecimento de relação interpessoal duradoura entre o paciente e a equipe de saúde e a continuidade informacional que está relacionada à qualidade, manuseio e disponibilização dos registros de saúde do paciente.

No contexto da atenção primária, a mortalidade infantil é preocupação crescente tanto do poder público quanto de pesquisadores da saúde. A taxa de mortalidade infantil é padronizada internacionalmente e definida como número de óbitos de crianças abaixo de um ano a cada 1.000 nascidos vivos, em uma determinada delimitação geográfica. Taxas maiores que 50 óbitos em 1.000 nascidos vivos são consideradas altas; médias aquelas entre 20 e 49 e baixas quando menores do que 20 óbitos por 1.000 nascidos vivos (PEREIRA, 2001). A taxa de mortalidade infantil no Brasil sofreu redução de 61,7% de 1990 até 2010, porém ainda é uma das mais altas do mundo, deixando o Brasil na 90° posição no *ranking* da Organização das Nações Unidas (ONU) com 187 nações. Outro fator preocupante é que essa queda de mortalidade aconteceu principalmente no componente pós-neonatal da taxa de mortalidade infantil (30 dias a um ano de vida) enquanto o componente neonatal precoce (mortalidade de 0 a seis dias de vida) não obteve queda proporcional (BRASIL, 2012).

A mortalidade neonatal precoce está intimamente relacionada a fatores como baixo peso, prematuridade, sofrimento fetal, crescimento fetal inadequado, além de complicações na gestação e no parto (BRASIL, 2012). Dados do Ministério da Saúde demonstram que em 2010 25,88% das internações relativas aos 30 primeiros

dias do RN foram devido a fatores relacionados ao crescimento intra-uterino ou prematuridade. Todos esses fatores de morbidade têm íntima relação com o período gestacional e a assistência recebida pela gestante no período. Alguns estudos têm demonstrado a importância de uma assistência pré-natal adequada para ajudar a identificar os fatores de risco de complicações gestacionais, intervindo precocemente e de maneira adequada a fim de que ocorra um nascimento com o mínimo de sofrimento para o recém-nascido e para a mãe (ALMEIDA; BARROS, 2005; ARRUDA, 2008; MENDONZA-SASSI, 2011). A redução da mortalidade infantil faz parte das metas do milênio, compromisso das nações integrantes da ONU para alcance de patamares mais dignos de vida para a população mundial.

Quanto à gestação, esta é um processo fisiológico e ocorre na maioria das vezes sem complicações, porém para que gestação e parto ocorram com segurança, são necessários cuidados da gestante, da família e também dos profissionais de saúde. Segundo o MS, o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no final da gestação o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno (BRASIL, 2005). Devem ser garantidos, como parâmetros para uma assistência adequada, a captação precoce de gestantes com realização de primeira consulta pré-natal com até 120 dias de gestação e também a realização de no mínimo seis consultas pré-natal, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre.

No contexto da saúde pública, a assistência pré-natal deve ser organizada para a promoção da maternidade segura e para atender as reais necessidades das mulheres através de conhecimentos técnicos e científicos e utilização de recursos mais adequados para cada caso. A atenção pré-natal deve incluir ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período. O desafio é saber quais ações e procedimentos deverão ser implementados no processo de atenção à saúde da gestante a fim de garantir a essa população os melhores resultados com os menores custos (BRASIL, 2012). Nesse contexto, o fortalecimento da acessibilidade e da longitudinalidade do atendimento parecem ser primordiais para a assistência pré-natal de qualidade.

1.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO

O Espírito Santo localiza-se na região Sudeste do Brasil e compõe conjuntamente com outros estados a faixa litorânea brasileira. Apresenta em sua geografia 60% de área montanhosa e 40% de terras planas. Com uma área de 46.095,583 Km^2, constitui o menos populoso estado da sua região com uma população estimada em 2013 de 3.839.363 habitantes espalhados por 78 municípios, segundo o IBGE. A figura 1 demonstra o estado e sua divisão regional de saúde, a qual leva em consideração critérios como contigüidade, distância entre os municípios, acesso aos serviços de saúde, infra-estrutura de transporte, malha viária, a identidade cultural e o fluxo de pessoas.

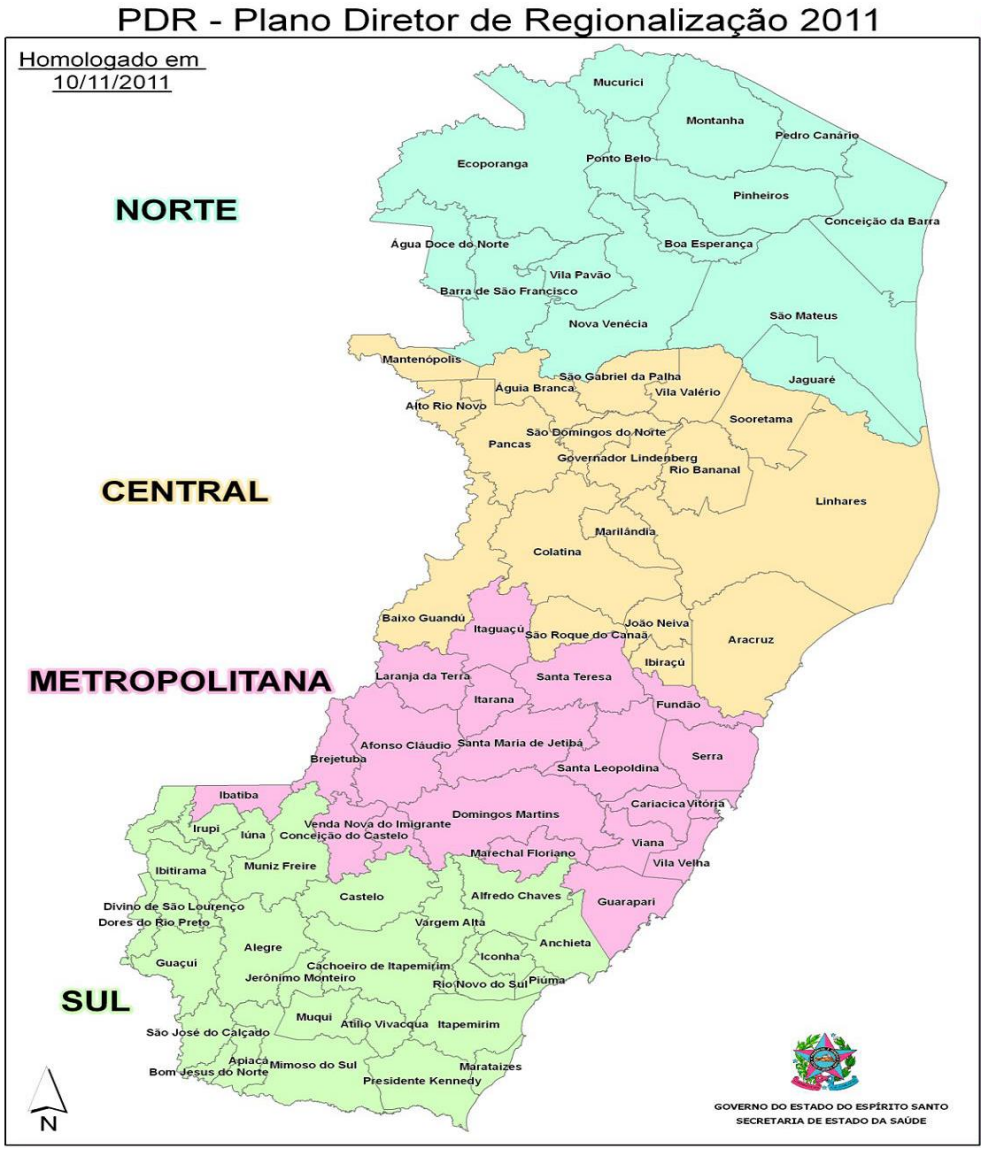


Figura 1: Mapa do espírito Santo: divisão macro e microrregional de saúde.
Fonte: Plano diretor de regionalização (ESPÍRITO SANTO, 2011)

Essa divisão, prevista constitucionalmente, tem como finalidade a garantia da integralidade e da eqüidade na atenção à saúde através da promoção de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas (ESPIRITO SANTO, 2011).

Entre 2001 e 2010 a taxa de crescimento populacional foi superior à do Brasil, porém a distribuição populacional por faixa etária tem se modificado desde 1991, havendo um estreitamento da base e uma ampliação do topo da pirâmide etária. Essa distribuição evidencia o declínio da taxa de natalidade da população, além de indicar que uma parcela maior da população está vivendo até idades mais avançadas (figura 2). Em relação ao gênero, o estado apresenta equilíbrio, sendo a população feminina de 50,74% em 2010.

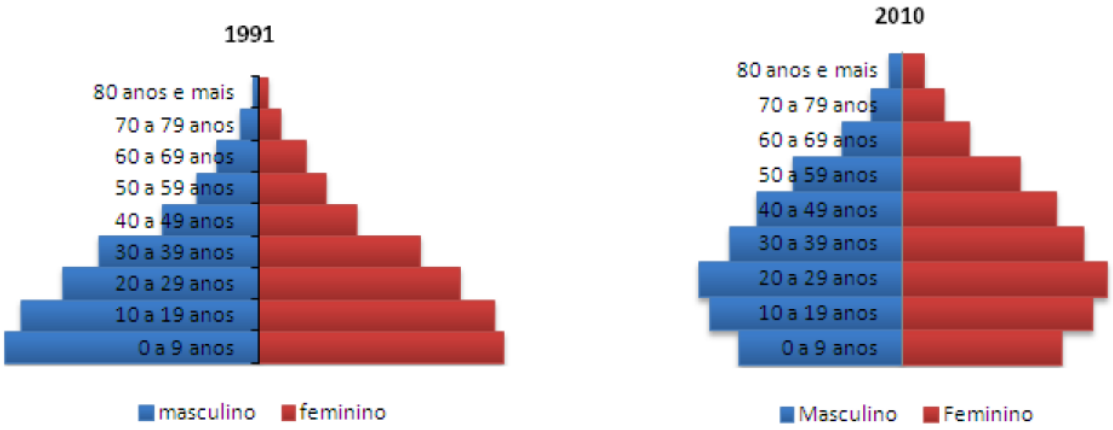
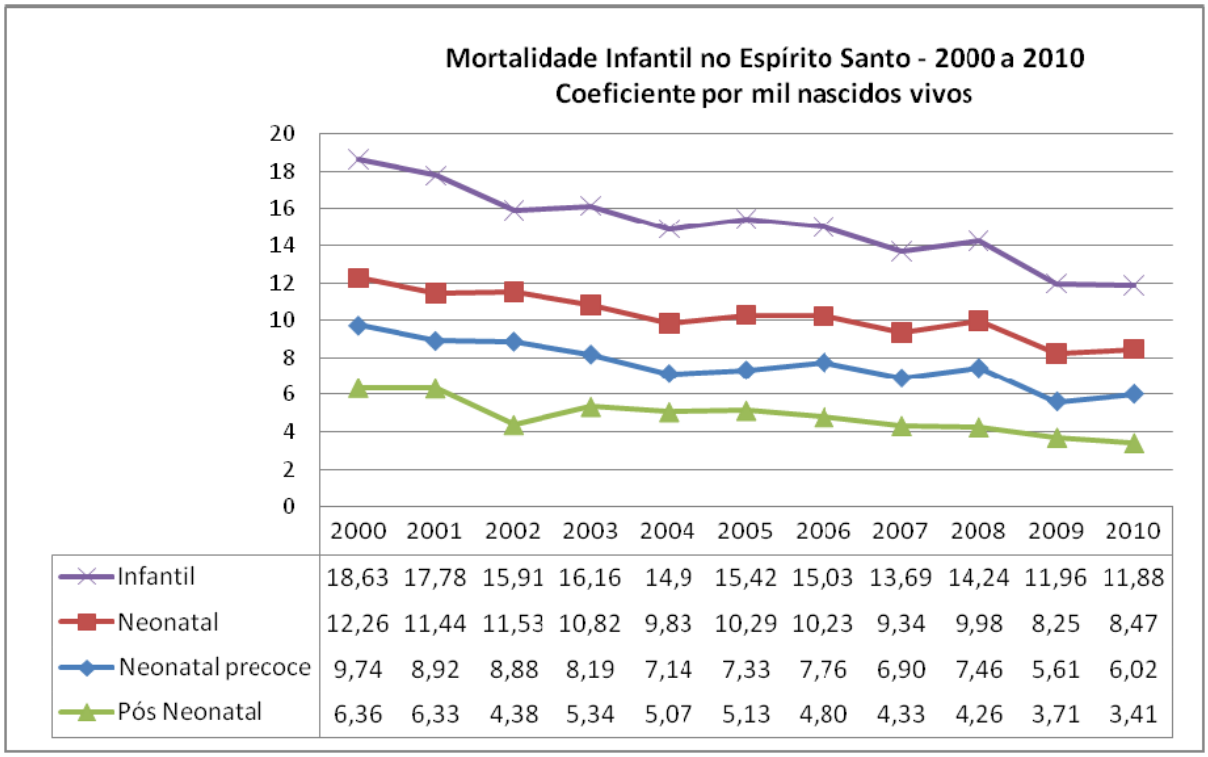


Figura 2: Pirâmide etária do Espírito santo 1991- 2010
Fonte: Espírito Santo (2011)

Na questão da mortalidade infantil no estado do Espírito Santo esta apresenta tendência ao declínio, com redução de 36% no período de 2000 a 2010. Variando de 18,63 em 2000 para 11,88 em 2010, equivalendo a quarta menor taxa de mortalidade infantil do Brasil e a menor da região Sudeste. Porém essa redução é mais significativa no período pós-neonatal com redução de 46%. A taxa de mortalidade neonatal vem se mantendo elevada, com pouca modificação do componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida). Em 2010, 51% dos óbitos no primeiro ano de vida ocorreram na primeira semana de vida e outros 25% até os 30 dias. A figura apresenta um panorama da evolução da mortalidade infantil no estado ao longo da última década.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Infantil	18,63	17,78	15,91	16,16	14,9	15,42	15,03	13,69	14,24	11,96	11,88
Neonatal	12,26	11,44	11,53	10,82	9,83	10,29	10,23	9,34	9,98	8,25	8,47
Neonatal precoce	9,74	8,92	8,88	8,19	7,14	7,33	7,76	6,90	7,46	5,61	6,02
Pós Neonatal	6,36	6,33	4,38	5,34	5,07	5,13	4,80	4,33	4,26	3,71	3,41

Figura 3: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos. Espírito Santo, 2000 a 2010
Fonte: Espírito Santo (2011)

A porcentagem de óbitos infantis notificados, do ano de 2008 a 2012 é demonstrado na figura 4. O componente neonatal precoce tem se mantido oscilando em 50 % do total de mortes abaixo de um ano.

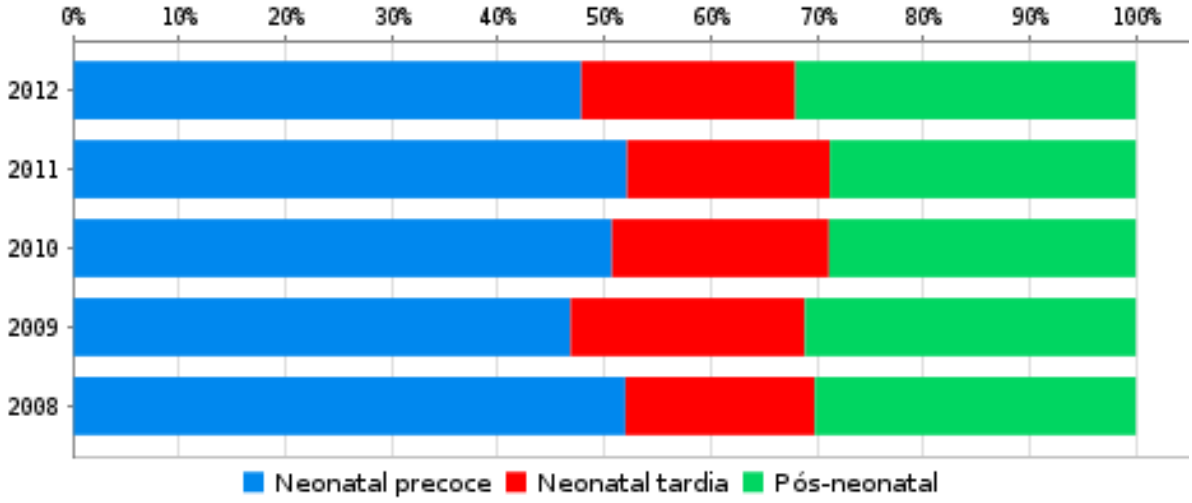


Figura 4: Mortalidade Infantil 2008 a 2012 (ES)
Fonte: SIM Julho-2013

Quanto à cobertura de consultas pré-natal, a porcentagem de nascidos vivos cobertos por sete ou mais consultas de pré-natal no Espírito Santo é de 61,24%, taxa um pouco abaixa da média nacional que é de 61,32%, mas número bem abaixo da média da região Sudeste que é de 72,80%.

1.1.1 Região Metropolitana da Grande Vitória

A Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) é formada por sete municípios: Cariacica, Vila Velha, Serra, Viana, Guarapari, Fundão e Vitória. Foi criada pela Lei Complementar Estadual n° 58 de 21/12/1995 e modificada em 1999, para incorporação do município de Guarapari e em 2001 quando também incorporou o município de Fundão. A RMGV abriga 48% da população total do estado e 56,6% da população urbana. As diferenças sócio-econômicas, cobertura da ESF e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) são acentuadas entre os municípios. Enquanto 100% da população de Fundão é coberta pela ESF, esse índice não chega a 10% no município de Cariacica. O IDH também varia de 0,845 em Vitória, que tem o quarto melhor índice entre as cidades brasileiras, até 0,686 em Viana que ocupa a 2.290ª posição (Tabela 1).

Tabela 1: População coberta pela ESF na RMGV e no ES

	População*	População coberta ESF*	% Cobertura	IDH*
Fundão	17.632	17.632	100,00	0,718
Vitória	333.162	251.850	79,59	0,845
Viana	66.745	31.050	46,52	0,686
Serra	422.569	131.100	31,02	0,739
Guarapari	107.836	31.050	28,79	0,731
Vila Velha	424.948	120.750	28,42	0,800
Cariacica	352.431	34.500	9,79	0,718
Espírito Santo	3.578.067	1.924.648	53,79	0,740

*Dados relativos a 2013
Fonte: elaboração própria com dados do DataSus

Quando se compara os municípios da RMGV com o indicador porcentagem de nascidos vivos com sete ou mais consultas pré-natal essa desigualdade se mantém. A capital demonstra melhor desempenho quanto a esse indicador: 74,83%; enquanto que os municípios de Guarapari e Cariacica ocupam as últimas posições, com 53,47% e 55,96%, respectivamente.

Tabela 2: Porcentagem de Nascidos vivos com sete ou mais Consultas pré-natal na RMGV

Cidade	Porcentagem
Fundão	58,73%
Vitória	74,83%
Viana	61,98%
Serra	65,37%
Guarapari	53,47%
Vila Velha	59,63%
Cariacica	55,96%
Espírito Santo	61,24%
Sudeste	72,80%
Brasil	61,32%

Fonte: Elaboração própria com dados do DataSus

1.1.2 Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

O hospital escola da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), criado em 20 de dezembro de 1967, é a referência regional para o ensino e a pesquisa em ciências da saúde, destacando-se também pela assistência oferecida à população do Espírito Santo. O Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) é um órgão suplementar da reitoria da Universidade e devidamente certificado como hospital de ensino, conforme as portarias estabelecidas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). É o único hospital federal do estado e o maior da rede pública no Espírito Santo. É caracterizado na rede de saúde do estado como hospital geral de grande porte (Grau III), em que atua com capacidade para 281 leitos e 128 consultórios, os quais oferecem inúmeras especialidades. O HUCAM é um hospital 100% inserido no SUS e é referência para atendimentos de média e alta complexidade no território capixaba e interior dos estados limítrofes (Bahia e Minas Gerais) (HUCAM, 2008).

HUCAM é inserido geograficamente na macrorregião central de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado (Figura 01), o qual divide o território capixaba macrorregiões de saúde, com seus locais de referência (ESPIRITO SANTO, 2011).

No quesito assistência, ambulatórios e enfermarias oferecem à população os seguintes serviços: Anatomopatologia; Anestesiologia; Cardiologia; Cirurgia Cardíaca e Torácica; Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cirurgia de

Cabeça e Pescoço; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica Reparadora; Cirurgia Vascular; Clínica Médica Geral; Clínica Vascular; Dermatologia; Diálise (peritoneal e hemodiálise); Endocrinologia; Endoscopias; Fonoaudiologia; Fisioterapia; Gastroenterologia; Genética; Geriatria; Ginecologia; Hematologia e hemoterapia; Hemodinâmica; Infectologia; Nefrologia; Neurologia; Nutrição e Dietética; Obstetrícia; Oftalmologia; Onco-hematologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia Geral; Pediatria; Ambulatório de Especialidades e Pronto Socorro; Psicopedagogia; Pneumologia Geral; Reumatologia; Saúde Mental; Urologia; UTI; entre outros (HUCAM, 2008). Em 2012, foram realizadas 152.387 consultas médicas, 20.696 atendimentos de outras profissões não médicas, 7.927 internações, 1.140 partos e 8.673 cirurgias e 5.011 pequenas cirurgias ambulatoriais.

Destaca-se como hospital de referência de média e alta complexidade para transplante renal, cirurgia cardíaca para implantação de marca-passo, cateterismo cardíaco, diagnóstico e tratamento de AIDS, esclerose múltipla, pneumologia, tuberculose multi-resistente, hanseníase, cirurgia do aparelho digestivo e bariátrica. Também é referência em mastologia, ginecologia/obstetrícia, sendo sua maternidade uma das duas do estado de referência para gestação e parto de alto-risco.

Quanto ao ensino, o HUCAM é espaço de prática para os cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Além de oferecer formação, em 23 programas de residência médica, oferece atualmente o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na área de concentração Atenção a Saúde da Criança e Adolescente. Tal programa atende graduados em Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. O HUCAM é, também, campo para cursos de pós-graduação (*lato e stricto sensu*), pesquisas e projetos de extensão (HUCAM, 2012).

Na área tecnológica, O HUCAM conta com um Núcleo de Telessaúde (NUTES), vinculado à Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Esse núcleo foi criado com a finalidade de desenvolver Projetos de Teleassistência, coordenar e executar ações relacionadas à Tecnologia da Informação em Saúde. O setor possui uma sala de videoconferência equipada e oferece serviços de saúde especializada à distância para a população, como emissão de laudos e segunda opinião médica. Além disso,

os profissionais do hospital-escola participam, via internet, de 13 SIGs (Grupos Especiais de Interesse), para capacitação e atualização nos temas. (HUCAM, 2012).

O setor de maternidade do HUCAM realizou em 2012, 1.140 partos, destes 664 (58,2%) foram partos cirúrgicos e 476 partos vaginais. Essa maternidade é uma das duas maternidades credenciadas para atendimento de gestantes de alto-risco no estado do Espírito Santo. Devido a esse perfil, recebe, prioritariamente, gestantes com história de complicações na gestação, de todo o estado e também estados vizinhos (HUCAM, 2008).

1.2 OBJETIVO

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar o pré-natal de mulheres que se submeteram ao parto no HUCAM, tendo como base os atributos acessibilidade e longitudinalidade.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil das puérperas atendidas no HUCAM, do pré-natal e do parto;
- Identificar a percepção da puérpera quanto à adequação do seu pré-natal;
- Analisar os atributos acessibilidade e longitudinalidade do atendimento das gestantes atendidas na atenção primária.
- Analisar a qualidade do processo de assistência dispensado gestantes no HUCAM.

1.3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O presente estudo se torna relevante devido à necessidade de pesquisas que avaliam a qualidade da atenção no pré-natal. Quando o pré-natal é realizado de maneira adequada ocorrem menos complicações e melhores desfechos clínicos. O

HUCAM é um hospital de referência para o atendimento de gestantes de alto-risco, portanto é primordial que se saiba como está sendo realizado o pré-natal das mulheres atendidas.

Este estudo contribui com informações e dados para a formulação de projetos e políticas que possam beneficiar gestantes em âmbito local, regional e nacional. Por fim, há uma forte expansão da APS no Brasil e no mundo justificando a necessidade de produção científica com a finalidade de avaliar e consolidar esse nível de atenção. O PCATool é um instrumento que cada vez mais vem sendo utilizado para pesquisas no Brasil e exterior e sua importância aumenta à medida que a cobertura da ESF aumenta. Como o PCATool é usado em todo o mundo, pesquisas com esse instrumento podem ter poder de comparabilidade com outros estudos realizados em diversos países.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A concepção moderna de atenção primária à saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920, a partir dos conceitos contidos no relatório Dawson. Esse documento procurou opor-se ao modelo de cunho curativo, fundado na atenção individual e com custos crescentes e baixa resolutividade (MATTA; MOROSINI, 2009).

O relatório Dawson preconizou a organização dos serviços de saúde em níveis: os centros primários e secundários de atenção à saúde, os serviços domiciliares, serviços suplementares e os hospitais de ensino. Estão, também, definidas as atribuições de cada um dos níveis. O nível primário é definido como instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O centro de saúde primário deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade (MINISTRY OF HEALTH, 1920). A doença, através desse modelo, seria detectada precocemente, portanto, em fases mais curáveis. Essa concepção contribuiu com a definição de duas características básicas da atenção primária: a regionalização e a integralidade, as quais fortalecem o binômio prevenção-cura (MATTA; MOROSINI, 2009).

Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, A Organização Mundial Da Saúde (OMS) conjuntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) definiu a APS como:

> Atenção primária à saúde é baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS/UNICEF, 1978, p.1).

Os princípios estratégicos ditados nesse encontro baseavam-se em experiências de países em desenvolvimento nos quais a população carente tinha dificuldades em obter cuidados médicos (RIBEIRO, 2007). O lema dos participantes da conferência era “saúde para todos no ano 2000”, pensamento construído ao longo da década de 1970 em conferências regionais da OMS e UNICEF. A conferência de Alma-Ata incitou as nações a buscar formas e estratégias para reformular suas políticas de saúde, visando o atendimento de toda a população. (OMS/UNICEF, 1978). Na declaração de Alma-Ata várias ações são indicadas para se alcançar o objetivo de uma atenção primária de qualidade:

a) Educação da população, para prevenção e controle;
b) Distribuição de alimentos e da nutrição apropriada;
c) Previsão de água de boa qualidade e saneamento;
d) Cuidados de saúde materno-infantil, incluindo planejamento familiar;
e) Imunizações e controle de doenças endêmicas;
f) Tratamento adequado de doenças e fornecimento de medicamentos.

Além de definir as ações prioritárias e conceituar a APS como primeiro nível de atenção à saúde, integrado aos outros níveis, a conferencia de Alma-Ata estimulou a participação da comunidade e adequação às peculiaridades regionais e culturais. Apesar do aspecto abrangente e universal dos princípios formulados na Conferência de Alma-Ata, o que se seguiu nos anos seguintes, foi a implantação e implementação de ações baseadas em interpretações francamente errôneas e incompletas da Declaração de Alma-Ata (AGUIAR, 2003). Tarimo e Webster (1997, apud AGUIAR, 2003) enumeram algumas dessas crenças: APS exclusiva e totalmente baseada na oferta de alguns cuidados básicos à comunidade; APS reduzida ao primeiro nível de contato entre indivíduos e comunidade e o sistema de saúde; APS como ações destinadas à população pobre, nos países em desenvolvimento, que não podem pagar por serviços médicos reais; APS como uma seleção de algumas ações entre aquelas preconizadas como seus elementos essenciais; APS como uma atividade simplificada e relacionada apenas a áreas rurais, com uso de intervenções de baixa tecnologia e trabalhadores com conhecimento e treinamento precário; e APS vista como um conjunto de ações de baixo custo.

Um sistema de saúde baseado em APS visa garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população enfatizando a prevenção e a educação. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) definiu a APS como “Conjunto de intervenções de saúde nos âmbitos individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”. Para o CONASS, a APS deve ser orientada pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade, responsabilização, vínculo, continuidade, humanização, resolutibidade, territorialização, intersetorialidade e participação social (CONASS, 2004). Estima-se que 80% das demandas por serviços de saúde de uma comunidade possam ser resolvidos no âmbito da APS (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Vuori (1985) descreve quatro formas de interpretação que a APS é vista por diferentes concepções:

a) **APS como um conjunto de atividades:** um país possui APS se o sistema de saúde incluir: Educação em saúde, água potável e saneamento básico, abastecimento de comida e nutrição apropriada, assistência materno infantil, imunizações, tratamento básico para problemas de saúde, prevenção e controle de moléstias endêmicas e provisão de medicamentos essenciais. Essa visão simplista é também denominada APS seletiva usada por países periféricos e direcionada para grupos específicos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Para Vuori (1985) a assistência médica primária é um elemento necessário à APS, mas por si só, não a define. Starfield (2004) Considera essa abordagem inadequada, pois são poucos os serviços exclusivos da atenção primária.
b) **APS como um nível de atenção:** A APS é onde se dá o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, quando esse tem algum problema de saúde. Compreende, geralmente, médicos generalistas, equipe de enfermagem, agentes de saúde e outras categorias similares. Esse conceito é mais utilizado na Europa e outros Países desenvolvidos. Baseia-se em um local para a atenção contínua de saúde da população (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).
c) **APS como estratégia de organização dos sistemas de saúde:** também denominada APS ampliada (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). São os princípios estratégicos de organização da atenção à saúde para que essa

se torne acessível, relevantes à necessidade da população, funcionalmente integrados, baseados em participação comunitária, custo-efetividade, e caracterizados pela intersetorialidade. Segundo essa visão o trabalho deve ser em equipes.

d) **APS como filosofia que permeia todo sistema de saúde:** Somente quando o sistema de saúde for caracterizado por justiça social, equidade, auto-responsabilidade solidariedade internacional, e aceitação de um conceito amplo de saúde, um país poderá proclamar que tem um sistema de saúde baseado em APS, em seu sentido mais profundo. É considerada por Aguiar (2003) como uma referência ao caráter notavelmente teórico e conceitual da declaração de Alma Ata e da meta “saúde para todos no ano 2000”.

Para Barbara Starfield (2004) a atenção primária é a porta de entrada e o *lócus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e a população no decorrer do tempo. Para a autora, existem inúmeras evidencias de que a APS se relaciona a melhores resultados na saúde. Ainda de acordo com Starfield (2004) a APS é o meio pela qual “as duas metas de um sistema nacional de saúde – otimização da saúde e equidade na distribuição dos recursos – se equilibram.” A figura 5 compara a APS com o atendimento médico convencional.

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da Saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto responsabilidade

Figura 5: diferença entre APS e o atendimento médico convencional
Fonte: Starfield (2004)

2.1.1 Atributos da Atenção Primária

Em 1978 um Comitê do instituto de saúde americano sugeriu que a atenção primária pudesse ser avaliada através de atributos, os quais foram listados: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. Esse foi um importante marco para que se pudesse desenvolver um sistema de avaliação da atenção primária (Starfield, 2004).

Starfield (1992, apud STARFIELD, 2004) sistematizou o conceito de APS através da definição de seus atributos, esquematizados na figura 6:

a) **Atenção de primeiro contato:** Implica na acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários a cada novo problema ou a cada episódio de um novo problema;
b) **Longitudinalidade:** é a existência de uma fonte continuada de cuidados, assim como sua utilização ao longo do tempo. Sobretudo, a relação da população com a fonte de cuidados deve refletir uma relação interpessoal forte, que expressem a relação entre usuários e profissionais de saúde;
c) **Integralidade:** é a organização da APS de modo a oferecer aos usuários todos os serviços de saúde necessários. Os profissionais devem estar aptos a identificar adequadamente problemas de ordem orgânica, funcional e social. Implica, também, em referência a atenção secundária e terciária. Compreende os serviços disponíveis e os serviços utilizados.
d) **Coordenação da atenção:** exige a existência de algum tipo de continuidade, assim como a identificação e abordagem de outros problemas tratados em outros serviços e a integração desse cuidado ao cuidado global do paciente. Implica, também, na existência de um sistema de informações, tais como registros e prontuários.

Esses quatro atributos, denominados Essenciais, são complementados por Starfield por mais três, definidos como atributos derivados. Para a autora, esses são tão fundamentais quanto os demais, formando um elo de complemento para a qualificação do processo de atenção e serviços prestados na atenção primária. São eles:

a) **Orientação Familiar:** é o reconhecimento de fatores familiares relacionados com a origem e o cuidado dos problemas de saúde;
b) **Orientação Comunitária:** é o conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, das necessidades da população através de dados epidemiológicos e do contato com a comunidade, sua relação com esta e avaliação e planejamento conjuntos dos serviços.
c) **Competência Cultural:** refere-se à adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.

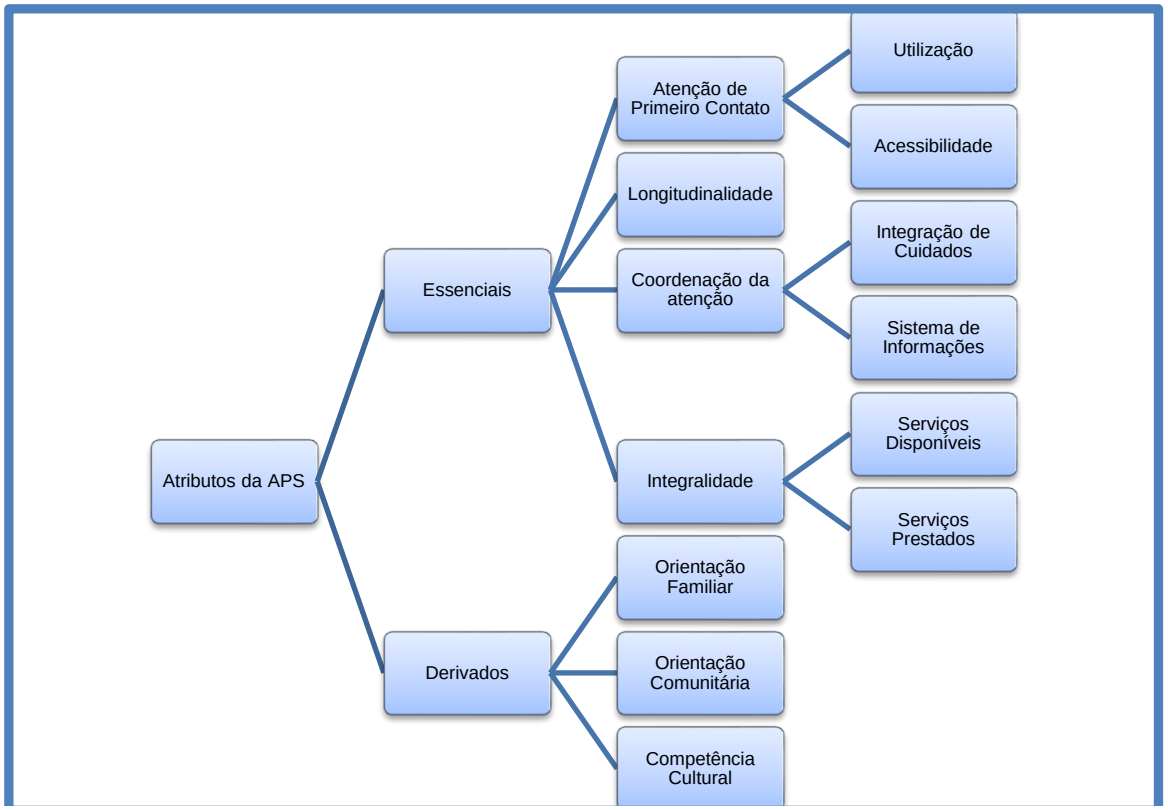


Figura 6: Atributos da APS segundo Starfield (2004)
Fonte: Elaboração Própria

Os atributos da atenção primária permitem identificar o grau de orientação de um serviço e medir a efetividade das ações de saúde para determinada população. Há, também, a possibilidade de comparar diferentes sistemas de saúde. Desse modo um serviço de saúde pode ser considerado orientado à APS se os quatro atributos essenciais estiverem presentes, tendo aumentado o seu poder de interação com os indivíduos e a comunidade quando os três atributos derivados também forem detectados (HARZHEIM, 2006). Segundo Shi, Starfield e Xu (2001) apesar de esses

atributos estarem intimamente relacionados entre si na prática clínica, eles podem ser avaliados separadamente.

Essa classificação serviu de base para o desenvolvimento do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) ou Ferramenta de Avaliação da atenção primária usado em diversos países para avaliação da APS.

2.1.1.1 Atenção de Primeiro Contato e Acessibilidade

A atenção de primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. Um serviço de saúde oferece atenção de primeiro contato quando seus usuários potenciais percebem-no como acessível e isto reflita na sua utilização. (STARFIELD, 2004). A atenção de primeiro contato realizada por profissionais da atenção primária, provavelmente leva a uma atenção mais apropriada com custos mais baixos. Médicos da atenção primária são mais acessíveis do que médicos da atenção secundária e terciária, principalmente no que diz respeito à flexibilidade de horários de consulta (STARFIELD, 2004).

A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem a determinado serviço e dele tenham aproveitamento. É consenso que a simples existência de serviços não caracteriza a oferta dos mesmos, devendo se levar em conta a acessibilidade aos mesmos (UNGLERT, 1987). Esse atributo contempla a localização do estabelecimento próximo à população a qual atende, os horários e os dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos, (Starfield, 2004). Segundo Starfield (2004) a acessibilidade na atenção é importante na redução da mortalidade e morbidade.

Os termos acesso e acessibilidade têm sido usados de forma ambígua por diversos autores, sendo considerados similares por uns e conceitualmente diferentes por outros (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). Alguns autores consideram a acessibilidade como os aspectos da oferta de serviços e acesso ao modo como os indivíduos vivenciam a experiência da acessibilidade, (UNGLERT, 1990; STARFIELD, 2002).

Donabedian (1972, apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191) conceitua a acessibilidade como: “um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população”. Para o autor, a acessibilidade extrapola o conceito de oferta de recursos de um sistema de saúde, haja vista que há uma relação direta de oferta e utilização de serviços de saúde: “é algo adicional à mera presença ou ‘disponibilidade’ de um recurso em certo lugar e dado momento. Compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o uso por parte dos clientes potenciais” (DONABEDIAN, 1972, apud GIOVANELLA; FLEURY,1995). Donabedian distingue dois tipos de acessibilidade: a geográfica e a sócio-organizacional. A acessibilidade geográfica relaciona-se com todas as barreiras, como distância, tempo de locomoção, custo do deslocamento, etc. (DONABEDIAN 1972, apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A acessibilidade sócio-organizacional é referente aos recursos e à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços da população em obter o cuidado.

Para Starfield (2004) há vários tipos de acessibilidade:

a) A acessibilidade temporal, que diz respeito à disponibilidade de atendimento em relação à hora do dia ou o dia da semana;
b) A acessibilidade geográfica, que é a adequação da distância entre o usuário e o serviço de saúde;
c) A acessibilidade psicossocial, a qual é relacionada a barreiras de linguagem e culturais;
d) A acessibilidade econômica, que se relaciona às despesas dos usuários quanto aos gastos de saúde.

A acessibilidade não é característica apenas de serviços de atenção primária. Serviços de atenção secundária e terciária devem ser igualmente acessíveis, entretanto os requisitos específicos para a acessibilidade no nível primário diferem dos outros níveis, pois a atenção primária é a porta de entrada ao sistema (STARFIELD, 2004).

Forrest (1998) demonstrou que uma melhor acessibilidade está relacionada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e continuidade com o médico de atenção primária. Segundo os autores é um elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Caso um serviço não tenha acessibilidade, a demanda poderá ser

adiada, ao ponto de interferir negativamente no diagnóstico e prognóstico do problema (STARFIELD 2004). A acessibilidade pode ser medida tanto no ponto de vista da população, quanto da unidade provedora de cuidados (STARFIELD 2004).

Em estudo realizado no município de São Paulo, a acessibilidade referida por usuários, profissionais e gestores foi considerada a pior dimensão analisada, tanto no PSF quanto nas unidades básicas tradicionais (ELIAS, 2006).

Em um estudo de Rodrigues e Givisiez (2010), analisando a acessibilidade geográfica de pacientes com diagnóstico de câncer de mama no município de Campos dos Goytacazes (RJ) houve uma tendência de diagnóstico tardio em pacientes que moravam mais distantes do centro da cidade, local onde estavam localizados os centros de diagnóstico para o câncer de mama.

Em um estudo a respeito da acessibilidade geográfica em um distrito sanitário de Salvador (BA), Silva Junior (2010) concluiu que a não observação dos princípios da atenção primária à saúde no processo de implantação da estratégia PACS/PSF resultou em restrições à acessibilidade da população estudada.

Em um estudo qualitativo utilizando a técnica grupo focal, Lora (2004) comparou a percepção de acessibilidade por uma população que utiliza os serviços de saúde que adotam a ESF como modelo de atuação com uma população não adscrita à ESF. Para essa autora, boas condições de acessibilidade aproximam a população do serviço de saúde e trazem o serviço para a rede social da população atendida. Sendo essa aproximação uma forma de promoção de saúde. Sua pesquisa demonstrou que a população na qual está implantada a ESF tem maior vinculação com os profissionais e com o serviço, conhece o trabalho da equipe e demonstra sensação de pertencimento às ações que são desenvolvidas. A população não atendida pela ESF não demonstra vinculação com os profissionais do serviço de saúde.

2.1.1.2 Longitudinalidade / Continuidade do Cuidado

Longitudinalidade ou continuidade do cuidado segundo a literatura é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas

unidades de saúde (Starfield, 2004). Longitudinalidade implica em um senso de afiliação entre pacientes e profissionais, expresso em termos de um contrato implícito de lealdade pelo paciente e de responsabilidade pelo provedor de serviços. Essa promove melhora na comunicação, confiança e sensação constante de responsabilidade (HAGGERTY, 2003).

A longitudinalidade ou continuidade é considerada como a característica central e exclusiva do cuidado na APS (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Em uma relação estável e duradoura entre a população e os profissionais de saúde há a possibilidade de diagnósticos mais precisos e tratamentos mais efetivos, além de menos encaminhamentos desnecessários a especialistas, melhorando o processo de atenção (Starfield, 2004). Autores (CABANA; JEE, 2004; SANS- CORRALES, 2006) relacionam a longitudinalidade a maior adesão ao tratamento, menor uso de serviço de urgência e maior índice de satisfação com os cuidados recebidos.

A longitudinalidade é, em algumas literaturas, referida como continuidade relacional ou pessoal ou simplesmente, continuidade. Para Cunha e Giovanella (2011) a literatura internacional tem tratado o conceito de continuidade do cuidado com sentido semelhante, mas não idêntico, ao da longitudinalidade considerado por Starfield (2004). Para as autoras o termo longitudinalidade, na literatura nacional não é o usual, sendo mais utilizados os termos vínculo e continuidade. Segundo essas autoras a falta de uniformidade do termo dificulta a generalização dos resultados de pesquisas deste tema. Baratieri e Marcon (2011) encontraram pouca clareza na definição do termo longitudinalidade por enfermeiros da ESF. Porém, ressaltam que o uso desses termos ambíguos pode restringir o significado do atributo a somente a existência de uma relação entre o profissional e o usuário sem a preocupação com outras dimensões do atributo. Para Starfield (2004) o termo longitudinalidade transmite melhor a idéia de uma relação pessoal entre profissionais e pacientes do que o termo continuidade. Para a autora a interrupção da continuidade da atenção não necessariamente interrompe a longitudinalidade. Segundo a autora :

> Atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua”; e que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença) (STARFIELD, 2002, p. 248).

Segundo Cunha e Giovanella (2011), há três elementos que são imprescindíveis na composição da longitudinalidade: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados, o estabelecimento de relação interpessoal duradoura entre o paciente e a equipe de saúde e a continuidade informacional que está relacionada à qualidade, manuseio e disponibilização dos registros de saúde do paciente.

Em uma revisão de literatura a respeito do conceito de continuidade, Saltz (2003) identificou múltiplas dimensões da continuidade. Entre essas dimensões estão: continuidade informacional, continuidade cronológica ou longitudinal, continuidade interpessoal, continuidade geográfica, continuidade interdisciplinar e continuidade familiar.

a) **Continuidade informacional:** implica que cada profissional que cuida do paciente tem acesso a informação abrangente sobre a saúde prévia do paciente mesmo quando esse foi atendido por diferentes profissionais e em diferentes locais. Um problema metodológico comum nas pesquisas sobre continuidade é a confusão entre conhecimento do paciente e relação com o paciente. Ter conhecimento a respeito do paciente e sua história clinica através de informação escrita não implica necessariamente em uma relação com o paciente.
b) **Continuidade cronológica ou longitudinal:** refere se a um padrão contínuo de interação que ocorre no mesmo lugar, com os mesmos profissionais e com os mesmos registros médicos, levando ao crescimento do conhecimento a respeito do paciente pela equipe. Implica em um padrão de visitas mas não necessariamente na relação profissional paciente.
c) **Continuidade interpessoal:** se refere a um tipo de continuidade longitudinal no qual a relação pessoal contínua entre o paciente e o profissional de saúde é caracterizada pela confiança e responsabilização.
d) **Continuidade geográfica:** relaciona ao cuidado prestado com continuidade independente da localização do paciente. Seja em hospitais, em casa ou trabalho.

e) **Continuidade interdisciplinar**: também implica cuidado no qual o conhecimento prévio do paciente mesmo quando o paciente requer uma ampla gama de serviços médicos tradicionais.
f) **Continuidade Familiar**: é definida como um sistema de cuidado dos provedores que tem contínuo conhecimento dos outros membros da família (SALTZ, 2003).

Saltz (2003) conclui que a continuidade do cuidado engloba uma hierarquia das três primeiras dessas seis dimensões: informacional, longitudinal e interpessoal. Em outras palavras: alguma continuidade informacional é necessária para a presença de continuidade longitudinal e esta é requisito para que a continuidade interpessoal exista em uma relação do paciente e seu serviço de saúde. Para o autor os conceitos de continuidade geográfica, interdisciplinar e familiar podem ser considerados aspectos de um ou de mais dos conceitos hierárquicos.

Longitudinalidade ou continuidade está associada à satisfação do usuário, diminuição de hospitalizações e visitas a serviços de emergência e à melhora na obtenção de cuidados preventivos (CABANA; JEE, 2004).

Continuidade da atenção está relacionada a cuidados médicos de alto nível. Pessoas atendidas sempre pelo mesmo médico recebem mais serviços de prevenção (SALTZ, 2005), tem mais facilidade de se comunicar com seu médico e participam mais das decisões sobre seu tratamento (Starfield, 2004), sendo particularmente importante para a população mais vulnerável (NUTTING, 2003). Atenção com continuidade também diminui o risco de morte precoce, necessidade de atendimentos em pronto socorro, internações hospitalares e CTI. Acarreta em menos infartos, úlceras estomacais, e outras doenças. Leva a maior satisfação com o atendimento, e a menores gastos com saúde (CABANA; JEE, 2004; SANS-CORRALES, 2006).

Em um estudo realizado na cidade de Pelotas (RS), Rosa Filho, Fassa e Paniz (2008) pesquisaram os fatores determinantes da continuidade interpessoal. Entre os usuários que consultam nas unidades básicas de saúde, sexo feminino, aumento da idade e o a utilização da Estratégia Saúde da Família estiveram associadas com maior continuidade interpessoal na atenção à saúde. Os resultados demonstraram também que aqueles que auto-financiavam sua atenção, por meio de planos de

saúde ou consultas, apresentavam maiores níveis de continuidade interpessoal do que aqueles que utilizavam o serviço público de saúde.

Kristjansson et al (2013) relacionaram a continuidade com pacientes com maiores necessidades de saúde. Pacientes idosos e com doenças crônicas relataram maior continuidade, entretanto, moradores de áreas rurais, pessoas com alta escolaridade e saúde mental baixa, relataram menor continuidade.

2.1.2 Atenção Primária no Brasil

Nas décadas de 1970 e 1980 o cenário da saúde no Brasil era o de cobertura insuficiente, recursos financeiros escassos, população insatisfeita. O modelo de atenção à saúde era excludente, beneficiava e fornecia atenção médica somente para a parcela da população que podia financiar o sistema (POLIGNANO, 2013). A grande maioria da população, cerca de 120 milhões de brasileiros, não tinha acesso pleno ao sistema de saúde público (BRASIL, 1990).

Poucas iniciativas pontuais estruturadas com os princípios básicos da APS haviam sido criadas. A primeira experiência relatada foi a do então Centro Médico Social Murialdo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, já no ano de 1974, voltado para a implantação de residência médica. A cidade de Vitória do Santo Antão, com o Projeto Vitória e o Serviço de Medicina Integrada da UERJ, também seguiram essa tendência e criaram programas de residência médica (OLIVEIRA, 2007).

Várias outras experiências em APS, desarticuladas entre si, surgiram após Conferencia de Alma-Ata em Petrópolis-RJ, Natal-RN, Vitória-ES, Cotia-SP, Grupo Hospitalar Conceição-RS, São Luiz-MA, Terezina-PI, Pelotas-RS, Joinville-SC, Sete Lagoas-MG, entre outros. Muitos deles não resistiram à falta de incentivo da década de 1980 e foram extintos (OLIVEIRA, 2007).

Nesse cenário de atenção insuficiente, as articulações do movimento de Reforma Sanitária culminaram na VIII Conferência Nacional de saúde, importante marco na conquista de um novo paradigma para o sistema de saúde brasileiro. O relatório dessa Conferência destacou um conceito ampliado direito à saúde:

> Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p. 4).

Em 1988 a Constituição Brasileira incorporou muitas das propostas discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde e definiu saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. O marco legal para assegurar esse direito na prática foram as Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990. São chamadas, em seu conjunto de Lei Orgânica da Saúde, a qual garantiu os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS universalizou o acesso ao Sistema de Saúde e estabeleceu a atenção primária como porta de entrada. A partir de então a atenção primária à saúde (APS) inseriu-se como eixo norteador da reestruturação do sistema público de saúde. No Brasil a atenção primária à saúde, a despeito da corrente internacional, é designada pelo Ministério da Saúde como atenção básica. Porém ainda é grande o debate a respeito da terminologia ideal. Os documentos oficiais brasileiros as terminologias coexistem. Segundo Mello (2009) os termos atenção básica, atenção primária e atenção primária à saúde são usados como sinônimos, sem que se perceba o contexto ideológico e conceitual ao que são submetidos. É fundamental, portanto, o esforço metodológico em diferenciar a atenção primária à saúde da atenção mínima à saúde, (HARZHEIM, 2006).

2.1.2.1. Estratégia Saúde da Família

Para organizar o modelo de atenção primária no Brasil, o Ministério da Saúde implantou em 1994, o Programa Saúde da Família, que passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1997. A ESF elegeu como ponto central o estabelecimento de vínculos, criando laços de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e população (ESPIRITO SANTO, 2008). Segundo Elias (2006) a expansão da ESF se deu primeiramente nos municípios com menor população sendo que em 2009 a cobertura populacional ultrapassou a marca de cinquenta por cento, segundo dados do DATASUS. Desse modo, a atenção primária ainda se

realiza por meio de duas realidades distintas: através das equipes de Saúde da Família e princípios de APS; e através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais.

Cada equipe de ESF é constituída de um médico, um enfermeiro, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Desde 2001 a saúde bucal passou a fazer parte das metas de ação da ESF, assim, foram criadas equipes ampliadas, as quais incorporaram os seguintes profissionais: cirurgião dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário. As equipes trabalham com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2013). Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, em média, três mil e no máximo quatro mil pessoas. Segundo o MS, a atuação das equipes caracteriza-se:

a) Como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde;
b) Por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade;
c) Por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta;
d) Por prestar assistência integral, permanente e de qualidade;
e) Por realizar atividades de educação e promoção da saúde.
f) Por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população;
g) Por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde;
h) Por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões;
i) Por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2013).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), editada pelo Ministério da Saúde em 2001, estabeleceu um conjunto de ações e serviços estratégicos mínimos que deveriam ser garantidos aos cidadãos, próximo às suas residências:

a) Assistência pré-natal;
b) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
c) Cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
d) Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
e) Tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
f) Atendimento de afecções agudas de maior incidência;
g) Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
h) Tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
i) Tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
j) Controle das doenças bucais mais comuns;
k) Suprimento/dispensação dos medicamentos da farmácia básica (BRASIL, 2001)

2.1.3 Efetividade da APS e ESF sobre a saúde da população

A escolha da Estratégia Saúde da Família como modelo de reestruturação da APS, aproxima o Brasil de experiências de outros países nos quais há evidência de melhores resultados quanto à eficiência e equidade. Starfield (2004) cita vários estudos que atestam a eficácia da APS em países desenvolvidos. Segundo esses estudos, países ocidentais industrializados que possuem sistemas de saúde fortemente direcionados para a APS apresentam melhores índices de saúde, maior satisfação da população, menor custo e taxas de mortalidade infantil mais baixas (Starfield, 2004)

Caldeira, Oliveira e Rodrigues (2010) compararam a qualidade da assistência materno infantil na ESF e nas unidades tradicionais. Diferença estatística foi encontrada nos serviços de orientação sobre amamentação, nutricional além do exame de prevenção do colo de útero, demonstrando o caráter preventivo da APS em comparação com as unidades tradicionais.

Em um estudo sobre as diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades tradicionais e ESF em um município da região sul do Brasil, Mendoza-Sassi (2011) relatou um maior número de consultas de pré-natal e um número maior de gestantes com mais de seis consultas, como preconizado pelo MS. Também relata maior prevalência de ações preventivas e educativas e aqueles não diretamente ligados ao processo de gestação.

Em uma revisão bibliográfica de estudos nacionais e internacionais, Harzheim, Stein e Álvarez-Dardet (2004) demonstraram a existência de associação entre os atributos da APS e os desfechos positivos na saúde infantil. Segundo os autores:

> Diversos estudos observacionais e experimentais evidenciaram o efeito da APS e seus atributos sobre a obtenção de melhores indicadores populacionais na saúde das crianças, sobre a redução das iniqüidades no acesso ao sistema de saúde, sobre a satisfação dos usuários e sobre o aumento da efetividade e da eficiência da atenção sanitária (p. 27).

Castro e colaboradores (2012) compararam a qualidade da atenção entre serviços com orientação à APS e unidades de saúde tradicionais. O escore geral de APS atribuído à ESF e outros serviços de APS foi significativamente maior do que o atribuído às UBS. Nesse mesmo estudo houve prevalência de alto escore geral nos serviços que contavam com profissionais especialistas na área de APS e naqueles que houve referência de “oferta de educação continuada”.

Em uma revisão sistemática da literatura, Sans-Corrales (2006) encontrou evidência da relação entre os atributos da medicina familiar e resultados da atenção medidos por indicadores de satisfação, saúde e custo. A satisfação do usuário foi associada com acessibilidade, continuidade da atenção, tempo da consulta e relacionamento médico-paciente. Melhora da saúde do usuário foi relacionada a continuidade, tempo de consulta, relação médico-paciente, e implementação de medidas preventivas.

Kringos (2013), estudando dados de 2009 e 2010 de 31 países europeus, encontrou que os totais gastos nos cuidados de saúde são maiores em países com infra-estrutura de atenção primária mais forte, embora os países com atenção primária abrangente tenham um crescimento mais lento nos gastos em saúde per capita. Os autores especulam que, em curto prazo, a manutenção da atenção primária forte

eleva os custos com saúde, porém, trata uma gama de problemas de saúde, diminuindo os custos globais em longo prazo. Para o autor, sistemas de atenção primária forte, são associados a baixas taxas de hospitalizações evitáveis e diminuição de mortes por doença isquêmica cardíaca, AVE, asma crônica, bronquite e enfizema.

Lima-Costa (2013) Comparou indicadores de uso e qualidade da ESF e outros modelos de atenção no município de Belo Horizonte (MG). Os resultados demonstraram melhor performance desses indicadores entre a população residente em área coberta pela ESF em comparação com os residentes na área coberta pela unidades tradicionais. Esses resultados reforçam a importância da ESF em cidades de grande porte.

2.1.4 Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool)

Com a finalidade de avaliar e quantificar os atributos da atenção primária à saúde, foi desenvolvido, por Barbara Starfield, um instrumento chamado Primary Care Assessment Tool (PCATool ou PCAT, em siglas de artigos em língua inglesa). O PCATool foi criado com base nos princípios de avaliação de saúde propostos por Donabedian (1966 apud BRASIL, 2010). Esse autor é um dos que mais conhecidos e citados estudos de avaliação em saúde. Esses princípios contemplam a mensuração da estrutura, do processo e dos resultados nos processos avaliativos dos cuidados de saúde (DONABEDIAN, 1997). Segundo Stein (2013), cada atributo avaliado pelo PCATool é formado por uma combinação de itens que avaliam a estrutura e o processo de atenção. Essa ferramenta possibilita a comparação de serviços ou o estabelecimento de metas a serem alcançadas

Segundo Donabedian (1997), a avaliação qualitativa de saúde pode se realizar em uma das três dimensões: estrutura, processo e resultado, sendo essas dimensões combináveis entre si. O estudo da estrutura avalia as condições físicas, equipamentos, materiais e recursos humanos utilizados para atender o usuário. A avaliação do processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação prestador-usuário. A avaliação do resultado descreve a mudança de estado de saúde do usuário (REIS,1990; BRASIL, 2012).

Em outro modelo, Donabedian (1990) ampliou esse conceito denominando os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Figura 7). Para o autor a construção da qualidade se dá, inicialmente, através da definição do que é considerado qualidade, pois esta não se constitui em algo abstrato. Cada um desses pilares deverá ser especificado pela identificação de critérios mais adequados para aquela situação e ao mesmo tempo, mantendo uma relação entre si, pois guardam uma relação de interdependência. As avaliações de qualidade mais conhecidas de Donabedian tem ênfase na efetividade, eficiência e otimização dos procedimentos e serviços (NOVAES, 2000).

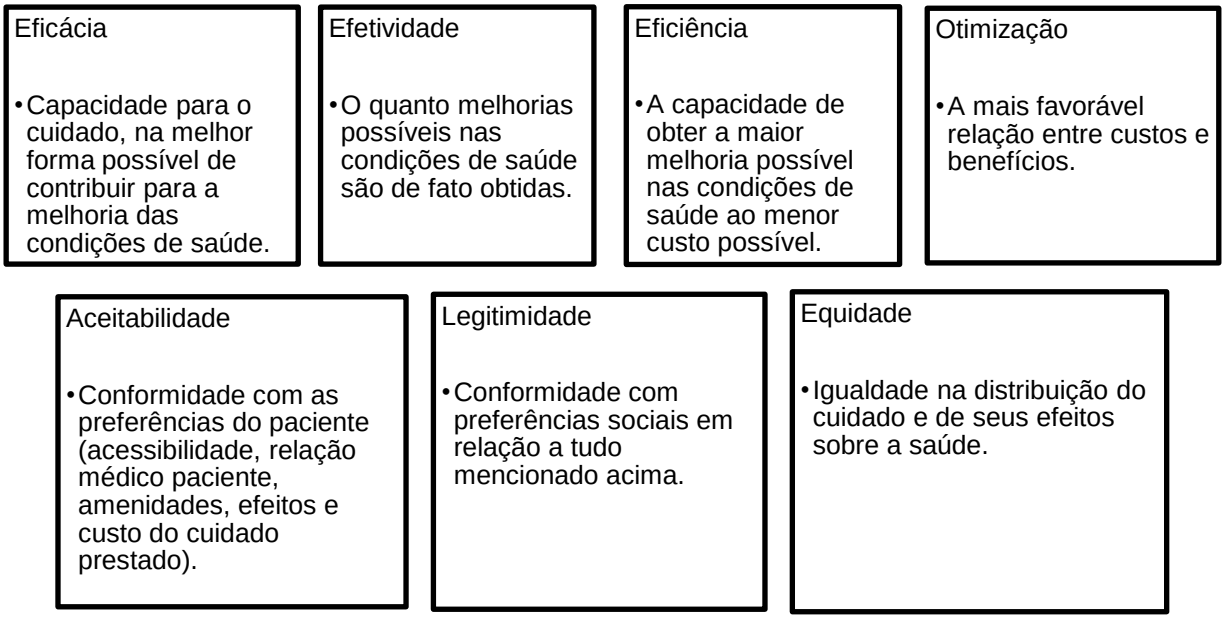


Figura 7: Os Sete Pilares da Qualidade em Saúde Segundo Donabedian (1990)
Fonte: Elaboração com princípios de Donabedian (1990)

O PCATool pode ser usado como ferramenta de medida que avalia a qualidade da APS prestados sob diferentes configurações de sistemas de saúde e para pacientes com diferentes atributos sócio demográficos. Também pode ser utilizado como ferramenta de controle de qualidade que compara a qualidade da atenção prestada por diferentes tipos de serviços. Outra possibilidade é utilizá-lo, junto a outros resultados, para avaliar o efeito de intervenções políticas em aspectos críticos da APS (SHI, STARFIELD, XU, 2001). Apesar de o objetivo da ferramenta não ser a mensuração de resultados, alguns estudos tem relacionado a presença dos atributos da atenção primária a melhores resultados de saúde (Starfield, 2004). Shi, Starfield e Xu (2001) sugerem que novas pesquisas podem ajudar a explicar quais os

atributos conduzem a melhores resultados. Stein (2013) sugere que o PCATool deve ser a ferramenta de escolha na avaliação da qualidade da atenção primária em saúde. Segundo Savassi (2012), uma das vantagens do uso do PCATool é permitir a comparação das equipes de atenção primária brasileiras com equipes de todo mundo.

O PCATool apresenta versões auto-aplicáveis destinadas às crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), e a profissionais de saúde (PCATool Versão Profissionais). Esse instrumento mede os quatro atributos essenciais e os três atributos derivados da atenção primária à saúde.

Esse instrumento foi validado por um grupo de pesquisadores (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006) e vem sendo usado como referência pelo Ministério da Saúde. Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão do instrumento foi transformada em uma versão aplicável, por meio de entrevistadores, e passou por um processo de tradução, tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e constructo, além de análise de confiabilidade. Os resultados obtidos nesse processo de validação corroboram a validade e confiabilidade do instrumento em avaliar os sete atributos da APS e justificam sua utilização em outros estudos (HARZHEIM, 2006). Esse autor também afirma que o PCATool é essencial para avaliação da ESF, buscando “maior efetividade e eficiência na atenção à saúde”. Starfield complementa esse raciocínio afirmando que um instrumento como o PCATool confere maior rigor e qualidade em pesquisas no âmbito da APS. A Validação brasileira recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil (BRASIL, 2010). Shi, Starfield e Xu (2001) no processo de validação da versão adulta na língua inglesa, reconheceram que o grande número de questões do instrumento completo contribuiu para o grande número de respostas incompletas e em recusa a participação.

A versão validada do PCATool do Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS:

a) Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A): constituído por 3 itens (A1, A2 e A3);

b) Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B): constituído por 3 itens (B1, B2 e B3);
c) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C): constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12);
d) Longitudinalidade (D): constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14);
e) Coordenação – Integração de Cuidados (E): constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9);
f) Coordenação – Sistema de Informações (F): constituído por 3 itens (F1, F2 e F3);
g) Integralidade – Serviços Disponíveis (G): constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12);
h) Integralidade – Serviços Prestados (H): constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11);
i) Orientação Familiar (I): constituído por 3 itens (I1, I2, I3);
j) Orientação Comunitária (J): constituído por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6).

A Versão Criança do PCATool apresenta 55 questões divididos nos mesmos dez componentes dos atributos relacionados à versão adulto, e deve ser aplicado aos pais ou cuidadores. A versão para profissionais é composta por 77 itens em oito dos componentes relacionados aos atributos da APS (atenção de primeiro contato Utilização e acessibilidade), longitudinalidade, coordenação – integração de cuidados, coordenação – sistema de informações, integralidade – serviços disponíveis, integralidade – serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária.

O grau de afiliação (A) visa identificar o serviço de saúde ou o profissional que é referência para o entrevistado. Esse é um elemento chave do instrumento, pois é com ele que o entrevistador identificará o serviço de saúde ou o profissional sobre o qual versará todo o restante do instrumento.

O item acesso de primeiro contato – utilização (B) visa saber se o local definido no item A é o primeiro local procurado no caso de um novo problema de saúde ou para

uma consulta de revisão. Também busca conhecer se o serviço é o único meio de encaminhamento para um serviço especializado.

O item acesso de primeiro contato – acessibilidade (C) tem o objetivo de captar a capacidade do serviço de saúde para atender a demanda dos usuários com agilidade e oferta de horários convenientes ao usuário. Esse Atributo foi utilizado para fins desta pesquisa.

O item longitudinalidade (D) busca definir a existência de uma fonte continuada de atenção, bem como o grau de confiança mútua entre o usuário e o serviço de saúde. Também utilizado nesta pesquisa.

O item coordenação – integração de cuidados (E) visa ao reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

O item coordenação - sistema de informações (F) pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos.

O item integralidade – serviços disponíveis (G) quantifica a oferta de serviços disponíveis aos usuários, para que esses recebam uma atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS. Incluem também os encaminhamentos para especialidades médicas.

O item integralidade – serviços prestados (H) identifica os serviços e orientações recebidos pelo usuário no serviço de saúde.

O item orientação familiar (I) considera a identificação do contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

O item orientação comunitária (J) é reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do

contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunto dos serviços.

O atributo de competência cultural foi excluído da versão brasileira do PCATool pois, no processo de validação não se consolidou uma dimensão com três ou mais perguntas representativas desse atributo (HARTZHEIM, 2006).

2.2 GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal é uma conquista relativamente recente. Antes do surgimento da medicina moderna, muitas mulheres e recém-nascidos não sobreviviam à gestação e ou ao parto. Até o século XIX, mulheres que suspeitavam estar grávidas, submetiam-se ao médico para confirmá-la e só retornavam na iminência do parto a assistência pré-natal era limitada a recomendações acerca do estilo de vida. Na década de 1890, o médico francês Adolphe Pinard observou que os recém-nascidos de uma instituição que amparava mulheres solteiras grávidas nasciam grandes e saudáveis (OAKLEY, 1984 apud VIEIRA, 2005).

No início do século XX, as enfermeiras da associação de enfermagem de Boston começaram a visitar as gestantes, a fim de melhorias no processo de gestação. Os bons resultados foram aceitos e desenvolvidos pela classe médica e culminaram na assistência pré-natal tal como temos hoje (TAUSSIG, 1937 apud MACHADO, 2003).

O pré-natal deve ser iniciado assim que for constatada a gravidez. A primeira consulta é de extrema importância, pois é nela que a gestante receberá as orientações gerais e poderá se identificar os riscos de complicações durante o período de gestação. A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam um número mínimo de seis consultas para uma assistência adequada. Em uma gestação de baixo risco até a 28° semana de gestação, o intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Da 28° até a 36°os intervalos devem ser de duas a três semanas e após a 36° semana as consultas deveram ser semanais (MACHADO, 2003).

O objetivo do cuidado pré-natal é assegurar uma gestação isenta de complicações e o nascimento de uma criança saudável e sem danos à mãe (BRASIL, 2005). A

assistência pré-natal se baseia na prevenção e identificação precoce de complicações e no tratamento específico das gestantes identificadas com risco aumentado de intercorrências (MACHADO, 2003). Ainda segundo o Ministério da Saúde, no pré-natal um conjunto de ações deve aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas, de forma que lhes seja possível realizar exames clínico-laboratoriais, receber orientação e tomar medicação profilática e/ou vacinas quando necessário (BRASIL, 2006).

Existem evidências clínicas que gestantes que recebem assistência adequada apresentam menores riscos de complicações. Idealmente. Mulheres que desejam engravidar devem se submeter a um exame médico antes da concepção. Essa consulta tem como objetivo identificar riscos e oferecer orientações (MACHADO, 2003). Infelizmente, no nosso meio, a primeira consulta pré-natal ocorre tardiamente. As razões mais comuns são: falta de condições financeiras, medo, falta de confiança em profissionais ou serviços de saúde ou diferentes percepções culturais ou individuais da importância do pré-natal (MACHADO, 2003).

Os benefícios de uma assistência pré-natal bem conduzida podem ser sentidos quando ocorre uma diminuição da incidência de complicações materno-fetais. Casos de óbito fetal e aborto são aumentados em gestantes que não tiveram assistência pré-natal (MACHADO, 2003). Uma única consulta pré-natal pode diminuir em 20% o número de casos de óbitos perinatais, em 30% os casos de baixo-peso e em 50% a incidência de partos prematuros, quando comparados aos casos em que não houve nenhuma visita ao médico (BOSS e TIMBROOK, 2001). O pré-natal oferece a oportunidade de promover a saúde da mulher e do recém-nascido a curto e longo prazo.

Apesar da grande cobertura pré-natal em algumas regiões, a presença de complicações ainda é alta, levando a considerar a qualidade dessa atenção pré-natal. No Brasil, o número de consultas de pré-natal nas mulheres que realizaram o parto no SUS aumentou de uma média de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,45 consultas por parto em 2005, porém essa proporção é influenciada por diferenças regionais, de escolaridade entre outras. Apesar desse aumento de cobertura, ainda há pontos críticos tais como a grande incidência de sífilis congênita, mortes por manejo inadequado das síndromes hipertensivas durante a gestação e

dificuldade de acesso às ações preconizadas. Outro fator de preocupação é a ocorrência da “alta” do pré-natal no ultimo trimestre de gestação, quando a probabilidade de ocorrência de complicações é maior (BRASIL, 2006).

É consenso que grande parte da mortalidade e morbidade do período perinatal poderia ser evitada através de uma adequada assistência pré-natal. As ações de atenção ao pré-natal devem abranger a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006). Em geral a consulta pré-natal envolve procedimentos simples, devendo o profissional transmitir o apoio e a confiança para a gestante.

2.2.1 Gestação de alto risco

Na maioria das vezes a gestação ocorre sem complicações, porém para uma parcela das gestantes o risco de complicações é aumentado. A avaliação do risco gestacional deve ser feita a cada consulta para que se possa oferecer referência a outros serviços, se necessário. O conceito de risco está associado ao de probabilidade (BRASIL, 2010). A caracterização de uma situação de risco não necessariamente implica em referência a um serviço de pré-natal de alto risco. As situações que envolvam risco real de dano e/ou fatores que demandem intervenções mais complexas devem necessariamente ser referenciadas ao nível secundário, podendo contudo serem reencaminhadas para a atenção primária quando a situação estiver resolvida (BRASIL, 2006). Segundo o Manual técnico da gestação de alto risco (BRASIL, 2010), editado pelo MS, os fatores de risco gestacionais são classificados quanto às características individuais e condições sociodemograficas, história reprodutiva anterior, intercorrências clínicas crônicas e doenças obstétricas na gravidez atual, como segue:

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

a) Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
b) Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
c) Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
d) Situação conjugal insegura;

e) Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
f) Condições ambientais desfavoráveis;
g) Altura menor que 1,45 m;
h) Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
i) Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

História reprodutiva anterior:

a) Morte perinatal explicada ou inexplicada;
b) Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
c) Abortamento habitual;
d) Esterilidade/infertilidade;
e) Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
f) Nuliparidade e multiparidade;
g) Síndromes hemorrágicas;
h) Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
i) Cirurgia uterina anterior;
j) Macrossomia fetal.

Intercorrências clínicas crônicas:

a) Cardiopatias;
b) Pneumopatias;
c) Nefropatias;
d) Endocrinopatias (especialmente diabetes *mellitus*);
e) Hemopatias;
f) Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo;
g) Epilepsia;
h) Infecção urinária;
i) Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
j) Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
k) Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).

Doença obstétrica na gravidez atual:

a) Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
b) Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
c) Ganho ponderal inadequado;
d) Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
e) Amniorrexe prematura;
f) Hemorragias da gestação;
g) Isoimunização;
h) Óbito fetal.

A classificação adequada do risco gestacional é prioritária, pois o uso rotineiro de recursos e procedimentos dedicados à gestação de alto risco não melhoram a qualidade da assistência no pré-natal de baixo risco e dificulta o acesso à gestante de alto risco que necessitam de atenção especializada.

2.2.2 Avaliação da Qualidade do Pré-natal

Os métodos que avaliam a qualidade pré-natal são classificados nos que medem o acesso e a continuidade dos cuidados dispensados às gestantes, e os que medem o processo de assistência, de acordo com padrões técnicos. Alguns autores elaboram índices utilizando a avaliação do acesso e do processo. Embora o objetivo desses índices seja avaliar o acompanhamento da gestação, alguns estudos associam esses índices aos resultados do nascimento (MENDONZA-SASSI, 2011; ALMEIDA; BARROS, 2005)

O índice de Kessner (TAKEDA,1993), proposto em 1973, avalia o acesso ao pré-natal utilizando as variáveis início do pré-natal e número de consultas. Idealmente o pré-natal deve iniciar até o terceiro mês de gestação e realização de nove consultas quando a gestação durar mais que 36 semanas. Takeda (1993), considerando as recomendações do Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP) e do MS na época, propôs uma modificação no índice de Kessner: pré-natal adequado quando houver início até 20 semanas e seis ou mais consultas; pré-natal inadequado

quando o início for após 28 semanas ou menos de três consultas; pré-natal intermediário nas demais situações.

O índice de adequação da utilização do pré-natal, o APNCU (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*) proposto por Kotelchuck (1994), através de críticas ao índice de Kessner. De acordo com a classificação usada por Kotelchuck uma atenção pré-natal pode ser classificada como mais que adequada, adequada, intermediária e inadequada, de acordo com o início do pré-natal e o número de consultas, que pode chegar a 14 conforme o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (KOTELCHUCK, 1994). Contudo esse número alto de consultas tem sido criticado pela OMS, baseada em estudos que concluíram não haver diferença estatisticamente significante no resultado gestacional de puérperas que realizaram um número mediano de consultas e aquelas que realizaram um número maior (ALMEIDA; BARROS, 2005). Outra crítica ao índice APNCU é o fato de ele não contemplar na sua classificação as mulheres que iniciaram o pré-natal até o quarto mês, com menos de 50% das consultas esperadas, nem mulheres que iniciaram o pré-natal depois do quarto mês, com mais de 50% das consultas esperadas, tampouco as mulheres que não realizaram o pré-natal (LEAL, 2004). Essas situações foram consideradas no estudo de Leal (2004) em seu estudo relacionando o índice APNCU modificado e características maternas e o peso do recém nascido.

O índice GINDEX revisado (*Revised Graduated Prenatal Care Utilization*) considera adequada a assistência quando realizada uma consulta até o quarto mês, um total de nove consultas até a 36° semana e a partir da 36° semana uma consulta por semana até a realização do parto. Esse índice considera seis níveis de assistência incluindo o nível intensivo, o qual o padrão de utilização sugere que o risco de morbidade na gestação requer um número maior de consultas (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 1996).

Considerando ainda a avaliação do acesso, o Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas iniciadas até o quarto mês de gestação, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três consultas no terceiro (BRASIL, 2006).

A avaliação do processo de assistência pré-natal utiliza diversas variáveis e é dependente dos critérios estabelecidos nas políticas de saúde de cada país. Entretanto a OMS estabelece alguns critérios mínimos para a qualidade da assistência pré-natal. Segundo Santos Neto (2012), a construção desses índices por autores nacionais é influenciada pelos critérios do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). O PHPN recomenda a realização de exame obstétrico e exames de rotina em todas as consultas além de atividades educativas, orientações sobre amamentação, avaliação, prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais; imunizações, prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e mamas, entre outros (BRASIL, 2006). Essas recomendações podem ser utilizadas para a construção de indicadores da qualidade da assistência do pré-natal.

É importante frisar que esses índices apresentados contemplam somente variáveis quantitativas da assistência pré-natal. Aspectos qualitativos devem ser considerados para uma avaliação mais ampla e completa do processo de assistência.

2.2.3 Políticas públicas de atenção ao pré-natal

As políticas brasileiras de atenção à saúde materno-infantil remontam à década de 1940 com a criação do Departamento Nacional da Criança. As consultas de pré-natal eram realizadas, porém sem nenhuma sistematização clínica (VIEIRA, 2005). Em 1983 o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) tendo como objetivos, entre outros, o aumento da cobertura e concentração do atendimento pré-natal. O programa envolvia atendimento integral durante o pré-natal, parto e puerpério. Previa ações de aleitamento, prevenção de câncer e doenças sexualmente transmissíveis, além de planejamento familiar e climatério (VIEIRA, 2005). O PAISM foi determinante para o início de mudanças significativas na atenção pré-natal, acarretando aumentos graduais na cobertura, na média do número de consultas e no percentual de mulheres com início precoce da assistência pré-natal (SUCCI, 2008). Porém, apesar dos indicadores de saúde terem apresentado melhoras, ainda demonstravam ser insatisfatórios em todas as regiões do país, principalmente nas regiões mais vulneráveis (CARVALHO e NOVAES, 2004).

No ano 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Os objetivos do PHPN vão de encontro aos do PAISM: assegurar melhoras de acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal assistência ao parto e puerpério na perspectiva de direito e cidadania (BRASIL, 2000). O PHPN pioneiramente instituiu critérios para qualificação do pré-natal:

a) Realização da primeira consulta até o 4º mês gestacional;
b) Mínimo de seis consultas, sendo, preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º trimestre;
c) Uma consulta no puerpério em até 40 dias pós-parto;
d) Exames laboratoriais:

- tipagem sanguínea na primeira consulta;

- teste *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), um na primeira consulta e outro próximo à 30° semana de gestação;

- urina rotina, um na primeira consulta e outro próximo à 30° semana de gestação;

- glicemia de jejum, um na primeira consulta e outro próximo à 30° semana de gestação;

- hemoglobina/hematócrito na primeira consulta;

e) Oferta de exame HIV, com exame na primeira consulta em municípios acima de 50.000 habitantes;
f) Vacinação antitetânica até a 2ª dose ou reforço para as mulheres já imunizadas;
g) Atividades educativas;
h) Classificação continuada de risco gestacional na primeira consulta e nas consultas subseqüentes;
i) Atendimento à gestante classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e hospitalar à gestação de alto risco.

Instituiu também um sistema de informações o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização e Nascimento (SISPRENATAL). O cadastro de

gestantes nesse sistema possibilita o acompanhamento de indicadores de qualidade e o cumprimento dos critérios estabelecidos (BRASIL, 2006).

Apesar de se mostrar um avanço na organização dos dados referentes ao pré-natal, a comparação das informações do cartão da gestante de 1.489 puérperas com os dados do Sisprenatal, realizada por Andreucci et al (2011) demonstrou, com exceção da primeira consulta, que os cartões de gestante apresentaram registro de informações superior ao do Sisprenatal. Os autores concluíram que o Sisprenatal não foi fonte segura de informação para o acompanhamento da gestação.

O PHPN é o programa atualmente vigente no Brasil. Sua implantação levou ao aumento da discussão acerca da assistência pré-natal buscando as bases conceituais e as práticas assistenciais. Suas diretrizes serviram de base para diversos estudos de qualificação do cuidado pré-natal.

Em 2007, Carvalho e Araújo sugeriram que a implantação do PHPN na cidade de Recife (PE) contribuiu para o aumento do número de gestantes que iniciaram o pré-natal precocemente na cidade. Segundo Andreucci (2011), após uma década, há a necessidade do estímulo constante à adesão e manutenção do programa pelos municípios, além da criação de estratégias a fim de evitar perda de dados e investimentos para o cumprimento da proposta de humanização do programa.

Para operacionalização da assistência pré-natal em 2000 foi publicado o manual técnico do pré-natal e puerpério, pelo MS. Com finalidade de oferecer referências para organização da rede assistencial, capacitação profissional e normalização das práticas de saúde, esse manual foi construído baseado em evidências científicas, princípios da Política Nacional de Humanização e diretrizes da OMS. Em 2006 a terceira edição do manual foi editada com as evidências científicas e recomendações da OMS atualizadas (BRASIL, 2006).

Segundo o manual, a organização da rede de assistência pré-natal humanizada e de qualidade deve seguir os seguintes critérios:

a) Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;

b) Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

O manual também preconiza o desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:

a) Escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
b) Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
c) Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
d) Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
e) Exames laboratoriais:

- ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;

- glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;

- VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;

- urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;

- testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível;

- sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível;

- sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível;

f) Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacina completo há mais de 5 anos;

g) Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
h) Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
i) Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
j) Tratamento das intercorrências da gestação;
k) Classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subseqüentes;
l) Atendimento às gestantes com problemas ou co-morbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
m) Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.
n) Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto.

Para se alcançar tais objetivos estados e municípios devem seguir as seguintes diretrizes:

a) Vinculação de unidades que realizam o pré-natal com maternidades e hospitais, de acordo com o gestor local;
b) Garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal e assistência ao parto e ao recém nascido;
c) Captação precoce de gestantes;
d) Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
e) Garantia da realização dos exames complementares necessários.

Iniciativa mais recente, a Rede Cegonha é uma estratégia que visa desenvolver uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério e às crianças o direito a um nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da Criança; e sistema logístico: transporte sanitário e regulação. A prioridade de implementação

são as regiões Norte e Nordeste e as regiões metropolitanas. A previsão de cobertura total no território nacional é em 2014.

O componente pré-natal tem como objetivo a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, através das ações:

a) Captação precoce de gestantes;
b) Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
c) Apoio financeiro a gestante a fim de garantir seu deslocamento para realização das consultas e do parto;
d) Avaliação do risco e vulnerabilidade da gestação e encaminhamento a centro especializado, quando necessário;
e) Realização de exames, de acordo com o risco da gestação com resultados em tempo oportuno, inclusive DST/HIV/AIDS e Hepatites;
f) Qualificação do sistema e gestão de informações (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha prevê a criação implantação de Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares e de Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, com a finalidade de induzir boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Os Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares são unidades de atenção ao parto e nascimento da maternidade/hospital, que realizam o atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal sem distócia, e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher.

As Casas de Gestante, Bebê e Puérpera são definidas como unidades de cuidado que acolhem, orientam e acompanham as gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas não exigem internação ou que pela natureza dos agravos apresentados e pela distância do local de residência, não possam retornar ao domicílio no momento de pré-alta e ainda puérperas com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê. As Casas devem estar vinculadas à maternidade ou hospital de referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco. As unidades devem oferecer condições de permanência,

alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, com especial empenho pela manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta, sendo fundamental manter o modo de co-gestão para as decisões da casa e uma ambiência humanizada (BRASIL, 2011).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. Nos Estudos Transversais os indivíduos são avaliados em um único momento. O estudo transversal é, algumas vezes, realizado com o objetivo descritivo sem que nenhuma hipótese seja avaliada. O estudo transversal também pode ser utilizado como um estudo analítico, ou seja, para avaliar hipóteses de associações entre características ou exposição e eventos. No entanto, a conclusão da natureza da relação entre exposição e evento nestas situações é limitada. Essa limitação relaciona-se, principalmente, ao fato de que a exposição e a doença são avaliados ao mesmo tempo (ESTRELA, 2005).

Pesquisas quantitativas caracterizam-se pelo emprego da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento dessas através de métodos estatísticos. O pesquisador parte de quadros conceituais e formula hipóteses sobre os fenômenos que quer estudar. Através da análise dos números ou informações coletados verifica-se a aceitação ou não das hipóteses (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

Estudos descritivos procuram observar, registrar analisar e correlacionar fenômenos ou fatos, sem que haja interferência no ambiente analisado. O estudo descritivo busca descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Como exemplo, cita-se aquelas que têm como objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, etc. (GIL, 2010)

3.1 ENTREVISTADORES

A coleta de dados contou com a participação, além do pesquisador responsável, de alunos do curso de medicina, estagiários voluntários do Projeto Mãe Adolescente do HUCAM. Uma oficina de treinamento dos entrevistadores foi realizada antes do início da coleta de dados, na qual foi feita a explanação do projeto, dos objetivos e do instrumento de coleta de dados. Uma atividade conjunta foi realizada para familiarização com o instrumento, esclarecimento de dúvidas e manejo de

dificuldades. Também foi confeccionada uma escala de entrevistas na qual foi estipulado o dia em que cada entrevistador iria atuar.

Durante a semana os alunos de medicina ficavam responsáveis pela coleta de dados, tarefa realizada pelo pesquisador durante o fim de semana. Cada entrevistador tinha a tarefa de consultar o livro de nascidos vivos, identificar todos os nascimentos do dia e os dos dias anteriores, os quais não haviam passado pela entrevista e proceder às entrevistas.

No primeiro momento o entrevistador se apresentava, esclarecia os objetivos da pesquisa, verificava a disponibilidade e a elegibilidade da entrevistada, apresentava o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e realizava a entrevista imediatamente ou em um momento mais oportuno para a mulher. O pesquisador era responsável pela coordenação da equipe, supervisão e análise da confiabilidade da coleta de dados.

3.2 VARIÁVEIS ANALISADAS

3.2.1 Atributos da Atenção Primária

Elegeu-se por utilizar neste estudo os atributos atenção de primeiro contato – acessibilidade com 12 questões (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12) e longitudinalidade, o qual contém 14 questões (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14), integrantes do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool versão adulto.

Para cada questão, as opções de resposta são construídas com base em uma escala likert de 4 pontos, atribuindo valor 1 para a resposta com certeza, não; valor 2 para a resposta provavelmente não; valor 3 para a resposta provavelmente sim; e valor 4 para a resposta com certeza sim. Também era possível a resposta não sei/não lembro com valor atribuído 9. À mulher era oferecido um cartão-resposta com as opções acima para melhor entendimento do processo e fixação das opções de resposta. Também, era questionada a compreensão da diferença entre as alternativas, a fim de garantir a escolha apropriada da resposta. Também foram seguidas as orientações para a realização das entrevistas, contidas no Manual do

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil (BRASIL, 2010).

3.2.2 Trimestre de Inicio do Pré-natal

O pré-natal foi considerado adequado quando iniciado no primeiro trimestre de gestação (13 semanas e 2 dias). Para caracterização do trimestre de inicio do pré-natal foi utilizado os dados da data da última menstruação (DUM) presentes no cartão da gestante indicando o número de semanas de gestação na época da primeira consulta.

3.2.3 Número de Consultas

Segundo dados da OMS e preconizados no PHPN o número mínimo para uma atenção pré-natal adequada são seis consultas. Para levantamento desse dado foi utilizado o cartão da gestante.

3.2.4 Modelo de Atenção Primária Recebida no Pré-natal

A Identificação do local em que foi realizado o acompanhamento pré-natal era feito através da pergunta: onde foram realizadas as consultas de seu pré-natal? A mulher era também questionada quanto ao modelo de atenção recebida através das perguntas: você sabe se a unidade/posto é do tipo Saúde da Família/PSF? A unidade de saúde tem agente comunitário de saúde que visita a sua casa?

Quando o acompanhamento foi realizado em mais de um serviço, a assistência foi prestada na rede particular ou a gestante não soube responder, a entrevista não foi conduzida.

3.2.5 Variáveis de Resultado do Nascimento

3.2.5.1 Índice de Ápgar

O índice de Ápgar é um sistema de avaliação criado por Virginia Ápgar em 1952, no qual se observa os primeiros sinais do recém-nascido. Através dele são avaliados e pontuados cinco critérios: freqüência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Cada critério é pontuado de 0 a 2 pontos (figura 8). Desse modo o escore de um RN pode ser de 0 a 10 pontos, de acordo com suas condições físicas ao nascer. Essa avaliação é feita por pessoal capacitado na sala de parto no 1°, 5° e raramente no 10° minuto. A pontuação de 1° minuto determina a tolerância do RN ao processo de parto e a pontuação de 5 minutos determina a adaptação do RN à vida extrauterina (MACHADO, 2003).

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		
	0	1	2
Frequência cardíaca	Não identificável	Lento (< de 100)	Acima de 100
Esforço respiratório	Ausente	Lento, irregular	Bom, chorando
Tónus muscular	Flácido	Alguma flexão das extremidades	Movimento activo
Irritabilidade reflexa: • Resposta à palmada na sola do pé • Resposta ao catéter na narina *	 Nenhuma resposta Nenhuma resposta	 Careta Careta	 Choro Tosse ou espirro
Cor	Azul-pálido	Corpo rosado, extremidades azulada	Rosado

* Testado após limpar a orofaringe
Quadro 1: índice de Ápgar
Fonte: Machado (2003)

De acordo com o índice de Ápgar os RN são classificados em três grupos:

a) RN Vigorosos: aqueles com pontuação maior que 7. Geralmente não precisam de cuidados especiais;
b) RN deprimidos: aqueles com índice de 4 a 6 pontos. Podem exigir reanimação;
c) RN intensamente deprimidos: com um índice de 0 a 3 pontos. Necessitam de reanimação imediata (MACHADO, 2003).

3.2.5.2 Baixo Peso ao Nascer

O baixo peso ao nascer (BPN) representa importante fator de morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida. A proporção de BPN é utilizado como indicador da eficiência e efetividade da assistência pré-natal. Quanto menor o peso ao nascer maior é a probabilidade de morte precoce. A Organização Mundial de Saúde classifica como peso de nascimento adequado os nascidos com peso entre 3000 e 3999 gramas. Peso insuficiente ou inadequado os nascidos com peso entre 2500 e 2999 gramas, baixo peso ao nascer se inferior a 2500 gramas, muito baixo peso (MBP) quando inferior a 1500 gramas e muitíssimo baixo peso se o peso de nascimento for inferior a 1000 gramas (OMS, 1995). O recém nascido com BPN apresentam maior tendência à síndrome da morte súbita do lactente, função imune deficiente, desenvolvimento cognitivo inadequado, alto risco de desenvolver diarréia aguda e pneumonia e vínculo mãe-lactente inadequado particularmente entre os RN prematuros (MACHADO, 2003).

3.2.5.3 Crescimento Fetal

O aumento do peso fetal, durante a gestação, ocorre como numa curva sigmóide. Essas curvas são traçadas após o cálculo da média e dos percentis de determinada população. O crescimento fetal é considerado adequado para a idade gestacional (AIG) quando se situa entre os percentis 10 e 90; grande para a idade gestacional (GIG), quando se situa acima do percentil 90; e pequeno para a idade gestacional (PIG), quando abaixo do percentil 10. Tanto a restrição de crescimento fetal quanto o ganho de peso excessivo, estão relacionados à co-morbidades materno-fetais. Pedreira et al (2011) realizaram um estudo usando os dados de 7.993.166 nascimentos no Brasil entre 2003 e 2005 e construíram uma tabela, de acordo com o gênero, a qual melhor representa a população brasileira (tabela 3). Para os fins deste estudo foi utilizada essa tabela.

O nascimento de recém nascidos PIG é associado à possibilidade de ocorrência de sofrimento fetal, aspiração de mecônio, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, hipotermia, hemorragia pulmonar e alterações do desenvolvimento neuropsicomotor

Tabela 3: Peso ao nascimento (g) por Idade Gestacional, Todas as Gestações Únicas em População Brasileira de 2003 a 2005, Suavizada

Idade Gestacional (semanas)	Percentis																			
	3°		5°		10°		25°		50°		75°		90°		93°		97°			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
22	328	331	348	359	388	388	468	457	576	566	690	677	827	786	888	864	926	903		
23	400	395	410	417	451	443	532	516	651	633	788	764	925	883	987	964	1029	1002		
24	466	453	470	473	517	500	603	581	735	709	894	862	1033	992	1096	1075	1161	1111		
25	521	504	528	526	582	559	678	650	826	793	1007	969	1169	1110	1215	1196	1260	1230		
26	564	544	579	571	642	616	754	721	922	885	1122	1084	1270	1235	1338	1324	1383	1356		
27	601	580	628	613	702	671	836	798	1027	989	1244	1210	1601	1373	1673	1663	1515	1693		
28	641	619	683	660	770	735	928	886	1166	1107	1380	1351	1549	1527	1624	1620	1665	1648		
29	692	669	750	720	852	816	1037	990	1283	1244	1537	1511	1719	1702	1801	1799	1840	1829		
30	768	741	840	804	960	918	1176	1124	1653	1612	1732	1706	1933	1918	2024	2024	2066	2057		
31	889	857	978	938	1124	1080	1380	1326	1697	1656	2012	1984	2249	2234	2363	2358	2417	2405		
32	1045	1007	1150	1109	1327	1281	1625	1569	1982	1941	2336	2302	2615	2594	2758	2742	2829	2810		
33	1221	1177	1340	1298	1543	1697	1876	1819	2265	2222	2647	2604	2962	2930	3130	3099	3218	3187		
34	1600	1350	1530	1685	1750	1700	2100	2040	2500	2450	2890	2835	3220	3170	3400	3350	3500	3450		
35	1609	1553	1746	1693	1966	1910	2309	2246	2698	2637	3071	3004	3397	3325	3572	3504	3676	3608		
36	1860	1796	1997	1933	2205	2160	2524	2459	2888	2816	3234	3156	3548	3456	3713	3630	3815	3733		
37	2113	2042	2247	2171	2436	2361	2725	2656	3060	2976	3378	3288	3679	3567	3834	3736	3936	3834		
38	2330	2256	2457	2372	2628	2545	2890	2816	3202	3105	3500	3397	3795	3664	3949	3833	4058	3941		
39	2470	2400	2590	2500	2750	2660	3000	2910	3300	3190	3600	3480	3900	3750	4070	3930	4200	4050		
40	2556	2492	2668	2577	2823	2728	3072	2964	3369	3248	3682	3545	3996	3828	4196	4027	4366	4168		
41	2622	2564	2727	2636	2878	2780	3127	3004	3423	3292	3751	3598	4079	3895	4319	4117	4546	4284		
42	2650	2600	2750	2660	2900	2800	3150	3020	3450	3310	3800	3630	4150	3950	4440	4200	4735	4440		

Fonte: Pedreira (2011)

(MACHADO, 2003). Recém nascidos GIG tem maior de distocias e traumas durante o parto. (MACHADO, 2003).

3.2.5.4 Prematuridade

Uma gestação normal tem de 37 a 42 semanas de duração. Sendo assim, um RN é considerado prematuro quando o parto acontece antes de 36 semanas e 6 dias (MACHADO, 2003). Neste estudo se considerou a idade gestacional registrada no prontuário pelo obstetra.

3.3 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para as puérperas atendidas na atenção primária, os escores foram calculados seguindo os seguintes passos, presentes no Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (BRASIL, 2010):

a) **1° passo**: algumas questões (C9, C10, C11, C12 e D14) tiveram os valores das respostas invertidos, como pede o instrumento (ou seja, o valor 4 passa para valor 1, o valor 3 para 2, o valor 2 para 3 e o valor 1 passa para 4). Esses itens foram formulados de maneira que quanto maior o valor da resposta, menor é a orientação para APS;
b) **2° passo:** quando a soma das respostas em branco com as respostas não sei/não lembro (valor 9) atingia mais de 50% do total de itens o escore não era calculado e ficava em branco no banco de dados. quando a soma das respostas em branco comas respostas não sei/não lembro era inferior a 50% do total de itens de um dos dois componentes,o valor 9 era transformado para valor 2 (equivalente a “provavelmente não”). Essa transformação é necessária, de acordo com o manual, para pontuar negativamente as características do serviço desconhecidas pelo entrevistado;

c) **3° passo:** os escores de atenção ao primeiro contato – acessibilidade foram calculados extraindo a média dos valores das questões C1 a C12. Para o atributo longitudinalidade a média da soma de D1 a D14 produziu um escore para cada entrevistado;
d) **4° passo:** os valores obtidos foram transformados para uma escala de 0 a 10 através da fórmula:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

Por fim chegou-se, para cada paciente, a um escore de 0 a 10 para cada um dos dois atributos pesquisados. Valores menores que 6,6 foram considerados de baixo escore e alto escore quando maior ou igual a 6,6 esse valor foi estipulado porque corresponde ao valor 3 (provavelmente sim) na escala de 0 a 4 (CASTRO, 2012). Os dados foram transportados semanalmente para uma planilha Excel.

Devido o PCATool não ser validado para outros níveis de atenção, apenas na atenção primária, para as puérperas que realizaram o pré-natal no HUCAM, somente as porcentagens de respostas a cada questão (C1 a C12 e D1 a D14) foram calculadas.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram consideradas elegíveis as mulheres internadas no HUCAM no período de abril a julho de 2013 que realizaram o acompanhamento pré-natal na rede de atenção primária ou no ambulatório do HUCAM.

As mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). No Anexo B é apresentado o modelo de TCLE utilizado.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

A fim de tornar mais confiáveis os dados obtidos e tornar a amostra homogênea, foram excluídas da pesquisa as mulheres que não apresentarem condições de saúde para responder, as que realizaram consultas em dois ou mais locais de assistência pré-natal, aquelas que realizaram pré-natal na rede particular ou por meio de convênio a plano de saúde privado, as que realizaram pré-natal em outros estabelecimentos públicos de assistência pré-natal, que não a atenção primária ou o HUCAM e aquelas que não aceitaram assinar o TCLE (ANEXO B).

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, através do parecer 231.350 de 27 de março de 2013 (ANEXO C).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Foram entrevistadas 99 mulheres que se internaram no HUCAM para realização do parto. Destas, 80 realizaram o acompanhamento pré-natal na APS, sendo que 36 realizaram pré-natal na Estratégia Saúde da Família e 45 em unidades básicas de saúde. Outras 19 mulheres realizaram o pré-natal no ambulatório do HUCAM. Os dados foram armazenados no software Microsoft Excel 2007 e analisados usando o software IBM SPSS Statistics versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Para categorizar a acessibilidade alta e baixa foi utilizado o corte de 6,6 o qual equivale a resposta 3 (acho que sim) na tabela likert utilizada no instrumento PCATool (CASTRO, 2012). Foi utilizada nessa análise a técnica estatística de tabelas cruzadas com teste qui-quadrado. Uma tabela cruzada mostra o número de casos em cada categoria, definida por dois ou mais grupos de variáveis categóricas. O teste qui-quadrado testa a hipótese de que as variáveis em uma tabela cruzada são independentes, ou seja, não há relação entre elas. Quando se tem um p-valor significante (< 0,05) rejeita-se esta hipótese, ou seja, há alguma relação entre estas

variáveis. O teste qui-quadrado não é executado quando se tem células com resultados esperados menores que cinco para a hipótese nula, quando ocorreu essa situação foi utilizado o teste exato de Fisher (MOORE, 2005). Também foi utilizado o teste de T- Student, método utilizado para se avaliar as diferenças entre as médias de dois grupos independentes (MOORE, 2005).

A percepção da puérpera quanto à adequação do pré-natal foi coletada através da questão: “Você considera que seu pré-natal foi adequado?” as respostas “com certeza, sim” e “acho que sim” foram considerados como percepção de pré-natal adequado. As respostas “com certeza, não”; “acho que não” e “não sei” foram considerados como percepção de pré-natal inadequado.

4 RESULTADOS

4.1 PRÉ-NATAL REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A tabela 4 demonstra as características das 80 mulheres entrevistadas que realizaram seu pré-natal na Atenção primária.

Tabela 4 – Caracterização da amostra (APS) em relação aos dados sócio-demográficos

Variáveis	n	%,
Faixa etária		
10 a 14 anos	1	1,25
15 a 19 anos	23	28,75
20 a 34 anos	51	63,75
Maior ou igual a 35	5	6,25
Cidade		
Vitória	44	55
Cariacica	13	16,25
Serra	10	12,5
Viana	4	5
Vila Velha	4	5
Domingos Martins	2	2,5
Alfredo Chaves	1	1,25
Iconha	1	1,25
Marechal Floriano	1	1,25
Instrução		
Fundamental	33	41,25
Médio	42	52,5
Superior	5	6,25
Cor da Pele Declarada		
Branca	12	15
Mulata	33	41,25
Negra	24	30
Outra	11	13,75
Estado civil		
Casada	19	23,75
Solteira	24	30
União estável	35	43,75
Outra	2	2,5
Total	**80**	**100,0**

As tabelas 5 e 6 caracterizam a amostra quanto aos dados obstétricos, acessibilidade e ao risco gestacional.

Tabela 5 – Caracterização da amostra (APS) quanto aos dados obstétricos,acessibilidade e longitudinalidade

Variáveis	n	%
Trimestre de início do pré-natal		
Primeiro	51	63,75
Segundo	29	36,25
Número de Consultas		
Menos de seis	20	25

Variáveis	n	%
Seis ou mais	60	75
Sexo da Criança		
Masculino	41	51,25
Feminino	38	47,5
Sem informação	1	1,25
peso ao nascer		
Abaixo de 2500g	7	8,75
Maior ou igual a 2500g	72	90
Sem informação	1	1,25
Prematuridade		
Sim	12	15
Não	67	83,75
Sem informação	1	1,25
Crescimento Fetal		
PIG (Inadequado)	4	5
AIG (Adequado)	69	86,25
GIG (Inadequado)	6	7,5
Sem informação	1	1,25
Ápgar 1° min		
Menor que 7	6	7,5
7 ou mais	73	91,25
Sem informação	1	1,25
Ápgar 5° min		
Menor que 7	1	1,25
Maior ou igual a 7	77	96,25
Sem Informação	2	2,5
Você considera que seu pré-natal foi adequado?		
Com certeza não	5	6,25
Acho que não	4	5
Acho que sim	12	15
Com certeza sim	51	63,75
Não sei / Não lembro	8	10
Acessibilidade		
Baixa	74	92,6
Alta	6	7,4
Longitudinalidade		
Baixa	39	48,75
Alta	41	51,25

Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto ao risco gestacional (APS)

Variáveis	n	%
Gestação de risco?		
Sim	43	53,75
Não	37	46,25
TOTAL	80	100,0
Causa do Risco		
DM	31	38,75
HAS	25	31,25
Pré-eclâmpsia	10	12,5
Gestação precoce	10	12,5
Gestação tardia	5	6,25
Cardiopatia	1	1,25
Outros	8	10
Total	89*	100,0

* Maior que o tamanho da amostra devido a riscos co-existentes

A tabela 7 demonstra as estatísticas descritivas da amostra:

Tabela 7 – Estatísticas Descritivas (APS)

Variáveis	n	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio-Padrão
Idade	80	14	43	22,00	23,92	6,40
Número de Consultas	80	1	14	7,00	7,26	2,53
Peso ao Nascer	80	1450	4703	3218,00	3184,39	564,07
Idade Gestacional	80	32	42	39,00	38,49	2,18
Ápgar 1° min	79	3	9	8,00	8,05	1,02
Ápgar 5° min	78	8	10	9,00	9,03	0,64
Acessibilidade	80	0,0000	7,7778	3,06	3,13	1,93
Longitudinalidade	80	0,7143	10,0000	6,67	6,27	2,24

4.1.1 Acessibilidade

A tabela 8 demonstra as relações entre a acessibilidade e demais variáveis de interesse no estudo.

Tabela 8 – Relação entre acessibilidade e demais variáveis

Variáveis	Acessibilidade		p-valor
	Baixa	Alta	
Número de consultas			
Menos de seis	19 (25,7%)	1 (16,7%)	1,000**
Seis ou mais	55 (74,3%)	5 (83,3%)	
Trimestre de início			
Primeiro	46 (62,7%)	5 (83,3%)	0,412**
Segundo	28 (37,3%)	1 (16,7%)	
Tipo de US			
ESF	32 (44,0%)	3 (50,0%)	1,000**
UBS	42 (56,0%)	3 (50,0%)	

Variáveis	Acessibilidade		p-valor
	Baixa	Alta	
Ápgar 1° min			
Menor que 7	5 (6,8%)	0 (0,0%)	1,000**
7 ou mais	68 (93,2%)	6 (100,0%)	
Crescimento fetal			
Inadequado	10 (13,5%)	0 (0,0%)	1,000**
Adequado	63 (86,5%)	6 (100,0%)	
Baixo peso ao nascer			
Sim	6 (8,1%)	1 (16,7%)	0,434**
Não	67 (91,9%)	5 (83,3%)	
Prematuridade			
Sim	8 (10,8%)	1 (16,7%)	0,523**
Não	65 (89,2%)	5 (83,3%)	
Total	**(100,0%)**	**(100,0%)**	**-**

* Teste qui-quadrado
**Teste exato de Fisher.

A tabela 9 demonstra o valor médio de acessibilidade e os grupos categorizados por número de consultas, trimestre de início do pré-natal, tipo de unidade de saúde utilizada, cidade que realizou o pré-natal, índice de Ápgar no primeiro minuto, crescimento fetal, baixo peso ao nascer e prematuridade.

Tabela 9 – Média de acessibilidade por variável (teste t)

Variáveis	Acessibilidade	p-valor
Número de consultas		
Menos de seis	2,543	0,136
Seis ou mais	3,295	
Trimestre de início		
Primeiro	3,011	0,398
Segundo	3,402	
Tipo de US		
ESF	3,804	0,010
UBS	2,672	
Cidade do Pré-natal		
Vitória	3,550	0,011
RM e interior	2,465	
Ápgar 1 min.		
Menor que 7	2,291	0,383
7 ou mais	3,175	
Crescimento fetal		
Inadequado	2,833	0,645
Adequado	3,141	
Baixo peso ao nascer		
Sim	4,120	0,195
Não	3,036	
Prematuridade		
Sim	3,989	0,118
Não	2,993	

4.1.2 Longitudinalidade

A tabela 10 demonstra as relações entre a longitudinalidade e demais variáveis de interesse no estudo.

Tabela 10 – Relação entre longitudinalidade e demais variáveis

Variáveis	Longitudinalidade		p-valor
	Baixa	Alta	
Número de consultas			
Menos de seis	12 (31,6%)	8 (19,0%)	0,196*
Seis ou mais	26 (68,4%)	34 (81,0%)	
Trimestre de início			
Primeiro	23 (56,8%)	28 (76,7%)	0,244*
Segundo	17(43,2%)	12 (23,3%)	
Tipo de US			
ESF	14 (36,8%)	22 (51,2%)	0,196*
UBS	24 (63,2%)	21 (48,8%)	
Ápgar 1°			
Menor que 7	4 (11,1%)	1 (2,3%)	0,172**
7 ou mais	32 (88,9%)	42 (97,7%)	
Crescimento fetal			
Inadequado	4 (10,8%)	6 (14,0%)	0,745**
Adequado	33 (89,2%)	37 (86,0%)	
Baixo peso ao nascer			
Sim	1 (2,7%)	6 (14,0%)	0,116**
Não	36 (97,3%)	37 (86,0%)	
Prematuridade			
Sim	2 (5,4%)	7 (16,3%)	0,166**
Não	35 (94,6%)	36 (83,7%)	
Total	**(100,0%)**	**(100,0%)**	**-**

* Teste qui-quadrado
**Teste exato de Fisher.

A análise da longitudinalidade média dos grupos estudados é demonstrada na tabela 11 abaixo.

Tabela 11 – Média de Longitudinalidade por Variável obstétrica (Teste t)

Variáveis	Longitudinalidade	p-valor
Número de consultas		
Menos de seis	5,325	0,031
Seis ou mais	6,569	
Trimestre de início		
Primeiro	6,433	0,438
Segundo	6,020	
Tipo de US		
ESF	6,898	0,014
UBS	5,674	
Cidade do Pré-natal		
Vitória	6,589	0,180
RM e interior	5,897	

Variáveis	Longitudinalidade	p-valor
Ápgar 1° min.		
Menor que 7	4,7	0,019
7 ou mais	6,425	
Crescimento fetal		
Inadequado	5,587	0,572
Adequado	6,295	
Baixo peso ao nascer		
Sim	7,380	0,194
Não	6,124	
Prematuridade		
Pré-termo	7,121	0,181
A termo	6,147	

4.1.3 Percepção da puérpera

As relações entre a percepção da puérpera e demais variáveis estão demonstradas na tabela 12:

Tabela 12 – percepção da puérpera (teste qui-quadrado)

Variáveis	Percepção da gestante		p-valor
	Pré-natal Adequado	Pré-natal Inadequado	
Número de consultas			
Menos de seis	10 (15,9%)	10 (51,8%)	> 0,001*
Seis ou mais	53 (84,1%)	7 (41,2%)	
Trimestre de início			
Primeiro	42 (66,7%)	9 (52,9%)	0,296*
Segundo	21(33,3%)	8(47,1%)	
Tipo de US			
ESF	33 (52,4%)	5 (29,4%)	0,092*
UBS	30 (47,6%)	12 (70,6%)	
Acessibilidade			
Alta	5 (7,9%)	1 (5,9%)	0,624**
Baixa	58 (92,1%)	16 (94,1%)	
Longitudinalidade			
Alta	39 (61,9%)	3 (17,6%)	>0,001**
Baixa	24 (38,1%)	14 (82,4%)	
Cidade do Pré-natal			
Vitória	36 (57,1%)	8 (47,1%)	0,319*
Outras	27 (42,9%)	9 (52,9%)	
Total	**(100,0%)**	**(100,0%)**	**-**

*Teste qui-quadrado
** Teste exato de Fisher.

4.1.4 Demais Variáveis

Análise da relação entre o número de consultas e outras variáveis, usando o teste qui-quadrado, não demonstrou relação estatística significante para essa amostra, tal como visto na tabela 13:

Tabela 13 – Relação entre número de consultas e demais variáveis

Variáveis	Número de consultas		p-valor
	Menos de Seis	Seis ou mais	
Tipo de US			
ESF	8 (40,0%)	28 (46,7%)	0,604*
UBS	12 (60,0%)	32 (53,3%)	
Ápgar 1° min			
Menor que 7	2 (10,0%)	3 (5,2%)	0,598**
7 ou mais	18 (90,0%)	55 (94,8%)	
Crescimento fetal			
Inadequado	3 (15,0%)	7 (11,9%)	0,708**
Adequado	17 (85,0%)	52 (88,1%)	
Baixo peso ao nascer			
Sim	2 (10,0%)	5 (8,5%)	1,000**
Não	18 (90,0%)	54 (91,5%)	
Prematuridade			
Sim	2 (10,0%)	7 (11,9%)	1,000**
Não	18 (90,0%)	52 (88,1%)	
Total	**100,0%**	**100,0%**	**-**

* Teste qui-quadrado
**Teste exato de Fisher.

O Trimestre de início do pré-natal também não demonstrou relação significante com o tipo de unidade de saúde do pré-natal, índice de Ápgar, crescimento fetal, baixo peso ou prematuridade (Tabela 14).

Tabela 14 – Relação entre o trimestre de início do pré-natal e demais variáveis

Variáveis	Trimestre do início do pré-natal		p-valor
	Primeiro	Segundo	
Tipo de US			
ESF	23 (44,2%)	13 (44,8%)	0,959*
UBS	29 (55,8%)	16 (55,2%)	
Ápgar 1° min			
Menor que 7	2 (3,8%)	3 (11,1%)	0,331**
7 ou mais	50 (96,2%)	24 (88,9%)	
Crescimento fetal			
Inadequado	6 (11,5%)	4 (14,3%)	0,734**

Variáveis	Trimestre do início do pré-natal		p-valor
	Primeiro	Segundo	
Adequado	46 (88,5%)	24 (85,7%)	
Baixo peso ao nascer			
Sim	3 (5,8%)	4 (14,3%)	0,232**
Não	49 (94,2%)	24 (85,7%)	
Prematuridade			
Sim	5 (9,6%)	4 (14,3%)	0,712**
Não	47 (90,4%)	24 (85,7%)	
Total	**100,0%**	**100,0%**	**-**

* Teste qui-quadrado
**Teste exato de Fisher.

O tipo de unidade de saúde de acompanhamento pré-natal também não demonstrou relação com o índice de Ápgar, com o crescimento Fetal, com o baixo peso ou com a prematuridade, como demonstrado na tabela 15.

Tabela 15 – Relação entre o tipo de US e demais variáveis

Variáveis	Tipo de US		p-valor
	ESF	UBS	
Ápgar 1°			
Menor que 7	1 (2,9%)	4 (8,9%)	0,384**
7 ou mais	33 (97,1%)	41 (91,1%)	
Crescimento fetal			
Inadequado	3 (8,6%)	7 (15,6%)	0,500**
Adequado	32 (91,4%)	38 (84,4%)	
Baixo peso ao nascer			
Sim	4 (11,4%)	3 (6,7%)	0,693**
Não	31 (88,6%)	42 (93,3%)	
Prematuridade			
Sim	5 (14,3%)	4 (8,9%)	0,494**
Não	30 (85,7%)	41 (91,1%)	
Total	**100,0%**	**100,0%**	**-**

** Teste exato de fisher.

4.2 PRÉ-NATAL REALIZADO NO HUCAM

A tabela 16 demonstra as características das mulheres que realizaram pré-natal no HUCAM quanto aos dados obstétrico e sociodemográficos

Tabela 16 – Caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos e obstétricos (HUCAM)

Variáveis	n	%
Faixa etária		
10 a 14 anos	1	5,26
15 a 19 anos	4	21,05
20 a 34 anos	9	47,36
Maior ou igual a 35 anos	5	26,31
Trimestre de início do pré-natal		

Variáveis	n	%
Primeiro	13	68,42
Segundo	6	31,58
Número de Consultas		
Menos de seis	4	21,05
Seis ou mais	15	78,95
Sexo da Criança		
Masculino	8	42,10
Feminino	11	57,90
Baixo peso ao nascer		
Sim	2	10,52
Não	17	89,47
Prematuridade		
Sim	2	10,52
Não	17	89,47
Crescimento Fetal		
PIG (Inadequado)	2	10,52
AIG (Adequado)	16	84,21
GIG (Inadequado)	1	5,26
Ápgar 1'		
Menor que 7	0	0
7 ou mais	19	100,0
Ápgar 5'		
7 ou mais	0	0
Sem informação	19	100,0
Instrução		
Fundamental	9	47,36
Médio	8	42,10
Superior	2	10,52
Cor da Pele Declarada		
Branca	4	21,05
Mulata	10	52,63
Negra	4	21,05
Outra	1	5,26
Estado civil		
Casada	4	21,05
Solteira	6	31,57
União estável	9	47,36
Total	**19**	**100,0**

A tabela 17 caracteriza a amostra quanto ao risco gestacional.

Tabela 17 – Caracterização da amostra quanto ao risco gestacional

Variáveis	N	%
Gestação de risco?		
Sim	19	100,0
Não	0	0
TOTAL	19	100,0
Causa do Risco		
Pré eclampsia	2	10,52
HAS	3	15,78
Gestação precoce	5	26,31
DM	4	21,05
Gestação tardia	5	26,31
Infecção urinária	1	5,26
Cardiopatia	1	5,26

Variáveis	N	%
Asma	1	5,26
Lupus eritematoso sistêmico	1	5,26
Total	23*	100,0

* Maior que o tamanho devido a riscos co-existentes

A tabela 18 caracteriza a amostra quanto à percepção do pré-natal.

Tabela 18 – Percepção da puérpera (HUCAM)

Variáveis	n	%
Você considera que seu pré natal foi adequado?		
Com certeza não	0	0
Acho que não	0	0
Acho que sim	2	10,52
Com certeza sim	17	89,48
Não sei / Não lembro	0	0
Total	**19**	**100,0**

A tabela 19 apresenta as características descritivas da amostra.

Tabela 19 – Caracterização da amostra: Estatísticas descritivas (HUCAM)

Variáveis	n	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio-Padrão
Idade	19	14	43	31	29,631	7,365
Número de Consultas	19	3	15	8	8,210	3,705
Peso ao Nascer	19	2282	3750	3364	3285,158	368,263
IG	19	32	42	39	38,684	2,404
Ápgar 1'	19	8	9	8	8,315	0,477
Ápgar 5'	19	9	10	9	9,111	0,471
Acessibilidade	19	0	6,388	3,472	3,302	1,761
Longitudinalidade	19	3,809	9,285	7,142	7,042	1,577

As tabelas de 20 a 32 demonstram as respostas dadas pelas puérperas que realizaram o pré-natal no ambulatório do HUCAM quanto à acessibilidade do pré-natal. Quanto ao serviço de pré-natal do HUCAM, a maioria das mulheres relata que o serviço não fica aberto aos finais de semana (tabela 20) e após as 20 horas.

Tabela 20 – Pergunta C1: O serviço fica aberto sábado ou domingo?

Respostas	n	%
Com certeza, não	11	57,9
Acho que não	02	10,5
Acho que sim	0	0
Com certeza, sim	1	5,3
Não sei/não lembro	5	26,3
Total	19	100,0

Tabela 21 – Pergunta C2: O serviço fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até 20 horas?

Respostas	n	%
Com certeza, não	9	47,4
Acho que não	2	10,5
Acho que sim	1	5,3
Com certeza, sim	1	5,3
Não sei/não lembro	6	31,6
Total	19	100,0

Quanto à possibilidade de receber atendimento no mesmo dia que surgir uma intercorrência, 42,1% acham ou têm certeza que não conseguiriam atendimento no mesmo dia no HUCAM, 21,1% não sabem/não lembram se conseguiriam esse atendimento de urgência no ambulatório do HUCAM (tabela 22).

Tabela 22 – Pergunta C3: Quando o serviço de saúde está aberto e você adoece, alguém de lá te atende no mesmo dia?

Respostas	n	%
Com certeza, não	6	31,6
Acho que não	2	10,5
Acho que sim	2	10,5
Com certeza, sim	5	26,3
Não sei/não lembro	4	21,1
Total	19	100,0

Quanto ao contato telefônico, 79% acham ou têm certeza que não conseguiriam aconselhamento pelo telefone, se necessário (tabela 23) e 73,7% acham ou têm certeza que não há um número de telefone para o qual possam ligar quando ficam doentes (tabela 24).

Tabela 23 – Pergunta C4: Quando o serviço está aberto você consegue aconselhamento rápido por telefone se precisar?

Respostas	n	%
Com certeza, não	12	63,2
Acho que não	3	15,8
Acho que sim	3	15,8
Com certeza, sim	0	0
Não sei/não lembro	1	5,3
Total	19	100,0

Tabela 24 – Pergunta C5: Quando o serviço está fechado existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?

Respostas	n	%
Com certeza, não	11	57,9
Acho que não	3	15,8
Acho que sim	1	5,3
Com certeza, sim	0	0
Não sei/não lembro	4	21,1
Total	19	100,0

Quando a questão sobre a possibilidade de atendimento se torna mais específica quanto a dia e horário, 79% têm certeza ou acham que não conseguiriam atendimento no serviço de pré-natal no HUCAM durante o fim de semana (tabela 25) e 78,9% têm certeza ou acham que não conseguiriam atendimento à noite (tabela 26).

Tabela 25 – Pergunta C6: Quando o serviço está fechado no sábado ou domingo e você adoece, alguém de lá te atende no mesmo dia?

Respostas	n	%
Com certeza, não	14	73,7
Acho que não	1	5,3
Acho que sim	2	10,5
Com certeza, sim	0	0
Não sei/não lembro	2	10,5
Total	19	100,0

Tabela 26 – Pergunta C7: Quando o serviço está fechado e você fica doente durante a noite alguém desse serviço te atende durante aquela noite?

Respostas	n	%
Com certeza, não	13	68,4
Acho que não	2	10,5
Acho que sim	2	10,5
Com certeza, sim	1	5,3
Não sei/não lembro	1	5,3
Total	19	100,0

Quanto à marcação de consultas, 42,1% acham ou têm certeza que não é fácil marcar uma consulta de revisão (tabela 27).

Tabela 27 – Pergunta C8: É fácil marcar uma consulta de revisão nesse serviço?

Respostas	n	%
Com certeza, não	7	36,8
Acho que não	1	5,3
Acho que sim	1	5,3
Com certeza, sim	9	47,4
Não sei/não lembro	1	5,3

Respostas	n	%
Total	19	100,0

Quanto à espera no dia da consulta, 52,4% acham ou têm certeza que o tempo na sala de espera ultrapassa 30 minutos (tabela 28).

Tabela 28 – Pergunta C9: Quando você chega ao serviço de saúde você tem que esperar mais de 30 minutos para ser atendida?

Respostas	n	%
Com certeza, não	8	42,1
Acho que não	1	5,3
Acho que sim	1	5,3
Com certeza, sim	9	47,4
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

57,9% relatam ter que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir marcar uma consulta (tabela 29).

Tabela 29 – Pergunta C10: Você tem que esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse serviço?

Respostas	n	%
Com certeza, não	8	42,1
Acho que não	0	0
Acho que sim	4	21,1
Com certeza, sim	7	36,8
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

68,5% acham ou têm certeza que é difícil conseguir atendimento quando necessário (tabela 30).

Tabela 30 – Pergunta C11: É difícil para você conseguir atendimento médico quando pensa que é necessário?

Respostas	n	%
Com certeza, não	4	21,1
Acho que não	1	5,3
Acho que sim	4	21,1
Com certeza, sim	9	47,4
Não sei/não lembro	1	5,2
Total	19	100,0

52,6% das entrevistadas relataram não ter que faltar ao trabalho ou a escola para receber atendimento no HUCAM. Porém, a maioria dessas mulheres, ao responder

essa questão, também relatava não ter emprego formal ou freqüentar a escola (Tabela 31).

Tabela 31 – Pergunta C12: Quando você tem que ir ao HUCAM, você tem que faltar ao trabalho ou à escola?

Respostas	n	%
Com certeza, não	10	52,6
Acho que não	0	0
Acho que sim	1	5,3
Com certeza, sim	8	42,1
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

As Tabelas de 32 a 45 demonstram as respostas das puérperas que realizaram pré-natal no ambulatório do HUCAM quanto à longitudinalidade.

Tabela 32 – Pergunta D1: Quando você vai ao serviço é o mesmo médico que te atende sempre?

Respostas	n	%
Com certeza, não	3	15,8
Acho que não	0	0
Acho que sim	2	10,5
Com certeza, sim	14	73,7
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

89,5% acham ou têm certeza que o médico entende o que elas dizem (tabela 33) e 100% acham ou têm certeza que o médico responde de uma maneira que elas entendem (tabela 34).

Tabela 33 – Pergunta D2: Você acha que seu médico entende o que você diz ou pergunta?

Respostas	n	%
Com certeza, não	0	0
Acho que não	2	10,5
Acho que sim	1	5,3
Com certeza, sim	16	84,2
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

Tabela 34 – Pergunta D3: O seu médico responde suas perguntas de maneira que você entenda?

Respostas	N	%
Com certeza, não	0	0
Acho que não	0	0
Acho que sim	4	21,1
Com certeza, sim	15	78,9
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

78,9% das entrevistadas acham ou têm certeza que não conseguiriam falar por telefone com o médico que melhor as conhece (tabela 35).

Tabela 35 – Pergunta D4: Se você tiver uma pergunta pode telefonar e falar com o médico que melhor conhece você?

Respostas	**N**	**%**
Com certeza, não	13	68,4
Acho que não	2	10,5
Acho que sim	3	15,8
Com certeza, sim	1	5,3
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

100% acham ou têm certeza que o médico lhes dá tempo suficiente para falar de suas preocupações e problemas (tabela 36); 89,4% acham ou têm certeza que se sentem à vontade contando suas preocupações e problemas para o médico (tabela 37); e 47,4% acham ou têm certeza que o médico as conhece mais como pessoa do que como um problema de saúde (tabela 38).

Tabela 36 – Pergunta D5: O seu médico lhe dá tempo suficiente para falar das suas preocupações e de seus problemas?

Respostas	**N**	**%**
Com certeza, não	0	0
Acho que não	0	0
Acho que sim	2	10,5
Com certeza, sim	17	89,5
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	0

Tabela 37 – Pergunta D6: Você se sente a vontade contando suas preocupações e problemas ao seu médico?

Respostas	**N**	**%**
Com certeza, não	1	5,3
Acho que não	1	5,3
Acho que sim	2	10,5
Com certeza, sim	15	78,9
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	0

Tabela 38 – Pergunta D7: O seu médico conhece você mais como pessoa do que somente alguém com um problema de saúde?

Respostas	**N**	**%**
Com certeza, não	8	42,1
Acho que não	2	10,5
Acho que sim	4	21,1

Com certeza, sim	5	26,3
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

57,9**%** relatam que o médico sabe quem mora em seu domicílio. (tabela 39).

Tabela 39 – Pergunta D8: o seu médico sabe quem mora com você?

Respostas	**N**	**%**
Com certeza, não	7	36,8
Acho que não	1	5,3
Acho que sim	4	21,1
Com certeza, sim	7	36,8
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	

52,7% têm certeza ou acreditam que o médico não sabe quais os problemas mais importantes para a gestante.

Tabela 40– Pergunta D9: O seu médico sabe quais problemas são mais importantes para você?

Respostas	**N**	**%**
Com certeza, não	6	31,6
Acho que não	4	21,1
Acho que sim	3	15,8
Com certeza, sim	6	31,6
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

Quando questionadas a respeito do nível de conhecimento do médico quanto a seu estado de saúde, 84,2% das puérperas entrevistadas acham ou têm certeza que o médico conhece sua história clínica completa (tabela 41); 57,9% acham ou têm certeza que o médico sabe a respeito do seu emprego ou trabalho (tabela 42).

Tabela 41 – Pergunta D10: O seu médico conhece sua história clínica completa?

Respostas	**N**	**%**
Com certeza, não	2	10,5
Acho que não	1	5,3
Acho que sim	2	10,5
Com certeza, sim	14	73,7
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

Tabela 42 – Pergunta D11: O seu médico sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?

Respostas	**N**	**%**
Com certeza, não	5	26,3
Acho que não	3	15,8
Acho que sim	1	5,3

Respostas	N	%
Com certeza, sim	10	52,6
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

68,4% acham ou têm certeza que os médicos saberiam de uma eventual dificuldade em obter os medicamentos que ela necessite (tabela 43) e 79% acreditam ou têm certeza que o médico sabe a respeito de todos os medicamentos que estão tomando (tabela 44).

Tabela 43 – Pergunta D12: O seu médico saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter o medicamento que você precisa?

Respostas	N	%
Com certeza, não	4	21,1
Acho que não	2	10,5
Acho que sim	2	10,5
Com certeza, sim	11	57,9
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

Tabela 44 – Pergunta D13: O seu médico sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

Respostas	N	%
Com certeza, não	4	21,1
Acho que não	0	0
Acho que sim	3	15,8
Com certeza, sim	12	63,2
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

84,2% acham ou têm certeza que não mudariam de serviço de atendimento pré-natal, se isso fosse fácil de fazer (Tabela 45).

Tabela 45 – Pergunta D14: Você mudaria de serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

Respostas	N	%
Com certeza, não	13	68,4
Acho que não	3	15,8
Acho que sim	0	0
Com certeza, sim	3	15,8
Não sei/não lembro	0	0
Total	19	100,0

5 DISCUSSÃO

5.1 PRÉ-NATAL REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O presente estudo apresenta de forma inédita os resultados da avaliação do pré-natal na rede de atenção primária utilizando um instrumento validado e reconhecido nacional e internacionalmente. O PCATool, instrumento desenvolvido por Barbara Starfield para mensurar os atributos da atenção primária, foi utilizado para avaliar a presença de dois desses atributos, a acessibilidade e a longitudinalidade, no pré-natal de um grupo de mulheres que realizaram o parto no HUCAM.

Esse grupo de mulheres se mostrou heterogêneo quanto à idade, variando de 14 a 43 anos e ao local de moradia, vindas da Grande Vitória e municípios do interior, como Domingos Martins, Alfredo Chaves, Iconha e Marechal Floriano. A maioria realizou um pré-natal com seis consultas ou mais (75%) e iniciou o acompanhamento pré-natal até o 3° mês de gestação (63,75%). Houve uma grande proporção de puérperas negras e mulatas (71,25%), com o ensino médio completo (52,5%) e que declararam viver em união estável (43,75%), também houve um grande número de mulheres que se declararam solteiras (30%). Quanto ao nascimento, nesse grupo nasceram 41 (51,25%) crianças do sexo masculino e 38 (47,5%) do sexo feminino.

Através de uma acessibilidade adequada, a gestante realiza com maior facilidade o acompanhamento pré-natal. Questões como abertura do serviço médico durante o fim de semana, após o horário comercial, contato telefônico acessível, o grau de facilidade de obtenção de atendimento pelo atendimento ao usuário são utilizados no instrumento PCATool para avaliar a acessibilidade (STARFIELD, 2004).

No presente estudo evidenciou-se a baixa acessibilidade aos serviços de pré-natal pelas gestantes internadas no HUCAM. Ambos os tipos de unidades de saúde analisados apresentaram baixa acessibilidade para o pré-natal dessa população. O escore médio atribuído foi de 3,13 ± 1,93 na atenção primária. A acessibilidade média da ESF foi de 3,80, na UBS a média foi de 2,67. De todas as puérperas que fizeram parte da amostra apenas seis relataram valores de acessibilidade igual ou superior a 6,6, os quais são considerados alta acessibilidade. Dessas seis, três

realizaram o pré-natal na ESF e as outras três em UBS. O desempenho da ESF quanto à acessibilidade foi estatisticamente significante melhor quando comparado à UBS ($p< 0,05$). Achados semelhantes estão descritos na literatura (CASTRO, 2012; ELIAS, 2006; COUTINHO, 1996).

Castro (2012), comparou as dimensões da APS atribuídas por profissionais de diversos tipos de assistência do município de Porto Alegre (RS) através do PCATool. O autor demonstrou diferença significante entre o atributo atenção ao primeiro contato, a qual engloba a acessibilidade entre os serviços da ESF e UBS. Nesse estudo a dimensão acesso de primeiro contato se mostrou a dimensão com os mais baixos escores (3,53 para a ESF e 3,14 para a UBS).

Um estudo realizado por Elias et al (2006) aplicando o instrumento PCATool em unidades básicas no município de São Paulo também a acessibilidade foi a dimensão com pior avaliação atribuída por gestores, profissionais e usuários tanto na ESF quanto em UBS tradicionais. Essa pesquisa utilizou a versão do PCATool proposta por Almeida e Macinko (2006). Na cidade de Campos dos Goytacazes (RJ), Rodrigues e Givisiez (2010) encontraram diagnósticos tardios de câncer de mama naquelas mulheres que tinham pior acessibilidade.

A dificuldade na acessibilidade ao pré-natal ainda é um problema. Um estudo realizado em maternidades de Recife (PE), a principal justificativa das gestantes para não realização das consultas pré-natal foi quanto à acessibilidade a esse serviço (COUTINHO, 1996). Para as gestantes do estudo de Santos, Radovanovic e Marcon (2010), os fatores que podem impedi-las de buscar orientações em grupos de gestantes estão ligados à acessibilidade aos mesmos: distância (acessibilidade geográfica), horário inadequado e afazeres domésticos (acessibilidade temporal).

Em relação às variáveis de resultados analisadas número de consultas, trimestre de inicio do pré-natal, índice de Ápgar no primeiro minuto, crescimento fetal, baixo peso de nascimento e prematuridade também não foi atingido o nível de significância de 95%. A acessibilidade abaixo do ideal em quase toda a população estudada pode ter contribuído para que não houvesse diferença estatística.

Silva Junior (2010) não encontrou diferença na acessibilidade geográfica entre usuários do PACS quando comparados aos usuários da ESF em uma área carente

do município de Salvador (BA). Em ambos os modelos de atenção não foram seguidas as recomendações de territorialização seguindo a concepção de território-processo, o que acarretou em restrição à acessibilidade geográfica na área analisada.

A comparação de médias entre as usuárias do pré-natal na cidade de Vitória e aquelas da região metropolitana demonstrou acessibilidade maior nos serviços localizados na capital ($p< 0,05$). Segundo os dados do DataSus a cidade de Vitória apresenta a segunda maior taxa de cobertura para a ESF e maior porcentagem de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal entre os municípios da RMGV.

O termo longitudinalidade implica em uma relação pessoal e de longa duração entre os profissionais e os pacientes em suas unidades de saúde. Segundo essa definição, a longitudinalidade entre usuários e profissionais é construída ao longo do tempo e através de diversas demandas por serviços de saúde (STARFIELD, 2004).

O termo se confunde com as definições de continuidade e vínculo, mais comuns na literatura nacional. Segundo Starfield (2004), a diferença entre longitudinalidade e continuidade reside no fato de a longitudinalidade não se resumir a um único episódio de doença, enquanto a continuidade está relacionada a uma demanda específica de saúde aos eventos que ocorrem entre uma consulta e outra. Apesar de a longitudinalidade ter sido medida apenas em uma demanda por serviço de saúde, que foi o pré-natal, essa foi construída por um número significativo de consultas, através de toda a gestação até culminar com o parto. Portanto, no presente estudo optou-se por manter o termo longitudinalidade,

A longitudinalidade referida pela puérperas apresentou relação estatisticamente significante ($p< 0,05$) com o número de consultas, com o tipo de unidade de saúde em que o pré-natal foi realizado e com o índice de Ápgar no primeiro minuto de vida do recém-nascido.

Para o grupo de mulheres analisadas, há uma relação entre o número de consultas e a longitudinalidade. As mulheres que realizaram número de consultas igual ou maior que seis apresentaram média de longitudinalidade maior do que aquelas que realizaram até cinco consultas ($p< 0,05$). A importância do número de consultas pré-

natal está no fato de que diversos estudos relacionam o número inadequado de consultas, entre outros fatores, a maiores índices de morbidade e mortalidade infantil (LEAL et al, 2004; DOMINGUES, 2012; KILSZTAJN, 2003; RIBEIRO, 2009; ANTONIO,2009). A insatisfação com o serviço de saúde, o não atendimento de necessidades, acolhimento e formação de vínculo inadequados, são hipóteses para justificar a não-realização das seis consultas de pré-natal preconizadas pelo MS.

Segundo achados de Kilsztajn (2003) o aumento do número de consultas de pré-natal reduziu a prevalência de baixo peso e prematuridade. Segundo o autor a prevalência de baixo peso e/ou prematuridade foi de 14% naquelas mulheres que realizaram de 0 a 3 consultas, caindo para 4% nas mulheres que realizaram 7 ou mais consultas. De acordo com Domingues (2012), as análises que usam somente número de consultas falham ao negligenciar a análise da qualidade do cuidado ofertado devendo as avaliações incorporar aspectos qualitativos do processo de assistência. Para Antônio (2009) o risco de baixo peso ao nascimento é maior nas mulheres que realizaram número menor que 7 de consultas de pré-natal. Zambonato (2004) demonstrou relação estatisticamente significante no número de RN pequenos para a idade gestacional (PIG) comparando as mulheres que realizaram 6 ou mais consultas com aquelas que realizaram número de consultas abaixo de 6.

Em um estudo relacionando os fatores de risco para a mortalidade de crianças nascidas com baixo peso, Ribeiro (2009) associou o número de consultas inferior a 7 com o risco aumentado de morte nessa população de RN. Pereira (2006) em uma instituição terciária no estado de Pernambuco analisou o perfil de mortalidade neonatal e identificou a redução da taxa de mortalidade de acordo com o aumento do número de consultas. Ainda segundo Kilsztajn et al (2003), o aumento do número de consultas pré-natais e a elevação da acessibilidade para as categorias de risco permitiriam reduzir a prevalência de retardo do crescimento intra-uterino, prematuridade, número de nascidos vivos com baixo peso e óbitos por afecções do período perinatal.

O presente estudo corrobora com os achados de Boss e Timbrook (2001). Os autores relataram que mulheres que receberam maior continuidade (na perspectiva de acompanhamento por somente um médico) durante o pré-natal realizaram um número maior de consultas de pré-natal quando comparadas àquelas que

receberam menor continuidade. Esse número maior de consultas se relacionou positivamente a um melhor peso de nascimento.

No presente estudo as mulheres que realizaram a assistência pré-natal na ESF relataram maior longitudinalidade (6,898 ± 1,93) quando comparadas àquelas que utilizaram a UBS (5,674 ± 2,33). Esse resultado apresenta conformidade com o estudo realizado por Almeida e Macinko (2006) no qual os usuários da ESF de um município do estado do Rio de Janeiro relataram maior longitudinalidade quando comparados aos usuários de UBS. Alguns autores justificam essa diferença pela adscrição da clientela, presente na ESF e não nas UBS facilitando a criação de vínculos entre profissionais e usuários (BARATIERI; MARCON, 2011). Porém Cunha (2009) adverte que essa territorialização, apesar de organizar a oferta, restringe a escolha do usuário, podendo ser impedimento ao fortalecimento da Longitudinalidade

Lima-Costa (2013) comparou indicadores de uso e qualidade entre a ESF, UBS e usuários de plano privado no município de Belo Horizonte (MG). Os indicadores de uso como longitudinalidade (definido pelo autor como identificação de fonte regular de serviço), procura por atenção e consultas médicas, apresentaram melhor performance entre os usuários regulares da ESF e os afiliados de plano de saúde comparado aos usuários cobertos pela UBS. Os usuários da ESF também recomendavam com mais freqüência os serviços utilizados para outras pessoas em comparação à UBS. Quanto aos exames de rastreamento (aferição de PA, Colesterolemia, papanicolau e mamografia) e vacinação contra gripe em idosos não houve diferença significante entre os usuários da ESF ou UBS. Uma possível explicação a esse achado é que as metas de cobertura para esses exames e a vacinação são definidas pelo MS e não diferem para a ESF e UBS.

Anversa et al (2012) compararam a qualidade no processo de atenção pré-natal entre a ESF e UBS quanto ao número de consultas, início do pré-natal, procedimentos obstétricos, exames realizados e orientações recebidas. Em ambos os modelos de atenção a assistência ao pré-natal foi insatisfatória, porém a ESF demonstrou desempenho superior, com as gestantes recebendo mais orientações e sendo mais examinadas fisicamente. Os achados desse estudo demonstram que quando se inserem exames laboratoriais e procedimentos obstétricos na avaliação

do pré-natal, a adequação da assistência decresce de 56% para 6% na UBS e de 65% para 10% na ESF.

Quanto às variáveis de resultado do parto, as médias de longitudinalidade para os nascidos prematuros, com baixo peso, com crescimento fetal inadequado ou com índice de Ápgar do primeiro minuto abaixo de sete foram sempre mais baixas quando comparadas à dos recém-nascidos que apresentaram essas variáveis em níveis satisfatórios, porém somente o índice de Ápgar do primeiro minuto demonstrou diferença estatisticamente significante quando comparados os nascidos com índices abaixo de sete com aqueles que foram pontuados com índice de sete ou mais.

No presente estudo não houve diferença significante entre as usuárias da ESF comparados aos da UBS no que diz respeito à percepção da puérpera quanto à adequação do pré-natal, ao número de consultas, ao trimestre de inicio e às variáveis de resultado (índice de Ápgar 1° minuto, baixo peso, prematuridade e crescimento fetal).

Quanto à percepção da puérpera a respeito da adequação do pré-natal, 78,75% do grupo analisado acham ou têm certeza que seu pré-natal foi adequado. Alguns estudos têm relacionado aspectos qualitativos da atenção à maior satisfação no processo de atenção pré-natal (SANTOS; RADANOVIC; MARCON, 2010; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013; OLIVEIRA; RAMOS, 2007). Nesse contexto, a longitudinalidade, como qualificadora da atenção, se relacionou à percepção da puérpera quanto à adequação do pré-natal. Mulheres que relataram pré-natal adequado receberam maior longitudinalidade do que aquelas que relataram pré-natal inadequado. Também, o relato de adequação feito pela puérpera se relacionou ao número adequado de consultas durante o processo de atenção pré-natal.

A utilização da categorização da acessibilidade e da longitudinalidade em baixa e alta utilizando o ponto de corte 6,6, como descrito nos estudos de Castro (2012) e de Oliveira (2007) não se mostrou efetiva para comparar essas variáveis às demais utilizadas no estudo.

5.2 PRÉ-NATAL REALIZADO NO HUCAM

A gestação é um período em que a mulher está orgânica, psíquica e socialmente de fragilizada. Segundo o PHPN é dever dos serviços de saúde acolher essa mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável. A atenção pré-natal de qualidade e humanizada se dá por meio de condutas acolhedoras, da acessibilidade facilitada a serviços de saúde de qualidade e da criação de vínculos. Essas ações devem integrar 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, 2006).

Embora o PCATool tenha sido construído com a finalidade de avaliar a atenção primária e seja validado nacional e internacionalmente para tal, as questões desse instrumento também ajudam a elucidar como é realizada a interação entre o usuário e o serviço e/ou profissional de saúde em outros níveis de atenção.

Nos Serviços de saúde, é de importância vital saber como está sendo o acesso e o acolhimento aos usuários e se estão recebendo um atendimento adequado às suas necessidades. Segundo Ramos e Lima (2003), acesso e acolhimento são elementos essenciais no atendimento, para que se possa incidir positivamente na saúde do usuário e também coletivamente, favorecendo a reorganização e a qualificação da assistência prestada. Para Vieira et al (2011), fatores como acesso ao serviço de saúde, qualidade da assistência prestada, empatia da equipe e o estabelecimento de vínculo com o profissional de saúde influenciam positivamente na decisão da gestante em realizar o acompanhamento pré-natal. Para Starfield (2004) a acessibilidade não é característica exclusiva da atenção primária, embora os requisitos para qualificá-la sejam diferentes.

No presente estudo as questões dos atributos do instrumento PCATool foram usadas para avaliar a acessibilidade e o vínculo na relação entre as puérperas e o serviço de atendimento de pré-natal do HUCAM, durante o acompanhamento gestacional.

Dezenove puérperas que foram referenciadas para atendimento de pré-natal de alto-risco no HUCAM no início da gestação responderam o PCATool. As idades variavam

de 14 a 43 anos e foram diversos os tipos de risco gestacional apresentados: pré-eclampsia, HAS, gestação precoce, DM, gestação tardia, infecção urinária, cardiopatia, asma e lupus eritematoso sistêmico. A percepção da adequação do pré-natal foi alta nesse grupo de puérperas, sendo que todas responderam positivamente (acho que sim e com certeza, sim) à questão: “você considera que seu pré-natal foi adequado?”

Não foram encontrados na literatura resultados usando o instrumento PCATool para a mesma finalidade. Em um estudo qualitativo avaliando a atenção pré-natal realizada em unidades de ESF no município de Vitória a satisfação da gestante estava associada à facilidade de acesso ao profissional e à unidade de saúde (OLIVEIRA; RAMOS; 2007). Para as usuárias havia a necessidade de funcionamento aos finais de semana e após o horário de trabalho das mesmas. Santos, Radanovic e Marcon (2010) concluíram em seu trabalho que as gestantes têm necessidade que se ofereça mais orientações durante a assistência pré-natal e que essas sejam coerentes às especificidades, características e experiências das gestantes.

No estudo qualitativo de Cabral, Hirt e Van der Sand (2013) o acesso, agendamento de consultas e atendimento prioritário em caso de intercorrências foram destacados pelas gestantes como qualificadores da atenção pré-natal. Segundo as autoras, os resultados sinalizam a necessidade de reorganização da atenção no pré-natal e nascimento, sob a ótica da longitudinalidade do cuidado.

No presente estudo, algumas questões quanto ao processo de atenção pré-natal se tornaram evidentes. Nas questões de longitudinalidade, o HUCAM apresenta bom desempenho (nota 7,042), entretanto acessibilidade ao pré-natal ainda é crítica no HUCAM, o qual recebeu nota 3,302 em uma escala de zero a dez e que indica alta acessibilidade como notas maiores que 6,6. A impossibilidade de receber atendimento pela equipe fora dos horários de funcionamento do ambulatório, a falta de um número de telefone no qual possam sanar dúvidas ou falar com o médico responsável pelo pré-natal, a percepção de dificuldade na marcação de consultas e a espera prolongada no dia do atendimento desqualificam o atendimento e geram insatisfação para a gestante.

5.3 LIMITAÇÕES

Podemos reconhecer limitações no presente estudo. Inicialmente, existe uma possibilidade de o pequeno tamanho amostral de puérperas, principalmente aquelas que apresentaram resultados desfavoráveis no parto, tais como, baixo peso, prematuridade e índice de Ápgar abaixo de 7, ter influenciado o poder das análises comparativas referentes a esses desfechos.

Contudo, é importante destacar a dificuldade de abordagem a essa população-alvo. Os partos acontecem a qualquer hora do dia ou da noite e após o esse, muitas mulheres estão indisponíveis para responder o instrumento, seja por efeito da anestesia, por se encontrarem dormindo ou não estarem em seus leitos. A alta hospitalar acontece, muitas vezes, antes que o pesquisador consiga abordar a puérpera para a pesquisa.

O instrumento utilizado neste trabalho, o PCATool, por sua vez, também apresenta limitações. Uma delas é considerar, para o cálculo dos escores que cada questão tenha o mesmo peso na medida da orientação a determinado atributo. Por exemplo, a questão D1, que estabelece se o contato usuário-profissional é sempre realizado com o mesmo profissional tem a mesma importância na construção do escore do que a questão D8 “O seu médico/enfermeiro sabe quem mora com você?”

Outro fator limitante é o delineamento transversal da pesquisa, sujeito a limitações próprias. Um deles é a possibilidade de que a causalidade reversa possa mascarar os efeitos de algumas associações, uma vez que as mulheres diagnosticadas com maior risco gestacional podem ter aumentado sua busca por atendimento médico e orientações. Dessa forma, não é possível afirmar, na relação encontrada entre a atribuição de alta longitudinalidade por aquelas mulheres perceberam seu pré-natal adequado, qual variável é a causa e qual é o efeito.

Outra limitação é quanto à validade externa dos resultados, pois os mesmos devem ser analisados considerando a população abordada e as características do local estudado. Sendo assim, esse estudo deve ser entendido como uma investigação inicial, geradora de hipóteses para pesquisas futuras.

Essa pesquisa avaliou o pré-natal na ótica das mulheres que utilizaram o serviço na rede pública de saúde, não contemplando a avaliação dos profissionais da atenção primária envolvidos nem a estrutura oferecida à gestante para a realização dessa atenção. Quanto à análise do processo, não foi avaliado o cumprimento por parte das unidades de saúde dos protocolos de procedimentos clínico-obstétricos ou exames laboratoriais preconizados pelo MS. Novos estudos investigando a relação entre esses procedimentos e a presença da longitudinalidade no pré-natal podem ajudar a traçar um panorama mais adequado a respeito desse tema.

O viés da informação devido à sub-notificação dos dados do cartão da gestante ou prontuário médico são também limitadores de estudos desse tipo (SANTOS NETO, 2012). Neste estudo, para reduzir a perda de informação, foram utilizados para coleta de informações relativas ao pré-natal e parto as informações contidas no cartão da gestante, no prontuário médico e no sistema de informação CIP-CLAP, porém para três mulheres não foi possível localizar o total de dados necessários e foram excluídas da análise.

Por fim, na avaliação dos serviços de saúde de caráter público, o viés de gratidão é bastante evidente. O fato de ser atendido pode gerar satisfação e omissão de questionamentos e críticas negativas, o que não quer dizer que o serviço tenha atingido a expectativa do usuário ou tenha qualidade satisfatória.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo buscou-se analisar a qualidade do pré-natal de puérperas internadas no HUCAM quanto aos atributos da atenção primária acessibilidade e longitudinalidade, especialmente naquelas que realizaram o pré-natal na rede de atenção primária no estado do Espírito Santo. Para essa finalidade foi utilizado o PCATool, versão traduzida e validada no Brasil. Embora o PCATool não seja um instrumento específico para mensurar a qualidade e a satisfação com o cuidado pré-natal, seu uso possibilitou, também, verificar a assistência prestada no HUCAM, sob a ótica das puérperas atendidas.

Quanto à atenção primária, os resultados demonstraram a ESF como favorecedora tanto da acessibilidade quanto da longitudinalidade. A ESF tem sido o modelo de reestruturação da atenção primária no Brasil e cerca de metade da população brasileira é beneficiada. Embora sua implantação seja recente, começa-se a evidenciar a eficácia desse modelo de atenção primária. Diversos estudos comparando a ESF com o modelo de atenção tradicional têm demonstrado a efetividade da ESF na obtenção de resultados favoráveis (MENDOZA-SASSI, 2011; CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010; CASTRO, 2012). Para a população gestante, acessibilidade e longitudinalidade nos serviços de saúde são vitais para uma gestação mais humanizada, tal como preconizado pelo MS.

Nesse estudo constatou-se uma baixa acessibilidade nos serviços de atenção primária frequentados pelas puérperas durante a gestação. Esse achado foi independente do tipo de unidade de saúde. Constatou-se, também, uma maior acessibilidade no município de Vitória (ES), comparado aos outros municípios da RMGV e do interior. Esse resultado pode ser reflexo de um melhor arranjo da atenção primária no município, porém somente outros estudos poderão comprovar essa hipótese.

A alta longitudinalidade da atenção se mostrou relacionada a uma atenção pré-natal com número de consultas adequado, ou seja, igual ou maior que seis consultas. Embora o presente estudo não tenha sido sensível para relacionar o número adequado de consultas a melhores resultados no nascimento, diversos estudos na literatura (KILSZTAJN; 2003; ANTÔNIO; 2009; RIBEIRO; 2009) demonstraram a

importância de um número adequado de consultas na obtenção de resultados mais favoráveis ao nascimento, tais como peso adequado e nascimento a termo. Quanto a resultados, no presente estudo a longitudinalidade se relacionou ao índice de Ápgar no primeiro minuto de vida do RN, porém, outros estudos são necessários para verificar esse achado. Quanto à percepção do pré-natal, a maioria das mulheres considerou seu pré-natal adequado, e essa percepção se relacionou ao número de consultas e à longitudinalidade.

Para as puérperas que realizaram o pré-natal no HUCAM, as respostas do questionário PCATool foram utilizadas para verificar o processo de atenção dispensado às gestantes, tendo em vista o acolhimento e vínculo criado. Apesar de as puérperas demonstrarem satisfação com o atendimento, algumas questões revelaram fragilidades na assistência, principalmente quanto ao acesso ao serviço. A impossibilidade de receber atendimento pela equipe fora dos horários de funcionamento do ambulatório, a falta de um número de telefone no qual possam sanar dúvidas ou falar com o médico responsável pelo pré-natal, a percepção de dificuldade na marcação de consultas e a espera prolongada no dia do atendimento são pontos que devem ser melhorados nessa assistência. Essas questões se tornam particularmente importantes devido ao público atendido ser diferenciado, formado por mulheres que têm risco aumentado de complicações. No Apêndice são apresentadas algumas recomendações que são embasadas nos resultados deste estudo.

Estudos de avaliação dos serviços de saúde dispensados durante o pré-natal tanto na atenção primária quanto na atenção especializada em pré-natal de alto-risco devem ser incentivados para que se atinja a excelência em qualidade e isso tenha reflexo nos indicadores de saúde materno-infantil.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. 2003. 136 f.

ALEXANDER, G.R.; KOTELCHUCK, M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. **Public Heath Rep**., v.111, n.5, p.408-18, 1996.

ALMEIDA, C. MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Célia Almeida/James Macinko. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2006. 215 p.

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Eqüidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 1, p. 15–25, 2005.

AL-QUTOB, R.; MAWAJDEH, S.; BIN RAAD, F. The assessment of reproductive health services: a conceptual framework for prenatal care. **Health Care Women Int**. v. 17, p. 423–34. 1996.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANDREUCCI, C. B. et al. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev Saúde Pública**, n. 45, v. 5, p. 854-63. 2011.

ANTONIO, M. A. R. G.M., ZANOLLI, M.L., CARNIEL, E.F., MORCILLO, A. M. Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento. **Rev Assoc Med Bras,** v. 55, n. 2, p. 153-7. 2009

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, Apr. 2012

ARRUDA, S. V. Desafios, custos e conseqüências da morbimortalidade perinatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**., Recife, v. 8, n.1, p. 9-10, jan./mar. 2008.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 802-10, out-dez, 2011.

BOSS, D. J., TIMBROOK, R. E. Clinical Obstetric Outcomes Related to Continuity in Prenatal Care. **JABFP**, v. 14, n.6. Nov–Dez, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder executivo, Brasília - DF. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:** Informações para gestores e técnicos: Portaria GM 569 de 01 jun. 2000. Brasília, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001.** Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 29 Mar. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Portaria N° 14.459 de 24 de junho de 2011.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 13 jun. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** mortalidade perinatal. — Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 43 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - Departamento de Atenção Básica - DAB. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 20 Abr. 2013.

CABANA, M. D.; JEE, S. H. Does continuity of care improve patient outcomes? **J Fam Pract.** V. 53, N. 12, P. 974-80, Dec. 2004.

CALDEIRA, A. P., OLIVEIRA, R. M., RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva,** n. 15(Supl. 2), p. 3139-47, 2010.

CARVALHO, S. C., NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n. 20, Sup 2, p. S220-S230, 2004.

CARVALHO, V. C. P., ARAÚJO T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do

Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern.Infant.,** n. 7, v. 3, p. 309-17, jul. / set., 2007.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-84, set, 2012.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária-** Seminário do Conass para construção de consensos. Brasília, 2004. 44 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf>. Acesso em: 28 Abr. 2013.

COUTINHO, Sonia Bechara. **Mortalidade neonatal em 5 maternidades da cidade do Recife, 1994.** Recife: [s.n.], 1996. 92p.

CUNHA, E. M., GIOVANELLA, L., Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 (Supl. 1), p. 1029-42, 2011.

DALFOVO, M. S, LANA, R. A., SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008

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,** Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 425-37, mar, 2012.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v.114, p. 1115-8. 1990.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA.** v. 260, n.12, p. 1743-8, 1997.

DUNCAN, B. B. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 1-13, Dec. 2000.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no Município de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva** . v. 11. p. 633-4, 2006.

ESPÍRITO SANTO, Secretária de Estado de Saúde. **Diretrizes para Organização da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo.** 1ª edição. Vitória. 2008.

ESPÍRITO SANTO. **Plano Diretor de Regionalização.** Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>. Acesso em: 26 Abr. 2013.

ESTRELA, Carlos. **Metodologia científica:** ciência, ensino, pesquisa. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005. xiv, 794 p.

FORREST, C.B. et al. Consumer Experiences and Provider Perceptions of the Quality of Primary Care: Implications for Managed Care. **Journal Family Practice**. v. 4, p. 216–26, 1998.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GIOVANELLA, L., FLEURY, S. **Universalidade da atenção à saúde:** acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, org. Política de saúde: o público e o privado. Rio de janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-98.

HAGGERTY, J. L. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ [periódico na Internet]** 2003. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>. Acesso em: 13 jun. 2013.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-59, 2006.

HARZHEIM, E., STEIN, A.T., ÁLVAREZ-DARDET C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Bol Saúde**. v.18, p. 23-40. 2004.

HUCAM. Diretório Acadêmico de Medicina da UFES. **Dossiê HUCAM.** Vitória 07 de maio de 2012. Disponível em: <http://www.damufes.com/hucam/>. Acesso em: 23 abr. 2013.

HUCAM. **Plano Operativo Anual 2009**. Vitória, 2008.

KOTELCHUCK, Milton. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. v. 84, N. 9 Set. 1994.

KRINGOS, D. S. et al. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked to Better Population Health But Also to Higher Health Spending, ***Health Affairs***, v. 32, n. 4, p. 686–94, Apr. 2013.

KRISTJANSSON, E. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. BMC Family Practice, v. 14, n.72, 2013.

LEAL, M. C., GAMA, S. G. N., RATTO, K. M. .N, CUNHA C.B. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, v. 20 Suppl 1, p. S63-72. 2004.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; TURCI, Maria Aparecida; MACINKO, James. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, July 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Out. 2013.

LORA, A. P. **Acessibilidade aos serviços de saúde:** estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira, Dissertação (Mestrado) Campinas, SP, 2004.

MACHADO, T. R. S., A efetividade da assistência pré-natal e os benefícios materno-fetais. In: ZUGAIB, Marcelo, RUOCCO, Rosa. **Pré-natal:** Clínica obstétrica da faculdade de medicina da USP. São Paulo: Atheneu (3 Ed.) 2005.

Matta, G. C., Morosini, M. V.G. Atenção Primária à Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** FIOCRUZ. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em 20 Fev. 2013.

MELLO, G. A., FONTANELLA, B. J. B., DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. ***Rev. APS,*** *v. 12, n. 2, p. 204-13, abr./jun. 2009*

MENDONZA-SASSI, R. A. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-96, abr, 2011.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services.** London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/dawson.htm>. Acesso em: 24 jun. 2013.

MOORE, DAVID S. **A estatística básica e sua prática.** 3. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2005. 658 p.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.5, p. 547-59, 2000

NUTTING, P. A. et al. Continuity of Primary Care: To Whom Does It Matter and When? **Annals of Family Medicine**. v. 1, n.3. 2003.

OLIVEIRA, C. B., RAMOS, M. C. O Grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas unidades de Saúde da Família no município de Vitória.. **Cad. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 241-56. 2007.

OLIVEIRA, M. M. C., **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre:** uma análise agregada. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007. 118 f.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **El estado físico:** uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS. (OMS, série de informes técnicos; n. 854). Genebra. 1995. 522 p.

OMS/UNICEF. **Declaração de Alma –Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários,12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>. Acesso em: 21 Fev. 2013.

PEDREIRA, Carlos Eduardo, et al. **Padrões de peso por idade gestacional no Brasil.** Disponivel em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2011/trabalho_publicado/Trab_Public_Carlos_Pedreira.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.

POJDA, J.; KELLEY, L. **Low birth weight.** Geneva: ACC/SCN c/o WHO, 44 p. Nutricion Policy Paper n. 18, 2000. Disponível em: <http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Policy_paper_No_18.pdf>. Acesso em: 16 Abr. 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf> . Acesso em: 07 abr. 2013.

RAMOS, D. D., LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** n. 19 v. 1, p. 27-34, Jan-Fev. 2003.

REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da qualidade de serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde pública***,* Rio de Janeiro. n. 6, v. 1, p. 50-61, jan-mar,1990.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária e sistema de saúde no Brasil: Uma perspectiva histórica.** Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

ROCHA, R. S.; SILVA, M. G. C. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: Uma Avaliação da estrutura, processo e resultado. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 2, n. 3, p. 344-55, jul./set., 2012.

RODRIGUES, C. S., GIVISIEZ, G. H. N. Estudo da acessibilidade ao serviço de saúde de pacientes com câncer de mama no município de Campos dos Goytacazes. **Encontro Nacional de Estudos Populacionais.** 17, 2010, Caxambu. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2207.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

ROSA FILHO, L. A.; FASSA, A. C. G.; PANIZ, V. M. V. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Apr. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Set. 2013.

SALTZ, J. W. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. **Annals of Family Medicine.** v. 1, n.3, 2003.

SANS-CORRALES, Mireia, et al. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. **Family Practice.** v. 23, p. 308–16. 2006

SANTOS NETO, E. T. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.** Tese (Doutorado). Escola Nacional de saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. 2012. 155 f.

SANTOS, A. L., RADOVANOVIC, C.A.T., MARCON, SONIA SILVA. Assistência pré-natal: Satisfação e expectativas. **Rev. Rene.** v. 11, n. Especial. p. 61-71, 2010.

SHI, L., STARFIELD, B., XU J.Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice,** v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

SILVA JUNIOR, E. S. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,** Recife, v. 10, supl. 1, p. 49-60, nov., 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, 2.ed. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

STEIN, Airton Tetelbom. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22, n.1, p.179-81. Mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SUCCI,Regina Célia de Menezes*, et al.* Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.6, p. 986-92, novembro-dezembro. 2008.

TAKEDA, S. M. P., 1993. **Avaliação de Unidade de Atenção Primária: Modificação dos Indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção.** Dissertação (Mestrado), Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. 82 f.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.: Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 20, suppl. 2, Rio de Janeiro, 2004.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 24, p. 445-52. 1990.

VIEIRA, Sônia Maria et al . Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. spe, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Mai. 2013.

VUORI, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. **Health Policy**, n. 4, p. 221-30, 1985.

ZAMBONATO, A. M. K., PINHEIRO, R. T., HORTA, B. L., TOMASI, E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacionaL. **Rev Saúde Pública** n. 38, v.1, p. 24-9. 2004.

ZAMPIERI, M. F. M. ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.10, n. 3, p. 359-67, jul. / set., 2010

ZUGAIB, Marcelo; RUOCCO, Rosa. **Pré-natal:** Clínica obstétrica da faculdade de medicina da USP. São Paulo: Atheneu (3 Ed.) 2005.

APÊNDICE E ANEXOS

APÊNDICE: RECOMENDAÇÕES

RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA:

Fortalecimento da acessibilidade. Neste estudo a acessibilidade para os serviços de atenção pré-natal se mostrou insuficiente. Políticas que favoreçam esse atributo devem ser implementadas com a finalidade de melhoria da qualidade do pré-natal. Para fortalecimento da acessibilidade devem ser oferecidos à população atendimento em dias e horários diferenciados, atendimento por demanda espontânea, em caso de urgência, facilitação do agendamento de consultas, diminuição do tempo de espera para a consulta (consulta com hora marcada) e contato telefônico satisfatório, entre outros.

Fortalecimento da longitudinalidade. O estudo demonstrou a relação da longitudinalidade com o número adequado de consultas e com o índice de Ápgar no primeiro minuto. Fortalecer políticas e práticas que aumentem a longitudinalidade pode refletir na realização de seis ou mais consultas de pré-natal, valor recomendado pelo MS. O fortalecimento da longitudinalidade também pode refletir na percepção de um pré-natal adequado, favorecendo a satisfação da usuária desse tipo de serviço.

Fortalecimento da ESF. No presente estudo a ESF se relacionou estatisticamente a níveis mais satisfatórios de acessibilidade e longitudinalidade. Houve uma tendência à maior satisfação da puérpera que foi atendida na ESF, embora a significância dessa relação tenha sido de 10%. A ESF parece favorecer um cuidado pré-natal mais humanizado e adequado.

RECOMENDAÇÕES PARA O HUCAM

Os resultados demonstram que o HUCAM recebe gestantes com risco aumentado com as mais diversas características. Atender com excelência essas mulheres deve ser o objetivo de todos, desde os profissionais de saúde até a direção.

Atendimento: deve ser oferecido às gestantes algum mecanismo de atendimento ou referência quando surgir alguma complicação na gestação.

Contato telefônico: O contato telefônico deve ser favorecido e estimulado para que, no surgimento de dúvida ou complicação da gestação, a gestante possa ser prontamente orientada.

Tempo de espera e marcação de consultas: o tempo de espera deve ser diminuído e deve ser oferecida estrutura para que esse tempo de espera não seja percebido como penoso. Agendar consultas com hora marcada e evitar atrasos

demasiados pode melhorar esse aspecto do atendimento. A marcação de consultas deve ser facilitada.

Fortalecimento do vínculo: A consulta deve sempre que possível ser realizada com o mesmo profissional. Atitudes como a prática da escuta, uso de linguagem acessível às gestantes, o conhecimento de aspectos do paciente além da patologia podem ajudar na criação e fortalecimento de vínculo, aumentando a confiança da gestante no profissional e o maior seguimento de orientações.

ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa:

"Acessibilidade e Longitudinalidade no pré-natal: análise de um grupo de puérperas atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes"

Nome da gestante:_____ Idade:_____

Prontuário:_____

Gestação de alto-risco? ( ) Sim ( ) Não Causa_____

Início do pré-natal:_____ Nº de consultas _____

Local do pré-natal:_____ Cidade: _____

ESF ( ) UBS ( ) Outros ( ) _____ manteve vínculo com APS ( )

Utilizava serviços da unidade de saúde antes da gravidez? ( ) Sim ( ) Não

Peso ao nascer: _____ Idade gestacional_____

Sexo da criança: ( )M ( )F

Internação na UTIN: ( ) Sim ( )Não

Ápgar 1´: _____ 5´:_____

Aborto ( ) Óbito ( )

Você considera que seu pré-natal foi adequado?

( ) Com certeza, sim. ( ) Acho que sim. ( ) Acho que não. ( ) Com certeza não. ( ) Não sei

Observações:

_____

_____

_____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool- Brasil versão Adulto

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – O *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"* fica aberto no sábado ou no domingo?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – O *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"* fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – Quando o seu *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro"* está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando o seu *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro"* está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – Quando o seu *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"* está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Quando o seu *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"* está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C7 – Quando o seu *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"* está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro"*?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembı
C9 – Quando você chega no seu *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"*, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"*?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"* quando pensa que é necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C12 – Quando você tem que ir ao *"nome do médico / enfermeira / local"*, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

D – LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Quando você vai ao seu "*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 – Você acha que o seu "*médico/enfermeiro*" entende o que você diz ou pergunta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 – O seu "*médico/enfermeiro*" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o *médico ou enfermeiro* que melhor conhece você?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D5 – O seu "*médico/enfermeiro*" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "*médico/enfermeiro*"?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D7 – O seu "*médico/enfermeiro*" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D8 – O seu "*médico/enfermeiro*" sabe quem mora com você?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D9 – O seu "*médico/enfermeiro*" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 – O seu "*médico/enfermeiro*" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei não lemb
D11 – O seu *"médico/enfermeiro"* sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D12 – O seu *"médico/enfermeiro"* saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D13 – O seu *"médico/enfermeiro"* sabe a respeito de todos os medi-camentos que você está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D14 – Você mudaria do *"nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro"* para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acessibilidade e Longitudinalidade no pré-natal: análise de um grupo de puérperas atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção pré-natal de mulheres internadas no HUCAM para o parto. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao PPGGP-CCJE/UFES. Sua participação nessa pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no serviço de saúde onde foi realizado o seu pré-natal.

Esse estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o instrumento (cerca de 10 miutos).

Ressaltamos que a concordância ou não em participar desse estudo em nada afetará o seu atendimento nesse hospital e que você poderá a qualquer momento desistir da pesquisa.

Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre você ou sua família será divulgado.

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta para qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da garantia de retirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para os fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Data: _____ Assinatura: _____

_____ _____

Assinatura do Pesquisador Nome

Pesquisador Responsável: Anderson Gabriel Neder Telefone: (27) 9704 4137

Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM (CEP) Telefone: (27) 3335 7130

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade do pré-natal na gestação de alto-risco no Estado do Espírito Santo
Pesquisador: Anderson Gabriel Neder
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 12677413.4.0000.5071
Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 231.350
Data da Relatoria: 27/03/2013

Apresentação do Projeto:
Os atributos da Atenção Primária à saúde (APS) permitem identificar o grau de orientação à APS de um serviço e comparar sistemas e serviços. Vários estudos relacionam esses atributos à qualidade e equidade da atenção, porém, há carência de evidências da efetividade da APS em grupos vulneráveis (BLUMENTHAL,1995). Identificar e medir esses atributos permite relacionar a presença desses à efetividade das ações de saúde para determinada população. A partir desses princípios foi desenvolvido um instrumento para avaliação dos atributos da APS chamado Primary Care
Assessment Tool (PCATool). Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, debriefing e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade. O estudo proposto visa estudar o pré-natal de gestantes de alto-risco atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes tendo como base os Atributos de atenção primária e associar os resultados à variáveis de morbidade e/ou mortalidade perinatal (BRASIL,2010b).

Objetivo da Pesquisa:
O estudo proposto visa estudar o pré-natal de gestantes de alto-risco atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes tendo como base os Atributos de atenção primária e associar os resultados à variáveis de morbidade e/ou mortalidade perinatal (BRASIL,2010b).

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355
Bairro: Santos Dumont **CEP:** 29.040-001
UF: ES **Município:**
Telefone: (273)335 -7130 **Fax:** (273)335 -7130 **E-mail:** cephucam@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto está de acordo com as necessidades e critérios do CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem considerações. Todos os termos estão de acordo com as solicitações do CEP.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acata o parecre do relator.

27 de Março de 2013

Assinador por:
Fausto Edmundo Lima Pereira
(Coordenador)

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355
Bairro: Santos Dumont **CEP:** 29.040-001
UF: ES **Município:**
Telefone: (273)335 -7130 **Fax:** (273)335 -7130 **E-mail:** cephucam@gmail.com