



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

CHRISTINA SOUTO CAVALCANTE COSTA

**Características do atendimento pré-natal na rede de atenção básica
de saúde de Goiânia, Goiás**

GOIÂNIA
2011

CHRISTINA SOUTO CAVALCANTE COSTA

**Características do atendimento pré-natal na rede de atenção básica
de saúde de Goiânia, Goiás.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Área de Concentração: Ciências Ambientais e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila

Co-orientadora: Profa. Dra. Flávia Melo Rodrigues

GOIÂNIA
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

C837c Costa, Christina Souto Cavalcante.
 Características do atendimento pré-natal na rede de
 atenção básica de saúde de Goiânia, Goiás / Christina Souto
 Cavalcante Costa. – 2011.
 72 f.

 Bibliografia: p. 49-58
 Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica
 de Goiás, 2011.
 “Orientadora: Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho
 Vila”.
 “Co-orientadora: Profa. Dra. Flávia Melo Rodrigues”.

1. cuidado pré-natal; 2. gestantes; 3. saúde da mulher.

CDU: 618.2-082:614(817.3)(043.3)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 12 DE MAIO DE 2011 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) Vanessa da Silva Carvalho Vila
Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Presidente/Orientadora)

2) Lícia Maria Oliveira Pinho
Dra. Lícia Maria Oliveira Pinho / PUC Goiás (Membro)

3) Flávia Melo Rodrigues
Dra. Flávia Melo Rodrigues / PUC Goiás (Membro/Co-Orientadora)

4) Cleusa Alves Martins
Dra. Cleusa Alves Martins / UFG (Membro Externo)

5) _____
Dra. Fabiana Pavan Viana / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos **Gustavo** e **Mariana** que souberam entender quando não pude dar atenção que tanto necessitavam, me desculpem, ao meu esposo **Dário**, obrigado pelo apoio.

Aos meus pais, **Alzira** e **Geovalde**, que mesmo longe, torceram por mim, obrigada.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus primeiramente, por ser o meu escudo e por iluminar meus caminhos.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva de Carvalho Vila e co-orientadora Prof.^a Dr.^a Flávia Rodrigues Melo, que me ensinaram a arte de pesquisar. Pela amizade e apoio de sempre.

À Prof.^a Dr.^a Cleusa Alves Martins e Ms. Eliane Liégio Matão, que muito contribuíram com o resultado deste estudo, à Prof.^a Dr.^a Lícia Maria Oliveira Pinho pelas sugestões e disponibilidade em participar da banca deste trabalho.

Ao Corpo administrativo da Faculdade Estácio de Sá de Goiás, pela consideração, apoio, credibilidade e um ambiente prazeroso de trabalho e edificação.

A todos de minha família, que estiveram sempre presentes quando precisei de ajuda, principalmente minha irmã Consuelo, meu irmão Geo, minha tia Lena e minha sogra Maria.

Sem vocês essa conquista não seria possível. Obrigada!

RESUMO

COSTA CSC. Características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde de Goiânia, Goiás [Dissertação] - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde; 2011, 72p.

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da gestante e do concepto. O objetivo deste survey descritivo e exploratório foi analisar as características do atendimento pré-natal, na perspectiva de mulheres atendidas pela Rede de Atenção Básica em Saúde do município de Goiânia, Goiás. Participaram do estudo 110 mulheres, que foram entrevistadas, no período de outubro a dezembro de 2010. Para análise de dados utilizou-se a estatística descritiva para apresentação das variáveis sociodemográficas e econômicas, do perfil obstétrico e das características do atendimento pré-natal. Identificou-se que 60,9% era de etnia parda; 77,3% tinham parceiro fixo; 58,2% estavam na faixa etária de 21 a 30 anos, portanto em idade produtiva; 49,1% informaram quatro a sete anos de estudo; 50,9% designaram-se católicas; 45,5% moravam de aluguel, 62,7% com cônjuges e filhos, residentes em área com saneamento básico, com pouca arborização; 56,4% exerciam atividade do lar; 48,2% tinham o companheiro como principal responsável pela renda familiar. Em termos de perfil obstétrico, identificou-se que 74,5% eram gestantes de baixo risco e 56,9% realizaram parto por via vaginal. Entre as morbidades relacionadas à gestação, prevaleceram a infecção urinária (27,3%) e a doença hipertensiva específica da gestação (20,9%). Para 87,3% das gestantes o pré-natal ocorreu na rede de atenção básica; 39,1% com agendamentos no próprio serviço de saúde e 70% escolheram o local pela proximidade de sua residência. O pré-natal foi adequado apenas para 35% segundo o índice de Kesnner modificado por Takeda. Quanto aos exames laboratoriais recomendados, incluindo o teste da mamãe, 60,9% das entrevistadas realizou todos os exames. Identificou-se que apenas 41,8% realizaram ultrassonografia. A vacina antitetânica em duas doses ou o reforço foi aplicada em 70%. Em relação às atividades educativas, constatou-se que 33,6% das mulheres participaram. Evidenciou-se que 53,6% das mulheres foram atendidas pelo médico e 45,4% por médico e enfermeiro. As mulheres indicaram a necessidade de melhorar o atendimento primário à saúde, apesar de a rede apresentar elevada cobertura no pré-natal. Diante disso, é preciso repensar o atendimento humanizado e o estabelecimento de novas estratégias que viabilizem a qualificação do trabalho oferecido pela Rede de Atenção Básica em Saúde do município de Goiânia, Goiás, principalmente no que diz respeito ao acesso precoce das gestantes no pré-natal, para que o momento do parto e o puerpério transcorram normalmente.

Palavras-chave: cuidado pré-natal; gestantes; saúde da mulher

ABSTRACT

COSTA CSC. Characteristics of the prenatal care provided in the primary health care network in Goiania, Goiás [Master's thesis] – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Master in Environmental Sciences and Health; 2011, 75p.

Prenatal care comprises a set of care actions and procedures aimed to preserve the health of pregnant women and fetuses. This descriptive-exploratory survey analyzes the characteristics of prenatal care from the perspective of women cared for in the Primary Health Care network in Goiania, GO, Brazil. Data were collected by 110 women which were interviewed from march to December, 2010. Descriptive statistics was carried out about a socio-demographic and economic characteristics, obstetric profiles and the prenatal care characteristics. In relation to the: 60.9% were mixed race individuals; 77.3% had a stable partner; 58.2% were between 21 to 30 years old, that is, in productive age; 49.1% reported four to seven years of schooling; 50.9% were Catholics; 45.5% paid rent; 62.7% lived with spouses and children in areas with basic sanitation and few trees; 56.4% were homemakers; the partner of 48.2% was the breadwinner. In terms of obstetric profile, 74.5% had low risk pregnancies and 56.9% had vaginal births. Among the most reported morbidities were urinary infection (27.3%) and hypertension disorders of pregnancy (20.9%). A total of 87.3% of the pregnant women were cared for in the primary health care network; 39.1% scheduled appointments in the health service itself and 70% chose units close to their residences. Prenatal care was considered appropriate according to Kesnner's index modified by Takeda only for 35% of the women. In relation to the recommended laboratory exams: 60.9% of the interviewees were submitted to all the exams, including a laboratory exam that detects diseases with no evident clinical manifestations; ultrasound scans were performed in 41.8% only. The tetanus toxoid vaccine in two doses – or its reinforcement – was applied in 70%. A total of 33.6% of the women participated in educational activities. The analysis concerning the characteristics of the prenatal care indicated that 53.6% of the women were cared for by physicians and 45.4% by both physicians and nurses. It revealed the need to reorganize care provided by nurses since care delivery is still centered on physicians in most of the primary health care units in Goiania, which does not favor the multidisciplinary team. Women reported the need to improve primary care even though the network provides large prenatal care coverage. Therefore, humanized care and the establishment of new strategies need to be reconsidered to enable qualification of care provided in the primary health care network in Goiania, Goiás, especially in relation to early access of pregnant women to prenatal care so that birth and postpartum occur normally.

Key words: prenatal care; pregnant women; quality of health care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Estatística descritiva dos dados sócio-demográficos das mulheres entrevistadas (n=110), Goiânia, GO, 2010.....	28
TABELA 2. Estatística descritiva dos dados relacionados à situação de moradia das entrevistadas (n=110), Goiânia, GO, 2010.....	29
TABELA 3. Estatística descritiva da situação de trabalho e renda mensal familiar das mulheres entrevistadas (n=110), Goiânia, GO, 2010	30
TABELA 4. Estatística descritiva das variáveis contínuas (renda, idade e idade gestacional) das mulheres entrevistadas. Goiânia, GO, 2010.....	30
TABELA 5. Estatística descritiva dos dados obstétricos das mulheres entrevistadas (n=110), Goiânia, GO, 2010	32
TABELA 6. Estatística descritiva dos tipos de serviço e do modo de acesso ao atendimento pré-natal, Goiânia, GO, 2010.....	33
TABELA 7. Estatística descritiva dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal das mulheres entrevistadas (n=110), Goiânia, GO, 2010.....	34
TABELA 8. Percepções sobre o atendimento dos profissionais e sugestões para a atenção pré-natal da Rede Básica de Saúde do município de Goiânia-GO (n=110).....	36

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

- CEP** – Comitê de ética em Pesquisa
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
- DHEG** – Doença Hipertensiva Específica da Gestação
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- HMI** – Hospital Materno Infantil
- HTLV** – Vírus Linfotrópico de Células T ou Human t lymphotropic Vírus
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PHPN** – Programa de Humanização do Parto e Nascimento
- PNAISM** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- RMM** – Razão de Mortalidade Materna
- SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade
- SISPRENATAL** – Sistema de Informação no Pré-natal
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- SPSS** – Statistical Package for Social Science
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- ODM** – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
- USBF** – Unidade Básica de Saúde da Família
- VAT** – Vacina Antitetânica
- VDRL** – Veneral Diseases Research Laboratory

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIações	vii
1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
3. OBJETIVOS	14
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	21
4.1 Tipo de estudo.....	21
4.2 Local do estudo.....	21
4.3 Participantes do estudo.....	22
4.4 Considerações éticas	23
4.5 Coleta de dados	24
4.6. Análise dos dados	26
5. RESULTADOS	27
5.1 Perfil sociodemográfico e econômico das participantes do estudo	27
5.2 Perfil obstétrico do grupo pesquisado	31
5.3 Perfil do atendimento pré-natal	32
6. DISCUSSÃO	37
7. CONCLUSÃO.....	45
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

APÊNDICES.....	54
ANEXOS	64

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela assistência à saúde da mulher, durante o processo de parto, puerpério e nascimento, iniciou durante o curso de graduação, a partir da experiência como monitora na disciplina de Enfermagem em Obstetrícia, e como enfermeira de uma equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família (PSF), do município de Goiânia, Goiás. Neste período o que mais chamou atenção foi a assistência durante o pré-natal, momento ímpar para a promoção da saúde da gestante e do concepto, que poderá favorecer sua recuperação e os cuidados necessários para o parto e puerpério.

A gestação é uma experiência social, individual e única para a mulher. É um momento especial e transitório, com transformações psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas. Nesta etapa, a mulher requer uma série de cuidados para a promoção da saúde e qualidade de vida e, neste aspecto, a assistência pré-natal é reconhecida como o momento importante para o estabelecimento do vínculo entre a mulher, o concepto e os profissionais de saúde que serão responsáveis por seus cuidados (Zampierri, 2000; Zampierri, 2001; Saito, 2003; Merighi, Carvalho, Suletroni, 2007).

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da gestante e do concepto. Seus objetivos básicos são fornecer orientações sobre hábitos saudáveis de vida, a assistência psicológica à gestante; a preparação para o parto e puerpério, o acompanhamento para a profilaxia e diagnóstico das doenças comuns da gestação, assegurando a detecção precoce das complicações da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas preexistentes (Grangeiro et al., 2008; Rezende, 2008).

O período pré-natal é considerado o primeiro passo, para o parto e nascimento humanizados, que requer dos profissionais envolvidos o estabelecimento de uma efetiva comunicação junto às gestantes e seus familiares, para contribuir efetivamente nas ações de educação em saúde favorecendo o autocuidado e o exercício da autonomia (Serruya, Cegatti, Lago, 2004; Rios, Vieira, 2007).

Durante observações empíricas e com a análise da literatura científica sobre a assistência pré-natal, verifica-se a existência de um descompasso no processo assistencial. Pesquisadores apontam que a assistência pré-natal está presente nas ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, mas até o momento, permanecem questões que devem ser discutidas, como o acesso aos serviços de saúde, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre pré-natal e parto, a humanização da atenção à saúde, as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como a carência de orientações às gestantes, principalmente, quanto aos aspectos relacionados ao autocuidado, a amamentação e aos cuidados com o recém-nascido (Ciampo et al., 2008; Gonçalves et al., 2008).

Somado a esses aspectos, outros fatores como a falta de recursos humanos (profissionais aptos e treinados para o bom atendimento da mulher) e/ou de infraestrutura adequados (planta física adequada, equipamentos disponíveis para o exame da gestante, medicamentos básicos e outros), compromete a qualidade da assistência durante o pré-natal e expõe a gestação, o parto e puerpério à riscos e conseqüências adversas decorrentes da falta de adesão das mulheres ao cuidado com a sua saúde durante o pré-natal (Forte et al., 2004; Melo et al., 2007).

Atualmente, muito se tem discutido acerca da necessidade de avaliação da adequação da assistência ao pré-natal e a identificação de fatores que podem

interferir nesta ação, tais como o início tardio da assistência e o baixo número de consultas que podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de possíveis complicações (Albuquerque et al., 2001; Brasil, 2005a; Silva, 2005).

Neste contexto, esta pesquisa foi desenvolvida para responder à seguinte questão de pesquisa: *quais são as características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde do município de Goiânia, Goiás?*

Este estudo traz informações e subsídios relevantes que contribuam efetivamente para o processo de reflexão e ação dos profissionais que atuam na atenção à mulher durante o pré-natal. Possibilitará que as equipes de saúde possam repensar suas condutas, adequando melhorias às ações que realizam no cotidiano do cuidar atendendo às necessidades biopsicossociais das mulheres.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar as características do atendimento pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas pela rede de atenção básica em saúde do município de Goiânia, Goiás.

2.2. Objetivo específico

- Identificar o perfil sociodemográfico e econômico das mulheres atendidas no pré-natal na rede de atenção básica de saúde do município de Goiânia Goiás;
- Descrever o perfil obstétrico e as características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde do município de Goiânia, Goiás.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A saúde da mulher ocupa posição central nas discussões mundiais revelando cada vez mais a importante posição e contribuição social e econômica conquistada historicamente. Entre os problemas de saúde vivenciados pelas mulheres, destacam-se os relacionados à gestação, parto e puerpério (Moura, Rodrigues, 2003; Rios, Vieira, 2007).

As conquistas decorrentes das reivindicações do movimento feminista levaram a necessidade da instituição de políticas públicas de saúde direcionadas para a atenção materno-infantil (Brasil, 2008a).

Em 1984, foi instituído, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). As bases filosóficas do PAISM introduziram conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa (Pinheiro, 2005).

O PAISM propôs uma nova e diferenciada abordagem sobre o cuidado à saúde da mulher, com ênfase no atendimento à saúde reprodutiva, no âmbito da atenção integral, tendo em vista ao aperfeiçoamento do controle do pré-natal, parto e puerpério (Shimizu, Lima 2009). O referido programa incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (Brasil, 2008a).

Neste contexto, o PAISM apresentou um novo olhar na atenção à saúde da mulher definindo, a partir de critérios epidemiológicos relacionados à especificidade

da condição feminina, que os profissionais de saúde deveriam ser capacitados para incorporarem essa visão e estabelecerem novas práticas.

A partir daí, a mulher passou a ser vista como protagonista do cuidado, devendo ser atendida em suas necessidades físicas, sociais e econômicas, além do atendimento de outras necessidades identificadas, a partir do perfil populacional das mulheres, uma vez que é na interação desses aspectos que resulta o perfil de saúde e doença do ser humano (Reberte, 2008).

Mesmo com as ações preconizadas pelo PAISM, ainda persistiam questões ligadas à qualidade dos serviços prestados à mulher e os impactos dos indicadores de morbimortalidade relacionados à gestação, parto e puerpério (Brasil, 2007a).

As estatísticas de saúde, no Brasil, revelam que, ainda hoje o índice de mortalidade materna (morte da mulher durante a gravidez ou 42 dias após o parto, por causas relacionadas a gestação, parto e ao puerpério) é expressivo. Pode-se considerar que a mortalidade materna é um dos melhores parâmetros para avaliar a qualidade de vida e de saúde de um país (Brasil, 2007a; SIM, 2011). A região centro-oeste, em 2007, apresentou um índice de 45,1 óbitos por 100.000 e a região norte o índice foi mais expressivo com 64,8 por 100.000 nascidos vivos.

No Brasil, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) obtida a partir de óbitos declarados, ainda é muito elevada, em 2004, foram registrados 54,37 para 100.000 nascimentos, enquanto 2007 este índice elevou para 55 por 100.000 nascidos vivos. Observa-se que em países desenvolvidos como Canadá e Estados Unidos, o índice de morte materna são inferiores a nove óbitos por 100.000 nascidos vivos, enquanto que países subdesenvolvidos, como Bolívia, Peru e Haiti os índices são de 200 óbitos por 100.000 nascidos vivos (Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2008). Deve-se avançar nas ações para a redução

desses índices, pois a RMM elevada pode indicar precárias condições sócio-econômicas do país (Centro de Informação Estratégicas em Vigilância em Saúde, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como aceitável uma RMM entre 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Sabe-se, ainda, que 98% dos óbitos maternos poderiam ser evitados com um cuidar mais qualificado no período gravídico puerperal. Há, portanto, necessidade de maior reflexão e atenção a respeito das ações de saúde direcionadas às gestantes. Essas cifras provavelmente são ainda uma estimativa conservadora, dada a reconhecida subnotificação dos óbitos por causas maternas no país (Brasil, 2004; WHO/UNICEF/UNFPA, 2005).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2009), o Coeficiente de Morte Materna em Goiás, no ano de 2008, foi de 48 para cada 100.000 nascidos vivos. A meta de redução das taxas de morte materna no Estado até 2015, estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) - pacto abraçado por 189 nações há dez anos é de 4,5 mortes por 100 mil nascidos vivos. Em 2008, a taxa era dez vezes maior que isso (Brasil, 2009).

De acordo com o Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna de 2009, foram identificados 1724 óbitos maternos declarados no Brasil. Neste mesmo ano, foram registrados 32 em Goiás e dez em Goiânia. Em 2010, o número total de óbitos maternos brasileiros reduziu para 1363. Em Goiás foram registrados 35 e em Goiânia cinco (SIM, 2011).

Esses índices norteiam a reflexão acerca do acesso das gestantes aos serviços de saúde, bem como a qualidade do atendimento pré-natal. Em Goiás, registraram-se, em 2009, 729.679 consultas de pré-natal, um aumento de 344% em relação a 2003, quando foram registrados 211.835. Nesse período, o ano menos

expressivo foi 2004, com 185.969 atendimentos de saúde sexual e reprodutiva (Moreno, 2010).

De acordo com a Divisão Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, entre os fatores que contribuíram para o aumento positivo do número de consultas destacam-se a facilidade de acesso às consultas, a garantia dos exames no pré-natal e a conscientização da população da necessidade do pré-natal para a saúde materna e infantil (Moreno, 2010).

Segundo Ximenes Neto (2008), as mulheres estão sendo estimuladas a fazer o pré-natal. Elas acreditam que terão benefícios procurando os serviços de saúde e confiam nos profissionais para cuidarem delas. Entretanto, o que se constata é o despreparo ou negligência dos profissionais na adoção de tecnologias de assistência, seja no acompanhamento pré-natal ou durante o trabalho de parto, acarretando daí muitos óbitos materno e fetal, como se presencia na mídia com frequência.

Assim, com a necessidade de garantir cuidado pré-natal de qualidade e de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e, ainda reconhecendo a necessidade de estabelecer nova estratégia, o Ministério da Saúde implantou, em 2000, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Esse programa objetivou o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada com o envolvimento de forma articulada dos estados, municípios e das unidades de saúde nestas ações (Brasil, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2005b,c), apesar desta alta cobertura pré-natal encontrada, há comprometimento na qualidade da atenção prestada, persistindo ainda a dificuldade de acesso a assistência em algumas regiões. Com

isso, somente pequena parcela das gestantes inscritas nos programas de pré-natal consegue realizar o elenco mínimo de ações preconizadas (Brasil, 2005b).

Com o intuito de ampliar o atendimento à mulher, em 2007, foi implantada a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PNAISM). Essa política determinou o direito de cidadania e norteou as ações de atenção à saúde feminina, contribuindo, assim, para que as brasileiras avancem em suas conquistas. A PNAISM reduziu a morbimortalidade da mulher em todas as fases da vida, garantindo-lhe acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades, estabelecendo critérios para qualificar as consultas, promovendo o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto e incluindo no setor saúde, pela primeira vez, um serviço público que contemplasse a mulher em todo o seu ciclo vital. Essa mudança provocou impacto positivo nas principais demandas do universo feminino para o setor (Brasil, 2008b).

Além do aspecto inovador da PNAISM, a característica que a diferencia de outros programas políticos foi à valorização de ações educativas, considerando o conhecimento prévio do sujeito, com o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre saúde, promovendo o autoconhecimento e a busca pela autoestima feminina, incorporando a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde (Brasil, 2007b).

Essa política estimulou a participação da enfermagem nas ações de saúde da mulher, especialmente no pré-natal, preconizando ações educativas que garantam, além da qualidade da assistência, um atendimento à mulher e o estímulo pela busca de sua cidadania (Silva, Mota, Zeitouné, 2010).

Destaca-se também que as ações educativas, propostas pela PNAISM na assistência pré-natal, devem propiciar uma reflexão acerca da vivência do parto, de forma integradora, enriquecedora e feliz. O pré-natal deve favorecer a promoção da

saúde da família e do bebê e do bebê, atuar de forma a resgatar o conhecimento do próprio corpo, e viabilizar a capacitação das mulheres para o autocuidado numa perspectiva da integralidade do ser humano (Alvim et al., 2007).

A PNAISM trouxe melhorias à saúde da mulher em todos os âmbitos, sobretudo porque, no que concerne ao atendimento desta categoria, promoveu a valorização da mulher como ser humano e cidadã (Brasil, 2004).

Vale ressaltar que, a assistência pré-natal é importante por seu impacto na saúde da gestante e feto, atuando como o principal componente que tem o potencial para contribuir efetivamente na redução significativa dos coeficientes de morbimortalidade materna e fetal e a prestação de cuidados pertinentes a gestação, parto e puerpério, mediante a adoção de medidas simples, tais como melhorar a qualidade do cuidado pré-natal e garantir o acesso ao serviço de saúde (Coimbra et al., 2003; Brasil, 2007b).

Apesar do estabelecimento histórico das políticas públicas direcionadas a assistência integral à mulher no ciclo gravídico e puerperal, ainda persistem sérios problemas relacionados à adequação do atendimento pré-natal, como descrito em diferentes pesquisas identificadas sobre a temática.

Em estudo, desenvolvido em uma USBF, em Campo Grande, os pesquisadores concluíram que a não adesão das gestantes ao pré-natal ocorre devido a inseguranças consigo mesma e com o bebê na busca da prevenção de complicações decorrentes da gravidez (Duarte; Andrade, 2008).

Zampierri (2006) constatou, em um hospital universitário, que as gestantes atribuíam a falta de informação ao fato de que alguns profissionais não compartilhavam efetivamente o conhecimento que possuíam, por indisponibilidade de tempo, por impaciência ou porque não foram instruídos para isso. As mulheres

envolvidas relataram não terem conhecimento sobre seus direitos de cidadania e que a falta de orientação acerca do processo que estavam vivendo levava à dificuldade em estabelecerem empatia com os profissionais e, conseqüentemente, à desinformação. Em geral, não sabiam onde buscar instrução ou sentiram dificuldade em reivindicar atendimento satisfatório. Tais aspectos limitavam o exercício da autonomia para decidir, agir e participar ativamente e, por isso, essas mulheres deixavam de assumir o seu papel de sujeitos no processo de nascimento e nas ações de saúde.

Estudos apresentados por Melo et al. (2007), ressaltam que a falta de orientação efetiva, leva a adoção de comportamentos construídos e compartilhados a partir de hábitos e crenças populares, trazidas da sabedoria de ancestrais, aceitos sem nenhum questionamento da eficácia. Por vezes, esses comportamentos e atitudes interferem negativamente nos cuidados da mãe, do filho e de familiares.

Estes aspectos sugerem a necessidade de estabelecer o controle da qualidade da assistência pré-natal de modo a garantir o cuidado efetivo, precoce do ciclo gravídico-puerperal. Estas ações são imprescindíveis para a efetiva promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e do bebê.

O atendimento pré-natal é um momento importante na vida da mulher. É um momento ímpar na vida da mulher que deve ser vivido de forma positiva. Neste contexto, os profissionais de saúde, principalmente, os enfermeiros devem cuidar com competência técnica e científica adotando um referencial ético e humanístico que considere os direitos das mulheres a uma maternidade segura e prazerosa.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Optou-se por desenvolver um estudo do tipo *survey* descritivo-exploratório, cujo objetivo principal é a descrição das características de determinada população e o estabelecimento de relação entre as variáveis, sem procurar necessariamente estabelecer uma relação causal. Os investigadores usam esse delineamento de pesquisa para buscar informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, dos grupos, das instituições ou situações, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno (Gil, 1999; Lobiondo-Wood, Haber, 2001).

4.2 Local de coleta de dados

Realizou-se o estudo com as mulheres assistidas no pré-natal na Rede Básica de Saúde do município de Goiânia, Goiás, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e que estavam internadas na clínica obstétrica de uma maternidade estadual que presta atendimento de referência e atende a região metropolitana de Goiânia e outras cidades.

A Rede de Atenção Básica do Município de Goiânia é composta por sete distritos de Saúde, 62 Unidades de Saúde da Família, 37 Postos ou Centros de Saúde, 13 Centros de Atenção Integrada de Saúde e cinco Centros Integrados de Assistência Municipal da Saúde (Secretaria Municipal de Saúde, 2010).

Tanto as Unidades Básicas de Saúde quanto a Unidade Hospitalar seguem o protocolo para assistência ao pré-natal e puerpério instituído pelo Ministério da Saúde no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (Brasil, 2000a; Brasil, 2002a; Duarte, Andrade, 2008).

4.3 Participantes do estudo

A população deste estudo incluiu mulheres internadas na instituição referida, no período da coleta de dados, que atendessem aos seguintes requisitos de inclusão: pré-natal realizado na rede básica de saúde, idade superior a 18 anos; idade gestacional a partir de 35 semanas; em trabalho de parto ou puérperas; com o cartão de pré-natal; residentes no município de Goiânia; consentimento em participar do estudo mediante informação, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado com base na resolução 196/96 (APÊNDICE A).

Portanto, foram excluídas mulheres que não realizaram o pré-natal na rede básica de saúde, com idade inferior a 18 anos, com idade gestacional menor que 35 semanas, que estivessem sem o cartão de pré-natal, que não residiam em Goiânia e que não concordassem em participar do estudo.

A amostra foi constituída mediante o levantamento do número de mulheres internadas na unidade hospitalar na qual houve a coleta de dados, com base no cálculo de amostragem representativa:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$$

Em que n_0 é a primeira aproximação do tamanho amostral, E_0 é o erro amostral tolerável (7% ou 0,07), n é o tamanho da amostra e N é tamanho da população (190 pacientes/mês). Sendo:

$$n_0 = 204 \quad n \cong 98$$

Portanto, para uma amostra de tamanho ideal bastavam 98 mulheres, no entanto

foram incluídas 110 gestantes de acordo com os critérios de inclusão brevemente definidos.

4.4 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo número 030/10 (ANEXO B). Após aprovação foi iniciada a coleta de dados.

As participantes foram abordadas em seus respectivos leitos, antes ou após o parto, sendo informadas dos objetivos da pesquisa apresentados pela pesquisadora, de forma oral e por escrito, por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que foi assinado pelas participantes e pela pesquisadora.

A pesquisadora informou a cada uma das participantes que sua participação seria voluntária e gratuita, bem como, do sigilo em relação às informações fornecidas e da possibilidade da retirada de seu consentimento, em qualquer momento que desejasse, sem prejuízo à continuidade do seu acompanhamento na instituição em que estava vinculada, conforme preconizam os dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

Os possíveis riscos relacionados a este estudo estiveram associados à possibilidade de reações emocionais, devido à indução a um processo de introspecção e de preocupação da mulher para com a geração de uma criança sadia ou não, no momento da aplicação do instrumento, causado pelo fato de a participante, às vezes, não ter realizado adequadamente o pré-natal. Na ocorrência desse fato, se fosse necessário, a entrevistada seria encaminhada ao Serviço de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, conforme autorização do

Departamento de Psicologia desta instituição (ANEXO C) porém nenhuma gestante necessitou desse tipo de encaminhamento.

As informações obtidas foram registradas de modo a não identificar as participantes; no questionário consta um número de identificado para o controle da pesquisadora. Os dados ficarão arquivados, com a pesquisadora, por um período, no mínimo, de cinco anos, para a possibilidade de atender as necessidades de aprofundamento da análise dos dados, bem como responder a questionamentos decorrentes do encaminhamento para publicação. Após este período, o material será incinerado.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em uma maternidade pública do município de Goiânia, Goiás, que presta atendimento de referência em ginecologia, obstétrica e pediatria, no período de outubro a dezembro de 2010. Atualmente consta com 33 leitos de obstetrícia (13 de obstetrícia clínica e 20 de obstetrícia cirúrgica), sete de ginecologia, cinco de clínica geral e 42 leitos complementares (UTI pediátrica, neonatal e adulto) (Brasil, 2010a).

Com base nos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), da maternidade, verificou-se que em média é estimado, aproximadamente, um atendimento obstétrico mensal de 190 gestantes. Estas podem ter feito as consultas de pré-natal na Rede de Atenção Básica, particular ou na própria instituição; nesta última, quando se tratarem de gestantes de alto risco (Brasil, 2010b).

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2010. Os dados foram coletados diretamente com as mulheres, por meio da aplicação de

um instrumento elaborado com base nas recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (Brasil, 2004; Rocha, Novaes, 2010).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada utilizando-se um instrumento que buscou identificar as variáveis sociodemográficas, econômicas, obstétricas e as características do atendimento pré-natal (APÊNDICE B). O instrumento foi submetido a apreciação de uma enfermeira especialista na área que contribuiu para a revisão e adequação das variáveis a serem pesquisadas.

As variáveis sociodemográficas levantadas foram idade, etnia, nível de instrução, estado civil, religião, situação de moradia e condições ambientais do bairro em que vivem. As variáveis econômicas referiram-se à ocupação, à situação de trabalho e à renda mensal familiar.

O perfil obstétrico foi avaliado por meio da idade gestacional, da classificação do risco gestacional, do número de gestações, do tipo de parto e das morbidades relacionadas à gestação. As características do atendimento pré-natal foram avaliadas a partir de dados relacionados ao local ao qual tiveram acesso e dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal como: mês gestacional de início do pré-natal, número de consultas realizadas, exames laboratoriais, vacinação antitetânica, realização de ultrassonografia e participação em atividades educativas. Em relação aos exames laboratoriais, foram analisados os seguintes: Hg e Ht, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum, exame de urina tipo I.

Além destes, analisou-se também a realização do teste da mamãe. Este teste deve ser colhido na 8^a e 28^a oitava semana de gestação, sendo este último somente para a avaliação do HIV e VDRL, ressaltamos que foi avaliado especificamente a realização do Teste da Mamãe que possibilita diagnosticar as seguintes doenças:

sífilis congênita, doença de chagas, AIDS, fenilcetonúria materna, hepatites B e C, doenças neurológicas, clamídia, hipotireoidismo, herpes e anemias) e é imprescindível no acompanhamento do pré-natal, uma vez que complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos, favorecendo a adoção de diagnósticos e as condutas adotadas com relação aos mesmos.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram registrados em uma base de banco de dados do Programa Excel, versão do Office 2007 da Microsoft, e a seguir, transportados para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 14.0, para que fosse possível a análise da estatística descritiva. Para a análise descritiva das variáveis foram utilizadas medidas de posição (média, mediana) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis contínuas, como a idade e de frequência simples para as variáveis categóricas, como sexo, estado civil e outros.

Os dados foram apresentados de forma descritiva e analítica por meio de tabelas e discutidos segundo os documentos que estabelecem os critérios de qualidade do pré-natal segundo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000b,c; Nagahama, Santiago, 2006) e o índice de Kessner modificado por Takeda (Takeda, 1993). Esse índice avalia a adequação do acompanhamento pré-natal, segundo os seguintes critérios: *adequado* (realizadas seis ou mais consultas, pré-natal iniciado antes da 20ª semana de gestação); *inadequado* (realizadas menos de três consultas ou início do pré-natal após o quarto mês de gestação) e como *intermediário* (a não realização de tais procedimentos) (Takeda, 1993).

5. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados da caracterização sociodemográfica, econômica, os dados obstétricos e o perfil do atendimento pré-natal das mulheres atendidas na rede básica de saúde do município de Goiânia, Goiás.

5.1. Perfil sociodemográfico e econômico das participantes do estudo

Neste estudo participaram 110 mulheres, que atenderam aos critérios para seleção da amostra. Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas das mulheres.

Trata-se de um grupo de mulheres jovens, em idade produtiva, das quais 58,2% estavam na faixa etária de 21 a 30 anos. A idade foi em média 26,09 ($\pm 7,8$) com mínimo de 18,1 anos e máximo de 40,2 anos. Houve predominância da etnia parda (60,9%) seguida pela branca (23,6%). A maioria das mulheres (77,3%) mencionou terem um parceiro estável. Em relação ao nível de instrução, o grupo apresentou baixa escolaridade. A maioria das entrevistadas (49,1%) cursou de quatro a sete anos e 43,6% cursaram de oito a 11 anos. A religião católica prevaleceu (50,9%) seguida da evangélica (37,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Estatística descritiva dos dados sócio-demográficos das mulheres entrevistadas (n=110), Goiânia, GO, 2010.

Faixa etária	N (%)
18 a 20 anos	19 (17,3)
21 a 30 anos	64 (58,2)
31 a 40 anos	27 (24,5)
Nível instrução – anos de estudo	
< 1	1 (0,9)
1 a 3	1 (0,9)
4 a 7	54 (49,1)
8 a 11	48 (43,6)
> ou + a 12	6 (5,5)
Etnia	
Branco	26 (23,6)
Pardo	67 (60,9)
Amarelo	10 (9,1)
Indígena	1 (0,9)
Negro	6 (5,5)
Estado civil	
Sem parceiro	25 (22,7)
Com parceiro	85 (77,3)
Religião	
Católica	56 (50,9)
Evangélica	41 (37,3)
Espírita	8 (7,3)
Outra	5 (4,5)

Em relação à moradia, identificou-se que 45,5% moram em residência alugada, 39,1% possuem residência própria e 15,1% tem moradia cedida por amigos ou parentes. A maioria das mulheres (62,7%) reside com cônjuge e filhos. Em relação às condições ambientais do local em que vivem, 70% residem em área que possui rede de esgoto, 80,9% em local asfaltado, 56,4% em bairros com praças públicas, 76,4% em região com água tratada e 45,5% em local com arborização (Tabela 2).

Tabela 2. Estatística descritiva dos dados relacionados à situação de moradia das entrevistadas (n=110), Goiânia, GO, 2010.

Condições de propriedade da moradia	N (%)
Própria	43 (39,1)
Alugada	50 (45,5)
Cedida	17 (15,4)
Com quem mora	
Cônjuge e filhos	69 (62,7)
Cônjuge	11 (10,0)
Filhos	6 (5,5)
Pais	8 (7,3)
Sozinha	2 (1,8)
Irmãos	2 (1,8)
Outros	12 (10,9)
Condições ambientais da região em que mora	
Esgoto	77 (70,0)
Asfalto	89 (80,9)
Praça	62 (56,4)
Água tratada	84 (76,4)
Arborização	50 (45,5)

Identificou-se que 56,4% das mulheres exerciam atividades no lar, sendo o companheiro responsável pela renda, destes núcleos familiares. O serviço doméstico, com ou sem carteira assinada, prevaleceu como trabalho remunerado (Tabela 3).

A faixa salarial familiar para 68,2% das mulheres esteve entre um a cinco salários mínimos e 27,3% das mulheres vivem com até um salário mínimo (Tabela 3).

Tabela 3. Estatística descritiva da situação de trabalho e renda mensal familiar das mulheres entrevistadas (**n=110**), Goiânia, GO, 2010.

Ocupação	N (%)
Trabalho remunerado sem carteira assinada (conta própria)	10 (9,1)
Trabalho remunerado com carteira assinada	27 (24,5)
Serviços gerais	11 (10,0)
Atividades do lar	62 (56,4)
Responsável pela renda	
Mulher	9 (8,2)
Marido	53 (48,2)
Mulher e marido	31 (28,2)
Mulher, marido e filhos	17 (15,5)
Faixa salarial (em salários mínimos)	
0 a 1 SM*	30 (27,3)
1 A 5 SM*	75 (68,2)
5 A 10 SM*	5 (4,5)

*o salário mínimo vigente à época da coleta de dados era R\$ 510,00.

A renda mensal familiar em média era de R\$ 800,00 ($\pm 673,10$), com um mínimo de 200,00 e máximo de R\$ 4000,00 (Tabela 4).

A idade das participantes foi em média 26,1 anos ($\pm 5,5$), com idade gestacional média de 37,2 semanas ($\pm 1,84$), com mínimo de 35 semanas e máximo de 42 semanas de gestação (Tabela 4).

Tabela 4. Estatística descritiva das variáveis contínuas (renda, idade e idade gestacional) das mulheres entrevistadas. Goiânia, GO, 2010.

Variável	Média	Dp	Varição
Renda mensal Familiar (R\$)	800,00	$\pm 673,10$	200,00 - 4000,00
Idade (anos)	26,1	$\pm 5,5$	18,1 - 40,2
Idade gestacional (semanas)	37,2	$\pm 1,84$	35 - 42

5.2. Perfil obstétrico do grupo pesquisado

Em relação ao perfil obstétrico, identificou-se que 74,5% das gestações foram de baixo risco. A idade gestacional foi em média 37,2 (\pm 1,84) semanas, sendo o mínimo 35 semanas e o máximo 42 semanas. Das 110 mulheres, 90,0% eram múltíparas. Na data da entrevista, apenas 17 ainda não haviam realizado o parto. Das 93 puérperas, 57,0% realizaram parto vaginal e 43,0% fizeram intervenção cirúrgica (cesariana) (Tabela 5).

Entre as morbidades relacionadas à gestação atual, evidenciou-se que 27,3% das mulheres apresentaram infecção urinária, 20,9% doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e 1,8% diabetes gestacional. Quanto à utilização de substâncias lícitas, 12,7% referem ter feito uso de tabaco e 8,2% de álcool no período gestacional (Tabela 5).

Tabela 5. Estatística descritiva dos dados obstétricos das mulheres entrevistadas (n=110), Goiânia, GO, 2010.

Risco gestacional	N (%)
Alto risco	28 (25,5)
Baixo risco	82 (74,5)
Gestações	
Primigesta	11 (10,0)
Múltiparas	99 (90,0)
Tipo de parto da gestação atual	
Vaginal	53 (57)
Cesáreo	40 (43)
Doenças relacionadas a gestação	
Infecção Urinária	30 (27,3)
Doença Hipertensiva Específica da Gestação - DHEG	23 (20,9)
Diabetes Gestacional	2 (1,8)
Não apresentaram doenças na gestação	45 (40,9)
Substâncias lícitas	
Sim	23 (20,9)
Não	87 (79,1)

5.3. Características do atendimento pré-natal

No que se refere ao local do atendimento, identificou-se que 42,7% das mulheres realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF); 29,1% no Centro de Saúde; 15,5% no Centro de Atendimento Integral a Saúde e 12,7% na instituição hospitalar. Mesmo as que estavam em acompanhamento na rede hospitalar iniciaram na rede básica de saúde e foram encaminhadas a rede hospitalar por se tratarem de gestantes de alto risco (Tabela 6).

O agendamento das consultas ocorreu principalmente no próprio serviço (39,1%) e pelo tele agendamento (31,8%). Identificou-se que 70% escolheram o

local pela proximidade da residência, 19,1% foram encaminhamentos do próprio serviço de saúde e 10,9% o local foi indicado por familiares e amigos (Tabela 6).

Tabela 6. Estatística descritiva dos tipos de serviço e do modo de acesso ao atendimento pré-natal, Goiânia, GO, 2010.

Tipo de serviço	N(%)
Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF	47 (42,7)
Centro de Saúde	32 (29,1)
Centro de Atendimento Integral a Saúde – CAIS	17 (15,5)
Instituição Hospitalar	14 (12,7)
Escolha do local do pré-natal	
Proximidade do local	77 (70,0)
Encaminhamentos	21 (19,1)
Informação de pessoas conhecidas, parentes	12 (10,9)
Agendamento das consultas	
Próprio serviço	43 (39,1)
Tele agendamento	35 (31,8)
Agente comunitário	14 (12,7)
Pessoas conhecidas, parentes que trabalhavam no serviço	18 (16,4)

A Tabela 7 apresenta os indicadores de qualidade da assistência pré-natal, estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde.

Identificou-se que 46,4% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e 52,7% realizaram seis ou mais consultas. Em relação ao teste da mamãe e exames laboratoriais, evidenciou-se que 60,9% da amostra realizaram o preconizado pelo PHPN. Quanto à realização do exame de ultrassonografia, 58,2% das mulheres não realizaram como previsto pelo protocolo de atenção ao pré-natal (um em cada trimestre de gestação) (Tabela 7).

Com relação ao esquema de vacinação antitetânica (VAT), 70,0% das mulheres realizaram o esquema recomendado (duas doses de VAT ou dose de reforço quando já previamente vacinadas). Apenas 33,6% referiram terem participado de atividades educativas e os temas discutidos foram cuidados na gravidez (alimentação, higiene), tipos de parto e aleitamento materno (Tabela 7).

Tabela 7. Estatística descritiva dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal das mulheres entrevistadas (n=110), Goiânia, GO, 2010.

Indicadores de qualidade da assistência pré-natal	Sim	Não
	N (%)	N(%)
Início do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez	51 (46,4)	59 (53,6)
Seis ou mais consultas	58 (52,7)	52 (42,3)
Teste da mamãe	67 (60,9)	43 (39,1)
Todos exames laboratoriais	67 (60,9)	43 (39,1)
Ultrassonografia (1 em cada trimestre da gestação)	46 (41,8)	64 (58,2)
Vacina antitetânica (2 doses ou reforço)	77 (70,0)	33 (30,0)
Participação em atividades educativas	37 (33,6)	73 (66,4)

Considerando os indicadores propostos pelo PHPN, evidenciou-se que o pré-natal foi adequado, em termos do número de consultas, os exames laboratoriais realizados e ao esquema de vacinação antitetânica. Quanto a realização da ultrassonografia e participação em atividades educativos foi inadequado.

A avaliação do atendimento pré-natal, por meio do índice de Kessner modificado por Takeda (1993), indica que apenas 35% tiveram o atendimento pré-natal adequado (início do acompanhamento no primeiro trimestre de gestação e realização no mínimo seis consultas) (Figura 1).

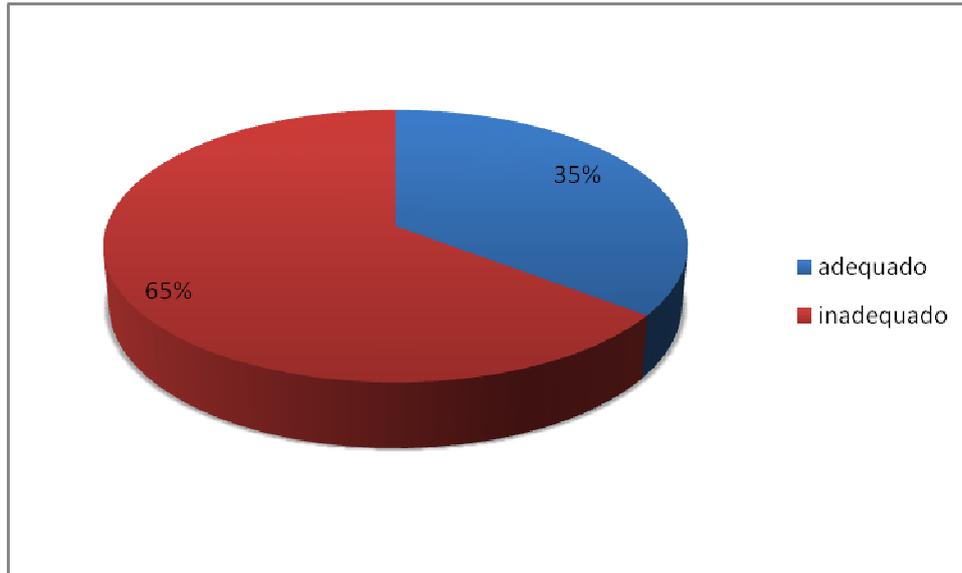


Figura 1: Avaliação do pré-natal pelo índice de Kessner modificado por Takeda (1993). Goiânia/GO (2009-2010).

Ao analisar as características do atendimento do profissional ao qual tiveram acesso, identificou-se que 53,6% das mulheres foram atendidas pelo médico, 45,4% por médicos e enfermeiros. Uma gestante referiu ter sido atendida apenas pelo enfermeiro na rede básica de saúde, este fato ocorreu por não haver médico na equipe, o que levou a necessidade de ser encaminhada à instituição hospitalar por complicações associadas à gestação (Tabela 8).

Ao serem questionadas quanto a qualidade do atendimento, as mulheres ficaram satisfeitas tanto com a consulta médica (79,8%) quanto a de enfermagem (84,3%) (Tabela 8).

Entre os aspectos sugeridos por 74,6% da amostra para melhorar o atendimento pré-natal, destacaram-se promover agilidade no atendimento (29,1%), e agendamento de consultas (74,5%) (Tabela 8).

Tabela 8. Percepções sobre o atendimento dos profissionais e sugestões para a atenção pré-natal da Rede Básica de Saúde do município de Goiânia-GO (n=110).

Profissionais no atendimento do pré-natal	N (%)
Médicos	59 (53,6)
Médico e Enfermeiro	50 (45,5)
Enfermeiro	01 (0,9)
Satisfação com o atendimento	N (%)
Consulta médica	87 (79,8)
Consulta de enfermagem	43 (84,3)
Sugestões ao atendimento pré-natal	N (%)
Agilidade no atendimento	32 (29,1)
Agendamento das consultas	82 (74,5)
Atenção às queixas das gestantes	21 (19,1)
Maior número de obstetras	21 (19,1)
Melhorar área física da unidade	8 (7,3)
Não apresentaram sugestões	28 (25,5)

6. DISCUSSÃO

A política de assistência pré-natal tem sido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil. Estudos como os de Azevedo, (2007) e Costa et al. (2005), mostram a importância do pré-natal como espaço de cuidado que promove a saúde da mulher e contribui para que a gestação, parto e puerpério aconteçam de modo efetivo, com estabelecimento de ações adequadas para prevenção, diagnóstico e manuseio clínico de possíveis problemas obstétricos.

Identificou-se que as participantes do estudo são jovens, em média com 26 anos, de cor parda e cursaram o ensino fundamental. A maioria exerce atividades de trabalho no lar, não contribuem financeiramente na renda familiar, sendo o marido o responsável por grande parte dos núcleos familiares. A maioria reside em casas de aluguel, com marido e filhos (Tabela 2).

Estes dados corroboram com o estudo de Corrêa (2010), realizado em uma maternidade filantrópica, da cidade de São Paulo, que identificou a média de idade das mulheres de 23,8 anos, que viviam com parceiros fixos e a grande maioria haviam cursado o ensino fundamental.

No estudo de Sabino (2007) desenvolvido com objetivo de descrever a atividade da assistência pré-natal, também foi constatado um grupo de mulheres jovens a maioria casadas, que cursaram o nível médio completo, viviam com um a dois salários mínimos, não auxiliavam na renda familiar e grande parte declarou-se como dona de casa ou do lar.

Pinto et al. (2005), observou também o predomínio de mulheres com idade entre 20 e 29 anos, vivendo em união conjugal, com pouca escolaridade formal e renda familiar *per capita*. As pesquisadoras apontaram que os dois últimos fatores,

atuando em conjunto ou isoladamente, associam a menor utilização da assistência pré-natal.

Silveira, Santos e Costa (2001), ao investigarem as características das mulheres e do cuidado pré-natal na rede de Atenção Básica de Pelotas, identificaram o predomínio de mulheres de cor branca, a média de idade de 25 anos, a maioria pertencia a estratos mais pobres da população, uma a cada cinco mães viviam em famílias com renda de um salário mínimo, não viviam com marido ou companheiro e a média de escolaridade na educação formal foi de 5,9 anos.

Pesquisadores afirmam que a escolaridade materna interfere significativamente na qualidade da assistência pré-natal e merece atenção especial. A baixa escolaridade aumenta o risco obstétrico e alguns estudos confirmam que esse dado é um agravante na gestação (Trevisan, 2002; Spindola et al., 2006).

Atualmente, se reconhece que a saúde é uma resultante da interação de inúmeros fatores, entre estes os investimentos governamentais na esfera social e educação. A questão da saúde não está apenas relacionada com a disponibilidade de serviços de saúde, mas está também intrinsecamente ligado à capacidade de autonomia da população, o que por sua vez é influenciada diretamente pelo nível de instrução (Carvalho et al., 2007).

É importante considerar que o perfil educacional e econômico identificado nesse estudo, sugere tratar-se de um grupo social e economicamente desfavorecido. Vale destacar, ainda, que as dificuldades vividas por muitas mulheres pertencentes a extratos detentores de baixo poder aquisitivo são muito grandes, pois o cuidado que se deve prestar a um recém-nascido nem sempre é tarefa fácil sem apoio de ações governamentais.

Com relação às condições ambientais da região em que moravam, uma grande parte das gestantes residem em áreas com saneamento básico completo como: asfalto, esgoto, água tratada e possui ainda praça para o lazer da família, ficando a desejar a arborização do setor, visto que muitas residem em setores recém construídos e com plantio recentes de árvores (Tabela 2).

Em estudo publicado por Chrestani et al. (2008), com o objetivo de discutir os referenciais da assistência à gestação e ao parto, no período de 2002 a 2005, mostra que as condições de habitação e saneamento melhoraram e a proporção de domicílios com utilização de água proveniente de rede pública passou de 23% para 41%; sem saneamento básico caiu de 40% para 30% e o acesso à energia elétrica, com ligação de forma regular à rede, aumentou de 72% para 82%.

Pinto et al. (2005), em um estudo descritivo com o objetivo de caracterizar as mulheres em relação às condições sociais e à assistência à gestação, constataram que 62,2% das gestantes estudadas não possuíam em suas residências o fornecimento de água tratada e 62,5% do total não tinham o tratamento adequado do esgoto.

Assim sendo, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos estados brasileiros, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais bem como aos avanços na saúde pública e na medicina (Brasil, 2006).

Deste modo, quando se tem ambientes favoráveis (saneamento básico), melhora a estratégia para a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas, possibilitando relacionar os efeitos à saúde com determinados fatores ambientais e a integração destes resultados com ações de promoção, proteção e prevenção, contribuindo para a construção de um desenvolvimento humano que incorpora as

necessidades ambientais e sanitárias às dimensões econômicas e sociais (Camponogara et al., 2008).

Neste sentido, acredita-se que a assistência pré-natal deva incorporar ações em saúde que considerem o contexto de vida socioeconômica e ambiental das mulheres, considerando-se o impacto que estes fatores poderão ter sobre o cuidado durante a gestação, parto e puerpério. As ações de cuidado ao pré-natal deverão ter como objetivos a implementação de atividades assistenciais no decorrer do período gravídico puerperal, a fim de minimizar riscos, resolver e/ou controlar problemas, auxiliar nas atividades diárias e promover a saúde, melhorando conseqüentemente a qualidade de vida das mulheres no pré-natal (Duarte, Andrade, 2008; Brasil, 2006).

Em termos obstétricos, identificou-se que a maioria das mulheres era gestante de baixo risco, múltiparas e que realizaram o parto via vaginal.

A maioria das mulheres realizou o acompanhamento pré-natal na rede de Atenção Básica de Saúde. Este dado caracteriza a adequação do pré-natal em termos da proporcionalidade terapêutica e o nível de atendimento esperado para o pré-natal de baixo risco, o que condiz com achados de outros estudos que apontam a rede de Atenção Básica como principal responsável pela assistência pré-natal (Gonçalves et al., 2008; Côrrea, 2010).

Segundo Brasil (2006), a assistência pré-natal apresenta melhoras crescentes no período da gestação, como a promoção da saúde da gestante e do recém nascido, prevenção de doenças com o estabelecimento de ações adequadas ao diagnóstico precoce, ao manuseio clínico de problemas obstétricos ou enfermidades previamente existentes, assim sendo, é um espaço relevante na atenção a saúde da população.

De acordo com dados oficiais brasileiros, vem ocorrendo um aumento da assistência pré-natal, estudos apontam que é crescente o número de consultas na gestação pelo SUS no país, partindo do ano de 2005 observa-se que 53,63% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, em 2006 foi mais expressivo, com 55,38% das gestantes e em 2007, com 56,62% das gestantes realizaram a mesma média de consultas (SINASC, 2009; Brasil, 2006).

No estudo realizado em São José do Rio Preto, com o objetivo de caracterizar o atendimento e descrever a assistência à gestante, Sabino (2007), identificou que 84,0% dos acompanhamentos pré-natal ocorreram no Sistema Único de Saúde, com 87,7% das gestantes realizando seis ou mais consultas e a via de parto mais encontrada foi a vaginal com 74,5%.

A qualidade da assistência pré-natal, avaliada por meio do índice de Kesner modificado por Takeda (1993), foi inadequada para a maioria das mulheres. Este dado sugere que o pré-natal ainda é iniciado tardiamente, comprometendo o acompanhamento da gestante.

A assistência pré-natal deve ser iniciada no primeiro trimestre de gestação. As consultas devem ser agendadas mensalmente para proporcionar cobertura universal, de modo planejado permitindo o acompanhamento da gestação. O Ministério da Saúde preconiza a realização de uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (Pinto e Silva, Cecatti, Serruya, 2005; Brasil, 2006). A maior frequência de consultas ao final da gestação visa reduzir os índices de morbidades clínico-obstétricas e perinatais, como eclampsias, parto prematuro, amniorrex prematura, óbito fetal e materno (Brasil, 2006).

Trevisan et al. (2002), com o objetivo de estudar a assistência pré-natal pelo SUS em Caxias do Sul evidenciou que somente 34,7% das mulheres realizaram a

primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre. Nagahama e Santiago (2006), ao avaliar a adequação do pré-natal em um hospital universitário, descreve que 44,5% da amostra teve um inadequado atendimento pré-natal, devido a procura tardia para o acompanhamento.

Observa-se com esse dado, que o problema tem apresentado já há algum tempo e é preocupante, mesmo sendo gestantes de baixo risco o acompanhamento deve preferencialmente ocorrer no primeiro trimestre de gestação, para que as ações mínimas preconizadas pelo PHPN sejam cumpridas.

Em relação ao exame de ultrassonografia, embora seja um procedimento muito freqüente durante a gravidez, o seu uso como rotina permanece controverso. Não existe ainda demonstração científica de que esse procedimento, rotineiramente realizado seja efetivo no sentido de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal. Entretanto vários trabalhos na literatura mostram a priorização da ultrassonografia obstétrica em detrimento do exame clínico e dos exames laboratoriais básicos (Costa, 2005).

Entre as mulheres que participaram de atividades educativas, a maioria mencionou que as orientações recebidas estiveram relacionadas aos cuidados gestacionais e ao aleitamento materno. Pesquisadores reafirmam a importância das atividades educativas na assistência pré-natal, sugerindo que a gestante que participa de algum grupo no pré-natal tem mais chance de cuidar de si própria e do bebê, sem ansiedade e medo (Rios e Vieira, 2007; Frank, 2009).

Segundo Rios e Vieira (2007), a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser orientada para que possa viver o parto de forma

positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso no cuidado com o bebê.

Identificou-se que uma grande parcela das mulheres foi atendida tanto por médicos quanto por enfermeiras nas consultas do pré-natal e disseram-se satisfeitas com atendimento recebido. O que está condizente com o preconizado pelo Ministério da Saúde (2006) que aponta a necessidade de intercalar as consultas destes profissionais (Moura, Holanda e Rodrigues, 2003; Felipe Pinto, 2005; Gonçalves et al., 2008). Para que a atuação de ambos seja implementada na perspectiva do trabalho em equipe, é necessária a determinação de uma relação ética, harmoniosa e consciente, sustentada no compromisso de resolver os problemas e oferecer segurança à gestante.

Em relação ao atendimento, algumas mulheres sugeriram melhorar a área física da unidade, aumentar o número de médicos com especialização em obstetrícia, melhorar e tornar mais ágil o agendamento das consultas e em relação à equipe de saúde, demonstrar mais atenção às queixas das gestantes durante as consultas.

Estes dados sugerem a necessidade de adoção de práticas integralizadoras que considerem a especificidade vivenciada por cada mulher no processo gestacional, no parto e no puerpério. Assim como previsto na PHPN urge a necessidade de aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal envolve a capacitação técnica continuada das equipes de saúde na resolução dos problemas mais prevalentes nos níveis primários da saúde, além do seu comprometimento com as necessidades das parcelas mais vulneráveis da população (Matos, 2002; Pires 2008).

O planejamento de assistência pré-natal, de forma institucional é indicador da qualidade da assistência prestada à mulher no processo reprodutivo e se reflete nos indicadores de morbimortalidade materna (Callderon, Cecatti, Vega, 2006).

Os resultados evidenciaram que houve uma adequação entre o perfil obstétrico e o local em que foi realizado o pré-natal. No entanto identificou-se limitações relacionadas a garantia da qualidade do atendimento ligados à mulher (início tardio do pré-natal) e as condutas dos profissionais (atendimento centrado em queixa conduta, baixo número de consultas de enfermagem, falta de atendimento especializado e atividade educativa insuficiente).

Neste sentido, torna-se imprescindível promover ações de conscientização de mulheres e profissionais para que haja o efetivo acompanhamento pré-natal. A qualificação profissional com adoção de modelo assistencial integralizado poderá ser o caminho para a transformação desta realidade. Sendo que os profissionais da rede básica de saúde que desenvolvem esta assistência, para a promoção e prevenção de doenças no pré-natal, devem atentar para as dificuldades de cada mulher gestante. Diante da situação, é necessário envidar esforços para sanar essas falhas no atendimento e desenvolver o cuidado que promova a qualidade de vida e saúde, contribuindo assim para uma boa qualidade na assistência pré-natal.

7. CONCLUSÕES

Por meio deste estudo que teve o objetivo de analisar as características do atendimento pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas pela Rede de Atenção Básica em saúde do município de Goiânia, Goiás, foi possível elaborar as conclusões descritas abaixo.

- Com relação ao perfil sociodemográfico e econômico tratam-se de mulheres jovens, em idade produtiva, que desenvolvem atividades ocupacionais no lar. Entre as que vivem em união conjugal estável, o companheiro é o principal responsável pela renda familiar. A maioria mora de aluguel em área com saneamento básico e pouca arborização.

- Quanto ao perfil obstétrico, a maioria das gestações foi de baixo risco, sendo prevalente o parto por via vaginal. Entre as co-morbidades destacaram-se a infecção urinária e doença hipertensiva específica da gestação.

- Quanto ao atendimento pré-natal, evidenciou-se que a maioria das mulheres teve o atendimento em unidades básicas de saúde e as consultas foram agendadas no próprio serviço. A avaliação da adequação do pré-natal pelo índice de Kessner modificado por Takeda identificou que o atendimento foi inadequado para a maioria das mulheres. Também foi inadequado o número de ultrassonografia realizadas. Este dado sugere que ainda existem problemas relacionados a percepção das mulheres quanto a importância de iniciar o pré-natal precocemente, favorecendo assim o acompanhamento e monitoramento de possíveis complicações relacionadas a gestação. Os demais indicadores de qualidade previstos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, indicaram a adequação do pré-natal.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rede básica de saúde do município de Goiânia, Goiás tem atendido aos requisitos organizacionais e assistenciais para o acompanhamento pré-natal. No entanto, ainda são necessárias a adoção de medidas que venham melhorar a qualidade da atenção e que envolva a capacidade técnica continuada das equipes de saúde, para a resolução dos problemas mais comuns no nível primário de saúde e em especial reforçar a educação em saúde durante a assistência pré-natal.

O reduzido número de consultas de enfermagem no pré-natal evidenciado neste estudo aponta a necessidade de uma reflexão a respeito do atendimento, proposto pelo PHPN, que preconiza que consultas médicas e de enfermagem sejam intercaladas. Neste sentido, os órgãos de classe precisam assumir e discutir a política de formação do profissional enfermeiro obstetra, tendo em vista a atribuição de responsabilidades a muitos profissionais sem a devida qualificação no atendimento à gestante;

É necessário, portanto que os gestores esforcem para a melhoria da qualidade da atenção, despertando nos profissionais o desempenho necessário para a prática da saúde coletiva e trabalho multidisciplinar que garanta a gestante, a realização dos procedimentos mínimos exigidos pelo PHPN.

Também se faz importante, que os profissionais envolvidos neste processo de atendimento, busquem medidas que viabilizem a melhoria desta qualidade, disponibilizando a gestante o cuidado integral, humanizado e com participação de todos os membros da equipe multidisciplinar.

Acreditamos ser necessário o desenvolvimento de estudos que tenham como objetivo descrever em profundidade a trajetória das mulheres que vivenciaram o

atendimento pré-natal e que busquem descrever a compreensão destas, bem como dos profissionais de saúde sobre os cuidados recebidos durante o pré-natal, tornando possível identificar e intervir no estabelecimento de ações, melhorando a assistência dos profissionais de saúde neste período.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque WA, Menezes SS, Santana HS. Análise do perfil das mães dos nascidos vivos em Carbotina, Minas Gerais, no ano de 1999, pelo estudo dos dados do "SINASC". Rev Bras Saúde Matern Infant 2001;1:137-43.

Alvim DAB, Bassoto TRP, Marques GM. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. Rev Meio Amb Saúde 2007;2:258-272.

Azevedo ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como porta de entrada. [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2007

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras. Rio de Janeiro: ANS; 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/CNES. Superintendência de Políticas de Atenção Integral a Saúde Gerência de Vigilância Epidemiológica, Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadora sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96. Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização, 2008. Portal da Saúde. [internet]. [citado 11 nov. 2008a]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília; 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher; 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de saúde da família [citado 23 mar. 2006]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 163 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

Brasil. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2008b.

Calderon IMP, Cecatti JG, Vega, CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da Mortalidade Materna. RBGO: Rev. Brás. Ginecol. Obstet 2006; 28(5): 310-15.

Camponogara S, Kirchof ALC, Ramos FRS. Uma revisão sistemática sobre a produção científica com ênfase na relação entre saúde e meio ambiente. Ciênc Saúde Coletiva 2008;13:427-439.

Carvalho PI, Pereira PMH, Frias PG, Vidal AS, Figueiroa JN. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. Epidemiol Serv Saúde 2007;16: 55-68.

Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - (CIEVS). Ministério da Saúde. Mortalidade Materna, 2008.

Cherestani MAD, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 4: 1609-1618.

Ciampo LA, Ricco RG, Ferraz IS, Daneluzzi JC, Martinelli Junior CE. Aleitamento materno e tabus alimentares. Rev Paul Pediatr 2008;26:345-9.

Coimbra LC, Figueiredo FP, Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJM, Mochel EG, Ribeiro VS. Inadequada utilização da assistência pré-natal em duas coortes de nascimentos no Brasil. Braz J Med Biol Res 2007;40:1195-1202.

Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública 2003;37:456-62.

Corrêa CRH. Escolha e adequação do pré-natal em uma maternidade filantrópica na cidade de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010.

Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimentos a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública 2005;39:768-774.

Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saúde Soc 2008;17:132-139.

Felipe Pinto L, Malafaia MF, Borges JA, Boccarro A, Soranz DR. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis, Ciênc Saúde Coletiva 2005;10:205-213.

Forte EGS, Valencia OEJ, Machado EG, Cao IM, Nunes RT, Sousa LSA.; Barbosa MA. Satisfação quanto a consulta pré-natal após a implantação do programa de interiorização do trabalho em saúde. Revista UFG 2004;6.

Frank TC. Educação em saúde no pré-natal: uma parceria FAG e ROTARY em prol da gestação e parto seguros [internet]. 2009. [citado 06 abr. 2011]. Disponível em: http://rotarycascavel.com.br/admin/documentos/projeto_combate_Mortalidade_Infanti_l_grupo_de_gestantes_para_ROTARY.doc.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.

Gonçalves R, Urasaki MBM, Merigui MAB, D'avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família em um Município da Grande São Paulo. Rev Bras Enfermagem 2008;61:349-53.

Koffman MD, Bonádio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005;5:S23-32.

Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.

Melo JM, Brandão EHS, Dutra SMV, Iwazawa AT, Albuquerque RS. Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm 2007;16:280-286.

Merigui, MAB; Carvalho, GM; Suletroni, VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. Acta Paul Enferm 2007;20(4):434-40. Artigo recebido em 12/03/2007 e aprovado em 25/05/2007.

Moreno F. Pré-natal cresce 344% em seis anos no Estado. [citado 17 maio 2010]. Disponível em: <http://www.ohoje.com.br/cidades/22-04-2010-pre-natal-cresce-344-em-seis-anos-no-estado>>. Acesso em 17 mai. 2010.

Moura, E.R.F., Holand Júnior, F., Rodrigues, M.S.P.; Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil, Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6):1791-1799, nov-dez, 2003.

Moura ERF; Rodrigues MSP. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. Interface e Comunicação, saúde e educação 2003;23:109-18p.

Nagahama EEI; Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cad Saúde Pública 2006; 22: 43-55.

Pinheiro, R. Integralidade e prática social. Disponível em: <http://www.lappis.org.br>. 2005.

Pinto LF, Malafaia MF, Borges JA, Baccaro A, Soranz DR. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10: 205-13

Pinto e Silva JL, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27:103-5.

Reberte LM. Celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Filiada à Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe (RSMLAC) e à Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos (RMMDR) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil – 2008. [citado 2008 Fev. 23]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br>.

Rezende, J., Montenegro, B., A., C.Obstetrícia Fundamental. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva 12; 2007. 12:477-486. [internet]. [citado 06 abr. 2011]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>>.

Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. FEMINA 2010; 38: 85-90.

Sabino, A.M.N.F. A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP. Ribeirão Preto. Tese [doutorado]. 2007. 126p

Saito E, Gualba DMR. O profissional de saúde frente a vivência da dor de parto pela mulher. *RECENF Rev Téc Cient Enferm* 2003;1:31-36.

Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Rede da atenção básica de saúde, projeto de implementação da rede de atenção integral à saúde, Município de Goiânia, Goiás; 2010.

Serruya SJ, Cegatti JG, Lago TG. Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* 2004;20:1281-1289.

Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2009;62: 387-92.

Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.15-40.

Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. A prática do enfermeiro na estratégia saúde da família: o caso do município de Vitória/ES. *Rev Eletr Enf* 2010;12:441-8 [citado 23 fev. 2010]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>.

Silveira DS, Santos SI, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001;17:131-9.

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Brasília-DF. [citado 2011 Jan. 3]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>.

Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Indicadores de cobertura de consultas pré-natal. Brasil: Ministério da Saúde; 2009.

Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40:381-8.

Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Esber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002;24:293-99.

WHO. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. WHO/WQ16 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [citado 2005 Ago 2]. Disponível em:< <http://www.who.int>>.

Ximenes Neto FRG, Leite JL, Fuly PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MS A, Pontes MAC. Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. Rev Bras Enferm 2008;61:595-602.

Zampieri MFM. A enfermeira obstétrica: cuidando e educando no grupo de gestantes ou casais grávidos. Santa Catarina; 2000.

Zampieri MFM. Cuidado Humanizado no pré-natal: um olhar para além das convergência e divergências. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

Zampieri MFM. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. Florianópolis: Cidade futura; 2001.

APÊNDICES

APÊNCIDE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa **“Perfil epidemiológico e pré-natal de mulheres atendidas em uma maternidade pública de Goiânia, Goiás”**, que será desenvolvida pela pesquisadora e enfermeira Christina Souto Cavalcante Costa (COREN-GO – 59118).

O objetivo desta pesquisa será descrever o perfil das mulheres atendidas nesta maternidade, para que possamos saber informações relacionadas a sua condição socioeconômica (idade, sexo, número de filhos, renda mensal e outros), o ambiente em que você vive (condições de moradia, saneamento básico e outros), a história da sua gestação e parto (data da última menstruação, idade gestacional, número de partos outros) e o perfil do atendimento pré-natal que você realizou (nº de consultas, o mês de início do pré-natal, vacinas, exames realizados e outros).

Caso você concorde em participar, precisarei aplicar um questionário estruturado que deverá ser preenchido em aproximadamente 30 minutos. Também precisarei checar informações contidas no seu cartão de gestante. Asseguro que você não será identificado e que o seu nome não aparecerá pois usaremos apenas um número de identificação para escrevermos sobre as pessoas que participarem dessa pesquisa.

Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, suas informações serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar como tem sido o acompanhamento de mulheres que vivenciam à assistência pré-natal na rede pública de Goiânia, possibilitando que os profissionais da saúde possam com isso re-pensar sua postura adequando melhorias necessárias para qualificar o atendimento as mulheres.

Acredito que você não sentirá nenhum desconforto, não terá riscos ou prejuízos ao participar do estudo. Entretanto, caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, poderá procurar o Centro de Pesquisa e Práticas Psicológicas (CEPSI) da PUC-Goiás, que o atendimento está garantido.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Você está livre para

aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo do seu seguimento nesta instituição de saúde. Se você não estiver à vontade para discutir sobre um determinado assunto, você é livre para não responder questões ou interromper suas respostas durante sua entrevista. Você poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem com isto, sofrer nenhum dano.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecida, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Enf^a. Christina Souto Cavalcante Costa, no telefone: (62) 9676-95-61, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil, Dr. Marco Aurélio Albernaz, no telefone: (62) 3201-33-74.

Muito obrigada pela sua atenção.

Goiânia, ___/___/___

Christina Souto Cavalcante Costa

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,

RG

nº _____

abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Perfil epidemiológico e pré-natal de mulheres atendidas em uma maternidade pública de Goiânia, Goiás”**.

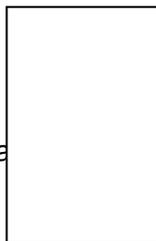
Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora, enfermeira Christina Souto Cavalcante Costa, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino.

Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem a minha pessoa.

Assinatura do sujeito participante _____

Goiânia, ___/___/___

Assinatura Dactiloscópica



Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado.

Assinatura do Investigador _____
Goiânia, ___/___/___

Assinatura da Testemunha* _____
Goiânia, ___/___/___

OBSERVAÇÃO: Testemunha do Consentimento Livre e Esclarecido por escrito se o (a) participante não pode ler ou escrever, uma testemunha independente deve assinar por ele (a)

APENDICE B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Ficha n°: _____

Data da coleta de dados: ___/___/___ Hora: Início: _____ término: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ID# _____ Número do prontuário: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Região do Município que mora: (1) Norte (5) Noroeste
 (2) Sul (6) Sudoeste
 (3) Leste (7) região central
 (4) Oeste

Instituição em que realizou o parto: (1) Hospital Materno-infantil
 (2) Outra instituição

Já conhecia a maternidade antes? (1) não (2) sim.

Por que você foi encaminhada para esta instituição? _____

Local em que realizou o pré-natal: (1) Unidade Básica de Saúde da Família
 (2) Centro de saúde
 (3) Instituição hospitalar
 (4) CAIS. Qual _____

Por que você realizou o pré-natal neste local? (1) Proximidade
 (2) Encaminhamento
 (3) Outros. Qual? _____

Como você agendou a consulta:

(1) telefone (2) agente comunitário (3) no serviço de saúde (4) outro, qual _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Data de nascimento: ___/___/___ Idade

Idade: (1) até 20 anos (2) 21-30 anos (3) 31-40 anos (4) acima de 41 anos

ETNIA

Quanto a etnia, como você se considera:

(1) amarelo (2) branco (3) indígena (4) negro (5) pardo

ESCOLARIDADE MATERNA:

(1) <1 ano (2) 1-3 anos (3) 4-7 anos (4) 8-11 anos (5) ≥12 anos

SITUAÇÃO CONJUGAL:

(1) solteira (2) casada/amasiada/união consensual (3) desquitada/divorciada/separada
 (4) viúva (5) outro. Qual _____

RELIGIÃO: (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) outro. Qual _____

OCUPAÇÃO: _____ Há quanto tempo? _____

SITUAÇÃO DE TRABALHO: (1) ativa
(2) inativa (desempregada)
(3) inativa (licença médica)
(4) inativa (aposentada)

RENDA MENSAL FAMILIAR: _____ reais.

(1) 0 –| 1 SM (2) 1 –| 5 SM (3) 5 –| 10 SM (4) >10 SM

Quem participa do total da renda familiar?

(1) você (2) marido (3) filhos (4) outros, quem _____.

Vocês recebem alguma ajuda governamental? (1) não (2) sim.

Se sim (1) bolsa família (2) salário escola (3) renda cidadã (4) outros _____.

NÚMERO DE FILHOS: (1) nenhum (2) um (3) dois (4) três (5) mais de três.

MORADIA: (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) da empresa (5) financiada (6) outro:

Com quem mora: (1) cônjuge (2) cônjuge e filho(s) (3) um ou mais filhos (4) irmãos
(5) sozinha (6) com os pais (7) outro _____

SANEAMENTO BASICO

(1) rede de esgoto: (1) não (2) sim

(2) asfalto: (1) não (2) sim

(3) praças: (1) não (2) sim

(4) água tratada: (1) não (2) sim

(5) plantio de árvores (1) não (2) sim

ACESSO A MEIO DE TRANSPORTE

(1) transporte coletivo (1) não (2) sim

(2) carro próprio (1) não (2) sim

(3) outros meios (1) não (2) sim, qual _____

DADOS GINECO- OBSTÉTRICOS DA GRAVIDEZ ATUAL

DUM _____ **IG** _____ sem. **Data parto** _____ **Tipo de parto:** (1) vaginal (2) operatório

Peso início gravidez: _____ **kg** **Peso final gravidez** _____

Peso gestante na internação para o parto : (1) <50 kg (2) 50 a 60 kg (3) 61 a 70 kg (4) 71 a 80kg (5) 80 a 90 kg (6) acima de 91 kg

VAT- Vacina Antitetânica: (1) uma dose (2) duas doses (3) três doses (4) reforço (5) imunizada (6) outros, porque _____

Intercorrências gestacionais e obstétricas na gestação atual? (1) não (2) sim. Se sim, quais? _____

Número de gestações: (1) primípara (2) múltípara (3) nulípara

Nº de Gestas _____ Nº de partos vaginal _____ Nº de parto operatório _____. Neste caso porque foi realizado _____

Aborto: (1) não (2) sim. Se sim, (1) espontâneo (2) provocado (3) espontâneo e provocado (4) outros, qual _____ Nº de Aborto _____

Filho nascido com baixo peso (menos de 2500 g): (1) não (2) sim. Se sim, (1) < 1000g (2) 1000 a 1500g (3) 1500 a 2000 (4) 2000 a 2500.

Filho nascido morto: (1) não (2) sim. Quantos: _____

Hipertensão arterial: (1) não (2) sim. Se sim, (1) antes da gravidez (2) durante a gravidez

Diabetes: (1) não (2) sim. Se sim: (1) antes da gravidez (2) durante a gravidez

Outras patologias (1) não (2) sim. Quais? _____

Exercício físico: (1) não (2) sim, qual e quantas vezes por semana? _____

Fez uso de algumas substâncias durante a gestação, como:

Cigarro (1) não (2) sim. Há quanto tempo fuma _____ Quantos cig/dia _____

(3) já foi fumante? (1) não (2) sim, há quanto tempo parou? _____

Álcool (1) não (2) sim, há quanto tempo é etilista _____ .Quantos álcool/dia(doses) _____

(3) já foi etilista. (1) não (2) sim, há quanto tempo parou? _____

Outras drogas (1) não (2) sim. Quais? _____

EXAMES LABORATORIAIS NA GESTAÇÃO:

(1) Adequado – realizado duas coletas do teste da mamãe – 1 no primeiro trimestre de gravidez e a 2ª no terceiro trimestre da gravidez.

(2) Inadequado – realizado 1 coleta do Teste da mamãe em qualquer idade gestacional.

(3) Não realizaram – quando não foi realizado nenhum exame laboratorial durante a gestação

Exame	Trimestre			Observações
	1º	2º	3º	
Hemograma				
Hg/Ht				
Glicemia jejum				
VDRL				
URINA 1				
Anti-HIV				
HBsAg				
Toxoplasmose				
Combs indireto				
Urocultura				
Papanicolau				
TOTG 50g				
Outros				

Legenda: (1) Não (2) Sim

EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA (USG):

(1) Adequado – quando realizado 1 USG durante cada trimestre da gestação.

(2) Inadequado – quando realizado somente 1 USG durante o pré-natal.

(3) Não realizaram – quando não foi realizado nenhuma USG na gravidez.

Exame	Trimestre			Observações
	1º	2º	3º	
USG				
USG				
USG				

Legenda: (1) Não (2) Sim

CARACTERISTICAS DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Classificação do risco da gestação: (1)baixo

(2) alto. Porque _____

AVALIACAO OBSTETRICA REALIZADA DURANTE O PRÉ-NATAL (cartão da gestante)

(1) Adequado – quando realizado seis ou mais consultas compatível com a idade gestacional ao término da gestação e com início do pré-natal antes da 20ª sem de gestação, com tres ou mais registros de BCF e movim. fetal, AFU, PA e peso da gestante .

(2) Inadequado – quando realizado duas a cinco consultas e com início do pré-natal após 20ª sem de gestação, com dois ou menos registros de BCF e movim. fetal, AFU, PA e peso da gestante .

(3) Não realizaram – quando realizado uma ou nenhuma consulta durante a gravidez.

Avaliação conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde para a adequação ao pré-natal										
CONSULTAS N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
Altura fundo útero – AFU										
Verificação pressão arterial										
Batimento cárdio fetal – BCF										
Movimento fetal										
Peso gestante										

Número de consultas realizadas no pré-natal:

(1) uma ou nenhuma consultas

(2) duas a cinco

(3) seis consultas

(5) sete ou mais consultas

Quando iniciou o pré-natal:

(1) 1º trimestre (2) 2º trimestre (3) 3º trimestre

Quem fez suas consultas na unidade de saúde:

(1)médico (2)enfermeiro (3)médico e enfermeiro (4)não fez acompanhamento de pré-natal

Quais orientações recebeu do enfermeiro durante o pré-natal?

Ficou satisfeita com as consultas?

(1)não, Porque? _____

(2)sim, Porque? _____

Quais orientações recebeu do médico durante o pré-natal?

Ficou satisfeita com as consultas?

(1) não, Porque? _____

(2) sim, Porque? _____

Você participou de alguma atividade educativa:

(1) não. Porque _____

(2) sim. Qual _____

Que temas foram discutidos _____**O que você sugere para melhorar o atendimento no pré-natal?** _____

(1) Mais profissional médico(a)

(2) Mais profissional enfermeiro(a)

(3) Mais profissionais médico e enfermeiro(a)

(4) Melhorar a área física da unidade de saúde

(5) Melhorar atendimento primário da gestante – início da gravidez.

(6) Outros. Quais? _____

Sentiu falta de algum serviço, orientação ou assistência? (1) Não (2) Sim. Qual (is)? _____

Realizou algum dos seguintes atendimentos durante o pré-natal como?

(1) atendimento odontológico (1) não (2) sim

(2) atendimento psicológico (1) não (2) sim

(3) atendimento nutricional (1) não (2) sim

(5) outros. Quais? _____

ANEXOS

ANEXO I
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL



SES
SECRETARIA
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



Sector: Obstetrícia

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Informo ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil que eu, abaixo assinado, concordo com a realização da pesquisa:

Doação ao pré-natal na perspectiva de
mulheres atendidas em maternidades públi-
cas de Goiânia, go.

após sua APROVAÇÃO pelo CEP/HMI, período de 01 / setembro / 2010
 a 15 / outubro / 2010.

Weuler Reis

Chefia da Divisão / Seção

Dr. Weuler Alois Ferretre
 CRM GO 6380
 Sítio da Divisão Médica - H.M.I.

Goiânia, 01 / 07 / 2010

ANEXO II
CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL



SES
SECRETARIA
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



GOVERNO DO
ESTADO DE GOIÁS
 Desenvolvimento com Responsabilidade

CA2 nº 019 /10 - CEP/HMI

Goiânia, 13 de outubro de 2010.

CARTA DE APROVAÇÃO

Protocolo Nº **030/10**

Título do Projeto: **“Perfil epidemiológico e pré-natal de mulheres atendidas em uma maternidade pública de Goiânia”. Versão 3.**

Investigador(a): Christina Souto Cavalcante Costa

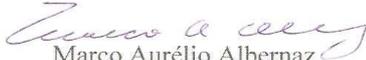
Prezado(a) Senhor(a),

Comunico-lhe que o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil - CEP/HMI**, analisou e aprovou o Projeto de Pesquisa em epígrafe na sua Versão – 2, bem como o TCLE – Versão 3, vez que foi considerado o atendimento às adequações sugeridas em análise anterior, consoante aos princípios éticos vigentes.

Informo, ainda, que a presente aprovação tem validade pelo período de tempo definido no projeto e caso hajam alterações no cronograma, ainda que alheias a vontade do pesquisador, estas deverão ser informadas a esse Comitê para fins de análise e deliberação.

Como já é de conhecimento de V.Sa. destaco, por oportuno, a necessidade de ser encaminhado à esse Comitê relatórios semestrais que informem sobre o andamento, encerramento, conclusão e publicação da pesquisa.

Atenciosamente,


 Marco Aurélio Albernaz
 Coordenador do CEP-HMI



SES
SECRETARIA
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



GOVERNO DO
ESTADO DE GOIÁS

Desenvolvimento com Responsabilidade

CA nº 014 / 10 – CEP/HMI

Goiânia, 16 de novembro de 2010.

CARTA DE APROVAÇÃO

Protocolo Nº 030/10

Título do Projeto: “**Perfil epidemiológico e pré-natal de mulheres atendidas em uma maternidade pública de Goiânia, Goiás**”. **Versão 3.**

Investigador(a) Responsável: Christina Souto Cavalcante Costa

Prezado(a) Senhor(a),

Comunico-lhe que o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil - CEP/HMI**, analisou e aprovou o Projeto de Pesquisa em epígrafe na sua Versão – 3, bem como o TCLE – Versão 3, vez que foi considerado o atendimento às adequações sugeridas em análise anterior, consoante aos princípios éticos vigentes.

→ **Emenda 1 ao projeto, de 03 de novembro de 2010.**

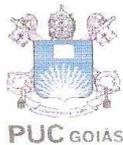
Informo, ainda, que a presente aprovação tem validade pelo período de tempo definido no projeto e caso hajam alterações no cronograma, ainda que alheias a vontade do pesquisador, estas deverão ser informadas a esse Comitê para fins de análise e deliberação.

Por oportuno, permito-me lembrar-lhe da necessidade de V.Sa. ter que elaborar e encaminhar à esse Comitê relatórios semestrais relativos ao andamento, encerramento, conclusão e publicação da pesquisa.

Atenciosamente,

Marco Aurélio Albernaz
Coordenador do CEP-HMI

ANEXO III
DECLARAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDOS, PESQUISAS E PRÁTICAS
PSICOLÓGICAS DA PUC-Goiás



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CENTRO DE ESTUDOS, PESQUISAS E PRÁTICAS PSICOLÓGICAS - CEPSI

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que caso seja necessário, e dentro das possibilidades de atendimento da clínica-escola de Psicologia, ofereceremos atendimentos sem ônus, aos participantes da pesquisa: ***“Adesão de mulheres no pré-natal, medidas em maternidades públicas no município de Goiânia - GO”*** realizada pela aluna do Mestrado em Ciências Ambientais da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Christina Souto Cavalcante Costa, orientanda da Prof.^a Vanêssa Vila.

Goiânia, 30 de junho de 2010

Atenciosamente,


Prof.^a Ms. **Juliany Guimarães Aguiar**

Prof.^a Ms. **Ceres Regina D. Fernandes**

Coordenação Geral do CEPSI-PSI-UCG

Prof.^a Juliany G. Guimarães Aguiar
Matr. 10095 - CRP 09/00357
Coordenação Geral do CEPSI - PSI-UCG

ANEXO IV
ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR AO HOSPITAL MATERNO
INFANTIL



SES
SECRETARIA
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Goiânia, 18 de outubro de 2010.

Estamos encaminhando os profissionais abaixo relacionados, autores da pesquisa Perfil epidemiológico e pré-natal de mulheres atendidas em uma maternidade pública de Goiânia - U-3.

que foi autorizada por este Comitê de Ética em Pesquisa e pela Diretoria Geral do Hospital Materno Infantil, para realização no setor: Obstetrícia sendo as

chefias: Dr. Weuler Ferreira Alves

Período de: 18 de outubro à 30 de novembro de 2010.

Pesquisadores: Christine Saito Cavalcante Costa

Dr. Marco Aurélio Albernaz
 Coordenador do CEP/HMI