



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva – MSC

DAYZE DJANIRA FURTADO DE GALIZA

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DE FORTALEZA, CEARÁ ACERCA DO PROGRAMA DE
HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

FORTALEZA

2011

DAYZE DJANIRA FURTADO DE GALIZA

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DE FORTALEZA, CEARÁ ACERCA DO PROGRAMA DE
HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Soares Gondim.

FORTALEZA

2011

G161c Galiza, Dayze Djanira Furtado de.
Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde de Fortaleza, Ceará
acerca do programa de humanização do pré-natal e nascimento / Dayze Djanira
Furtado de Galiza. - 2011.
87 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2011.
“Orientação: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.”

1. Programa Saúde da Família. 2. Pré-natal. 3. Sistema Único de Saúde.
I. Título.

CDU 614:364.043

DAYZE DJANIRA FURTADO DE GALIZA

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
FORTALEZA, CEARÁ A CERCA DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO
PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR, como requisito final para obtenção do título de mestre.

Data da Aprovação ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Soares Gondim
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo
1º Examinador

Prof. Dr. Francisco Herlanio Costa Carvalho
2º Examinador

Prof.^a Dr.^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR
Examinadora

AOS MEUS PAIS,

Francisco Galiza de Sá e Regina Lucia Furtado de Galiza (*in memoriam*), e a minha madrastra Fatima Lucia Eduardo Chagas, pela dedicação e incentivo para o alcance de mais uma vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, acima de tudo, pela presença constante indicando os caminhos que eu deveria trilhar, enchendo-me de graças, serenidade, perseverança e força para enfrentar as adversidades e sabedoria para conduzir um mestrado, um casamento e o novo emprego ao mesmo tempo. Não foi fácil!

Ao meu marido, Cleyton Menzen, por estar ao meu lado todo esse tempo, me incentivando. Obrigada pela compreensão das minhas ausências, pelo companheirismo e, acima de tudo, pelo amor demonstrado. Amo-te!

Aos meus irmãos, David, Denys e Lara, que sempre me apoiam. Obrigada, David, por durante esses dois anos ter perdido horas de sono a minha espera na rodoviária, e a Lara, pelo apoio na coleta de dados durante as férias.

Aos meus primos, Nayana e André, pois, sem o apoio de vocês, não teria conseguido realizar minha coleta de dados.

Aos meus familiares, que sempre torceram pelas minhas conquistas e vibraram com as vitórias.

À Prof.^a Dr.^a Ana Paula Soares Gondim, pelos ensinamentos e compreensão da minha falta de tempo e paciência, incentivando meu crescimento profissional.

A Amelina e Rafaela, bolsistas voluntárias, pela ajuda na coleta de dados, pelo apoio e torcida durante todo esse ano.

À Valéria, companheira de viagem, quantas histórias temos para contar das idas e vindas de Picos a Fortaleza (vai virar um livro) e por nunca ter me deixado fraquejar.

À Karine e à Marilene, pela torcida, apoio e amizade.

À Camila, pela amizade, companheirismo, incentivo e ensinamentos.

Aos meus alunos e orientandos, pela torcida e compreensão pelos inúmeros momentos em que não pude estar presente.

Às minhas eternas amigas, Simony, Michelle e Sauanna, que, mesmo distante, torcem pelo meu crescimento profissional.

Aos meus colegas do mestrado, pelos momentos de reflexão e estudo, sem esquecer das imitações da Kelva, dos *e-mails* do Davi, da mochila de Karina, dos comentários da Rosélia, do nervosismo de Marilene; enfim, foram momentos inesquecíveis que juntos nos fizeram crescer profissionalmente e pessoalmente. Sentirei saudades!

A Cleide, Vitor, Lazaro e Widson, pela disponibilidade e dedicação em nos atender.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e importantes contribuições para o aprimoramento do estudo, bem como para meu crescimento.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o término desta pesquisa, muito obrigada!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde dos centros de Saúde da Família, do Município de Fortaleza - CE, acerca do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a novembro de 2011, partindo de uma amostra aleatória simples dos centros de Saúde da Família, onde foram selecionados 227 profissionais de saúde, entre médicos e enfermeiros. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário que abordou as características sociodemográficas, formação profissional sobre o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e o conhecimento e prática sobre o programa. Os dados foram armazenados no pacote estatístico Epi-Info[®] 3.5.3 e analisados no pacote estatístico STATA[®] 11.0. Para as variáveis contínuas, realizou-se estatística descritiva simples e foram empregadas medidas de tendência central. O teste Qui-quadrado, de Pearson, foi utilizado, considerando um nível de significância de 5%. Aplicou-se uma análise de regressão logística multivariada, com intervalo de confiança de 95%. Os resultados indicaram que a maioria dos profissionais de saúde era do sexo feminino, idade inferior a 38 anos, tempo de formação inferior a 12 anos, pós-graduados *lato sensu*, nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família, tempo de atuação inferior a oito anos, realizaram treinamento sobre o programa de humanização do pré-natal e nascimento, nos últimos sete anos, e que se sentiram motivados a participar do treinamento. O conhecimento total sobre o programa de humanização do pré-natal e nascimento foi de menos de 20% entre eles. As maiores médias das atividades realizadas durante o acompanhamento pré-natal foram da oferta da testagem anti-HIV na primeira consulta (99,4%), enquanto as de menores médias foram: primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação (13,1%) e a realização da consulta puerperal até 42 dias após o parto (25,6%). Como os dados mostraram um conhecimento total baixo sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento entre os profissionais de saúde, torna-se necessário promover melhor qualificação dos profissionais nesta temática, contribuindo para melhoria da assistência pré-natal e possibilitando um acompanhamento de indicadores que permitam uma avaliação mais adequada das ações de pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Programa Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

This study has as objective to evaluate the knowledge and practices of the professionals of Family Health Centers of the Fortaleza City – CE, about Humanization Program of Prenatal Care and Birth. The research was realized between November and February on 2011, starting from a simple random sample of Family Health Centers where was involved 227 professionals of health including doctors and nurses. The instrument used for data collection was a questionnaire approached the sociodemographic characteristics, professional training on Humanization Program of Prenatal Care and Birth and knowledge, behavior and costumes about the program. The data were stored in the statistical package Epi-Info ® 3.5.3 and analyzed using STATA® 11.0. For continuous variables were performed simple descriptive statistics and used measures of central tendency. The test Qui-quadrado de Pearson was used considering a significance level of 5%. It was used a multivariate logistic regression analysis with a confidence interval of 95%. The results indicated the majority of female professionals, with age under of 38 years, with training time less than 12 years, post-graduates at the level lato sensu in the areas of collective health, public health and family health, with time working less than eight years, who performed training about humanization program of - birth in the last seven years and felt motivated to attend the training. The total knowledge about Humanization Program of Prenatal Care and Birth was present in less than 20% among them. of professionals and are statistically related with the fact of professionals being postgraduate at the level lato sensu in the areas of collective health, public health and family health. The highest mean of activities performed during the accompanying prenatal was the offer of HIV testing in the first consultation (99,4%), while from lowest means were: first consultation prenatal care until the 4th month of pregnancy (13,1%) and realization of post-partum visit until 42 days after childbirth (25,6). As the data showed a low total knowledge about the humanization program of prenatal care and birth among health professionals, it becomes necessary to promote the better qualification of professionals in this issue contributing to improved prenatal care and enabling monitoring of indicators that allow a more adequate evaluation of the actions of prenatal.

Keywords: Prenatal Care. Knowledges. Behavior and Costums in Health. Family Health Program. Unified Health System. Evaluation in Health

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Distribuição dos centros de Saúde da Família pelas Secretarias Executivas Regionais. Fortaleza, Ceará, 2011.	34
Quadro 2	Distribuição dos centros de Saúde da Família selecionados para fazer parte do estudo por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza, Ceará, 2011.	36
Tabela 1	Relação das variáveis categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível de pós-graduação, área de conhecimento da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento, período do treinamento e motivação para a realização do treinamento com o componente conhecimento total. Fortaleza, Ceará, 2011.	43
Tabela 2	Análise bivariada do conhecimento total e as variáveis independentes (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formado, pós-graduação, nível da pós-graduação, área da pós-graduação, tempo de atuação, realização treinamento e período do treinamento). Fortaleza, Ceará, 2011.	45
Tabela 3	Análise logística multivariada das variáveis nível da pós-graduação e área da pós-graduação com o conhecimento total. Fortaleza, Ceará, 2011.	46
Tabela 4	Relação das variáveis categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível de pós-graduação, área de conhecimento da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento, período do treinamento e motivação para a realização do treinamento com o componente conhecimento parcial. Fortaleza, Ceará, 2011.	48
Tabela 5	Análise bivariada do conhecimento parcial e as variáveis independentes (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formado, pós-graduação, nível da pós-graduação, área da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento e período do treinamento). Fortaleza, Ceará, 2011.	50
Tabela 6	Análise logística multivariada das variáveis idade e área da pós-graduação em relação ao conhecimento parcial. Fortaleza, Ceará, 2011.	51
Tabela 7	Proporção das atividades realizadas pelos profissionais de saúde dos centros de Saúde da Família de Fortaleza durante o acompanhamento pré-natal. Fortaleza, Ceará, 2011.	52
Tabela 8	Proporção dos temas abordados pelos profissionais de saúde dos centros de Saúde da Família de Fortaleza durante as atividades educativas. Fortaleza, Ceará, 2011.	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
CAP	Conhecimento, atitude e prática
CSF	Centro de Saúde da Família
CSM	Célula de Saúde da Mulher
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FCG	Ficha de Cadastro da Gestante
FRDAG	Ficha de Registro Diário do Atendimento das Gestantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Gestão Plena de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
SER	Secretaria Executiva Regional
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SISPRENATAL	Sistema de Informação sobre Pré-Natal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades básicas de saúde
WONCA	Organização Mundial dos Médicos de Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1	Estudos, conhecimento, atitude e prática e sua aplicabilidade na saúde	18
3.2	Assistência pré-natal no Mundo	20
3.3	Contexto histórico da assistência pré-natal no Brasil	24
3.4	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)	26
<i>3.4.1</i>	<i>Sistema de Informação sobre Pré-Natal – SISPRENATAL</i>	28
3.5	Ações de pré-natal desenvolvidas na Atenção Primária de Saúde	30
4	METODOLOGIA	33
4.1	Tipo do estudo	33
4.2	Local e período de realização do estudo	33
4.3	Amostra dos centros de Saúde da Família	35
<i>4.3.1</i>	<i>População do estudo</i>	37
4.4	Descrição das variáveis	37
4.5	Coleta de dados	38
4.6	Análise dos dados	39
4.7	Aspectos legais e éticos	39
5	RESULTADOS	41
5.1	Características socioeconômicas dos profissionais que atuam nos centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE com o componente conhecimento total	41

5.2 Características socioeconômicas dos profissionais que atuam nos centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE com o componente conhecimento parcial	47
5.3 Atividades desenvolvidas durante o acompanhamento pré-natal pelos profissionais de saúde dos centros de Saúde da Família	51
5.4 Temas abordados pelos profissionais de saúde dos centros de Saúde da Família de Fortaleza durante as atividades educativas	53
6 DISCUSSÃO	56
7 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	78
Apêndice A	79
Apêndice B	83
ANEXOS	85
Anexo A	86
Anexo B	87

1 INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência pré-natal em todo o mundo é um fator relevante, discutido em vários países, inclusive o Brasil. Órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) procuram integrar ações, na tentativa de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (REDESAÚDE, 2001).

Autores como Koffman e Bonadio (2005) entendem que a forma de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal é por meio do pré-natal mediante garantia de uma assistência de qualidade, sendo imprescindível prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação.

A OMS (2007) assegura ser necessária a criação de padrões de cuidados maternos e neonatais, pois evidências mostram uma melhora nos resultados do processo de cuidados de saúde quando executados de forma apropriada. No geral, esses padrões são normas relativas aos cuidados maternos e neonatais, incluindo tópicos relevantes que necessitam ser abordados para assegurar um serviço de saúde materno e neonatal de qualidade. Esses padrões são agrupados em cinco seções, concentrados em padrões clínicos, e o sexto sobre normas de prestação de serviços fundamentais para uma assistência de qualidade.

A finalidade da criação desses padrões é melhorar o acesso e a qualidade de serviços de saúde materna e neonatal, bem como fornecer serviços eficazes a essa população, além da utilização de recursos para otimização da assistência à saúde do indivíduo e da família e, por fim, propiciar a satisfação da comunidade com os serviços de saúde maternos e infantis (OMS, 2007).

O formato dos padrões criados pela OMS foi estruturado para facilitar o uso por diversos países, de acordo com suas necessidades e disponibilidades de recursos, possibilitando que, no ano 2000, no Brasil, fosse implantado um programa de acompanhamento à gestante, denominado Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo sido efetivado apenas em 2002, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas de pré-natal e promover o vínculo entre assistência

ambulatorial e o parto (BRASIL, 2002a). Para a concretização desses objetivos, algumas medidas, como atribuição do número mínimo de consultas a ser realizado, período adequado para iniciar o acompanhamento pré-natal, bem como tipo e quantidade de exames que devem ser solicitados, foram preconizadas, para que a assistência prestada fosse eficaz e servisse como parâmetro para determinação de um padrão de qualidade da assistência pré-natal.

Soma-se a essas medidas a criação de um sistema de informação para avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada à população brasileira, o Sistema de Informação sobre Pré-natal mais conhecido como SISPRENATAL.

Esse programa proporciona a gestores e profissionais da saúde o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde.

No Ceará, a implantação do programa aconteceu em julho de 2001 e, em 2003, os 184 municípios do Estado haviam aderido. O Núcleo de Informação em Saúde, analisando os indicadores do Programa no Estado do Ceará, entre os anos de 2001 a 2006, demonstrou que, ao longo dos seis anos, foram registradas no sistema 312.507 grávidas. Enquanto isso, registraram-se, no Sistema de Informação de Nascimentos Vivos (SINASC), 691.001 recém-nascidos, isto é, 45,2% do número de nascimentos vivos (CEARÁ, 2006).

Um estudo da assistência pré-natal de Fortaleza realizado em Rocha (2011) destacou a sobrecarga dos profissionais de saúde em atender a população e registrar as informações referentes às consultas realizadas, por não existir em nenhuma das unidades avaliadas um funcionário de apoio para o preenchimento dos formulários, gerando um subregistro das informações, tornando os indicadores irrealis.

Acredita-se ser imprescindível que as autoridades voltem sua atenção à saúde da mulher e estabeleçam estratégias de melhoria da qualidade da assistência pré-natal prestada, a fim de melhorar os indicadores.

Considera-se que uma das formas de colaborar para diminuir o subregistro ensejando melhores indicadores da assistência pré-natal, bem como proporcionar uma assistência com qualidade de acordo com os parâmetros do PHPN, é a de realizar

investigações que demonstrem as lacunas de conhecimento dos profissionais sobre esse programa e apontem caminhos que possibilitem a reversão desse quadro, propiciando, conseqüentemente, subsidiar a redução da mortalidade materna e neonatal.

A investigação dos dois componentes mencionados indicará a conjuntura diagnóstica sobre o que os profissionais de saúde sabem e fazem sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Tal avaliação fornecerá subsídios para o desenvolvimento de estratégias para melhorar o acompanhamento pré-natal e facilitar a informação dos indicadores ocasionados com esse acompanhamento. Ademais, acredita-se que a aplicabilidade do estudo contribuirá para o fortalecimento da assistência pré-natal, proporcionando uma avaliação real da assistência prestada as gestantes mediante indicadores fidedignos.

Compreende-se a relevância de responder: quais são os conhecimentos e práticas dos profissionais dos Centros de Saúde da Família (CSF) da atenção básica de Fortaleza acerca do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Família, do Município de Fortaleza, acerca do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

2.2 Específicos

- Analisar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal, nessas unidades, em relação a categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível da pós-graduação, área de conhecimento da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento, período do treinamento e motivação para participar do treinamento.

- Verificar a realização das atividades preconizadas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento pelos profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Família.

- Identificar as informações sobre a monitoração da assistência pré-natal prestada, por meio do Sistema de Informação do Pré-Natal.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Estudos, conhecimento, atitude e prática e sua aplicabilidade na saúde

Os estudos “KAP” (Knowledge Attitude and Practice) pertencem aos ensaios avaliativos, denominados avaliação formativa, servindo para obter dados de uma população, bem como identificar os caminhos possíveis para uma intervenção, pois consistem de um conjunto de questões que visam a medir o que sabe, pensa e faz uma determinada população ante determinado problema (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Esses estudos foram criados por pesquisadores demográficos, numa tentativa de coletar informações sobre contracepções e comportamentos reprodutivos (WAEWICK; LININGER, 1975). Desde então, são largamente aplicados e já foram desenvolvidos para grupos especiais, como adolescentes, caminhoneiros, profissionais do sexo, homossexuais masculinos e femininos e trabalhadores de setores diversos. Foram utilizados nas estratégias preventivas ante a AIDS, com a intenção de identificar as principais características de uma determinada população no que se refere aos seus conhecimentos, atitudes e práticas (BRASIL, 2002d).

Segundo Marinho *et al* (2003), o conceito de conhecimento, atitude e prática foi estabelecido mediante diversos estudos similares, culminando nos seguintes parâmetros:

- conhecimento - recordar fatos específicos ou a habilidade para aplicar eventos particulares para resolução de problemas, ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

- atitude - é essencialmente ter opinião. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidas a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional; e

- prática - é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Dessa forma, o estudo KAP permitirá um processo mais eficiente de criação de consciência, permitindo, posteriormente, adaptar o programa de forma mais adequada às necessidades, já que ele visa a medir o que a população do estudo sabe, pensa e atua ante a um tema predefinido (BRASIL, 2002d).

Para Desalu et al (2009), esse tipo de estudo permite identificar barreiras para a boa prática, podendo auxiliar na avaliação e formulação de diretrizes eficazes, podendo ser adaptado a diferentes contextos, visando ao planejamento estratégico de intervenções de promoção da saúde (NAIDDO; WILLS, 2000).

Kaliyaperumal (2004) assevera que, antes de começar o processo de criação de consciência em uma dada comunidade, é necessário inicialmente avaliar o ambiente onde a criação da consciência ocorrerá. Noções sobre os níveis de conhecimento, atitude e prática permitirão um processo mais eficiente de criação de consciência de como ele permitirá que o programa seja adaptado de modo mais adequado às necessidades da comunidade.

Estudos como o de Naim e Bhutto (2000), que investigaram o padrão de atividade sexual durante a gravidez, explorando conhecimento, atitude e prática, e o de Vasconcelos et al. (2011), que avaliou o conhecimento, atitude e prática de usuárias de uma unidade básica de saúde (UBS) sobre o exame colpo citológico, estão utilizando essa estratégia para diferentes tipos de experimento. No Brasil, pesquisas acerca de conhecimento, atitude e prática sobre câncer de mama, câncer de colo uterino, anticoncepção de emergência, aborto, utilização de pílulas anticoncepcionais e preservativos, são exemplos de estudos realizados, assim como em outros países, como Grécia, Etiópia, China e Iran.

A população mais pesquisada nesses estudos é de crianças, mulheres e cuidadores, que procuram algum tipo de atendimento ou exibem alguma patologia. Estudos, porém, pesquisam o que sabem, pensam e fazem os profissionais de saúde. Entre eles está o de Khan et al. (2011), realizado na Arábia Saudita, onde aplicaram o inquérito KAP para médicos da atenção primária sobre os cuidados recomendados pelo Ministério da Saúde para o Diabetes tipo II, demonstrando a necessidade de melhoria em seus conhecimentos, atitudes e práticas sobre o tratamento para o diabético do tipo II.

Outro estudo realizado com 318 profissionais de saúde do Irã sobre detecção precoce do câncer de mama identificou que os profissionais responsáveis pela execução do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama devem melhorar seus conhecimentos e atitudes nesta temática, inferindo que isto ainda pode não ser suficiente para se chegar a um nível adequado de prática (HARIRCHI et al., 2009).

No Brasil, foi realizado um estudo, no ano de 2004, com ginecologistas e obstetras, para avaliar conhecimento, opinião e conduta destes especialistas sobre o aborto induzido, que identificou falta de conhecimento da situação legal do aborto entre os entrevistados, apesar da maioria ter atitudes e condutas favoráveis (FAÚNDES et al., 2004).

Por serem profissionais qualificados que trabalham em um ambiente assistencial e acadêmico (VILELA et al., 2009), espera-se que detenham todos os conhecimentos necessários para prestarem uma assistência de qualidade à população. Pesquisar o conhecimento do profissional sobre um assunto ou programa permite identificar os pontos deficientes que estão impedindo um acompanhamento adequado durante o período gestacional, demonstrando os aspectos que necessitam de esforços educativos (HENNIG et al., 2006)

A realização de estudos desse tipo, sobre o que sabem e fazem os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, poderá ajudar no planejamento de estratégias que visem a melhorar o acompanhamento, bem como os indicadores de qualidade da assistência pré-natal.

3.2 Assistência pré-natal no Mundo

A cada ano ocorrem cerca de 120 milhões de gestações em todo o mundo, e mais de meio milhão de mulheres morrem de complicações decorrentes da gravidez e do parto (MACDONALD; STARRS, 2003).

Apesar de muitos avanços ocorridos para a melhoria da assistência pré-natal, na tentativa de reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, verificam-se atualmente taxas elevadas em diversos países.

Na América Latina e Caribe, anualmente, ocorrem cerca de 22.000 mortes maternas (ABOUZHR, 2003). Na Nicarágua, o segundo país mais pobre da América Latina, e no Caribe, a proporção da mortalidade materna é tão elevada que chegou a 230 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos nos últimos anos (ABOUZHR; WARDLAW, 2004).

Com o intuito de melhorar a saúde materna, aumentar os partos seguros e reduzir a morbimortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde da Nicarágua implementou o programa Atenção Integral da Mulher (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2004). Embora esse programa incentive a utilização pelas mulheres dos serviços de saúde, elas continuam a enfrentar muitas barreiras sociais, econômicas e de saúde para decidir procurar por essa assistência, levando a acreditar que, melhorando a capacidade de recursos humanos que prestam esses cuidados, se pode proporcionar total acesso aos serviços, aumentando provavelmente a utilização do serviço (LUBBOCK; STEPHENSON, 2008).

No Iran, anualmente, cerca de um milhão de mulheres dão à luz, sendo 40% desses partos por cesariana. Os registros maternos demonstram que, dos 295 registros de morte materna, 87,6% ocorreram em hospitais e 60% desses óbitos foram relacionados com erros médicos, comprovando a necessidade de melhorias na qualidade com o cuidado materno (TITA et al., 2007).

A melhoria da qualidade, portanto, exige um consenso profissional sobre a implementação de pesquisa baseada em evidências clínicas, atenção para a necessidade do paciente, valores e preferências (SANARES; HELIKER, 2005).

Na Austrália, quase todas as grávidas recebem alguns cuidados pré-natais, que pode ser realizado por diversos profissionais, por exemplo, parteiras, obstetras, aborígenes, trabalhadores de saúde, médicos de clínica geral etc, que trabalham em ambiente hospitalar ou na comunidade (POWELL; DUGDALE, 1999). Na Austrália, no entanto, não há diretrizes nacionais abrangentes sobre o cuidado pré-natal desde o Nacional Health and Medical Research Council (NHMRC), que rescindiu suas diretrizes em 1995. Em um estudo recente,

realizado em 227 hospitais australianos, foi demonstrado que não existe um protocolo nacional de prestação de cuidados pré-natais (HUNT; LUMLEY, 2002).

Na China, desde 1987, o governo promove em âmbito nacional, cuidados pré-natais, tendo, por meio do Ministério da Saúde, emitido diretrizes intituladas “Perinatal Care Management Approaches for Urban Women”, e “Systematic Maternal Care Management Approaches for Rural Women” nos anos de 1987 e 1989, respectivamente (WU et al., 2008), levando ao crescimento da prestação e utilização dos cuidados pré-natais, embora algumas discrepâncias sejam evidentes entre as áreas urbanas e as rurais e dentro delas, especialmente na área rural, onde o pré-natal varia de lugar para lugar, em termos de frequência e conteúdo do cuidado pré-natal (WU et al., 2005).

A ampla variação na ideia e implementação de programas de pré-natal tornou-se difícil para determinar a eficácia do pré-natal (VIDAFF; FRANZINI; LOW, 2003).

Nos Estados Unidos, o pré-natal é um dos serviços de cuidados preventivos de saúde mais usados, pois quase quatro milhões de mulheres, a cada ano, dão à luz nos EUA, e a maioria delas recebe algum tipo de atendimento pré-natal (KOGAN ET AL, 1998; ALEXANDRE; KORENBROT, 1995).

Os primeiros registros de assistência pré-natal, nos Estados Unidos, datam da primeira década do século XX, quando a Senhora William Lowell Putnam iniciou um serviço de pré-natal em Boston, no hospital Lying-In, onde grávidas eram visitadas por uma enfermeira a cada dez dias para instruções sobre autocuidado (THOMPSON; WALSH; MERKATZ, 1990).

Desde então, a abordagem do pré-natal foi baseada originalmente na detecção e tratamento da pré-eclâmpsia e, mais tarde, do parto prematuro, porém a ênfase na prestação desse serviço teria que mudar de enfoque, das condições da mãe para as condições do feto, em razão da disparidade no peso ao nascer e da mortalidade infantil que se manteve ou aumentou (INSTITUTE OF MEDICINE, 1985).

Para maior controle do cuidado pré-natal prestado à população feminina do País, o Instituto de Medicina, em 1973, desenvolveu um índice composto pelo mês da primeira

consulta de pré-natal e pelo número total de consultas realizadas durante a gestação (KESSNER et al., 1973). Em 1979, esse sistema foi modificado por Gortmaker e agora é comumente utilizado na vigilância do acompanhamento pré-natal, sendo conhecido por índice de adequação do cuidado, ou, mais comumente, índice Kessner (GORTMAKER, 1979).

Esse índice categoriza as grávidas em seis grupos, nas que não estão recebendo os cuidados, inadequados, intermediários, adequados e intensivos, e naquelas onde tal informação está ausente ou é desconhecida (ALEXANDER; CORNELEY, 1987).

Seis barreiras aos cuidados foram significativamente relacionadas com o índice Kessner: problemas financeiros, e de transporte, conflitos de tempo, sentimentos ambivalentes sobre a gravidez, crença de que o cuidado pré-natal não é importante e uma falha de conhecimento sobre o cuidado pré-natal (KIELY; KOGAN, 2012).

O México constituiu estratégias para um bom funcionamento pré-natal, onde as grávidas devem receber a primeira consulta pré-natal durante o primeiro trimestre e realizar pelo menos sete consultas durante a gestação (NOM, 1995). Enquanto isso, países como os EUA estabeleceram que o pré-natal é adequado ou inadequado, ajustando o número de visitas por idade gestacional (INSTITUTE OF MEDICINE, 1973).

A Indonésia é um dos poucos países que implementaram iniciativas para fornecer cuidados obstétricos à comunidade. Em 1989, o governo indonésio lançou um programa de maternidade segura, com o objetivo de atribuir uma parteira para cada aldeia (THE WORLD BANK, 1994). Dentro de sete anos, cerca de 54.000 parteiras haviam sido contratadas, dobrando o número de nascidos vivos sob os cuidados das parteiras ou de outros profissionais de saúde (INDONÉSIA, 1997).

Em 2005, um novo regime de seguro de saúde, chamado de ASKESKIN (Asuransi Untuk Kesehatan Miskin Keluarga ou seguro de saúde para o pobre), fez as famílias mais pobres elegíveis para isenção de taxas para o cuidado de rotina e emergência. Com o ASKESKIN, as parteiras são pagas para realizar os partos, seja em sua casa ou na casa da gestante (GTZ-ILO-WHO CONSORTIUM, 2005).

3.3 Contexto histórico da assistência pré-natal no Brasil

Historicamente, até a década de 1940, as mulheres engravidavam e tinham seus filhos em casa, necessitando apenas do auxílio de outras mulheres, as parteiras; entretanto, com o advento da industrialização no Brasil, as altas taxas de mortalidade materna e perinatal começaram a ser discutidas pelas esferas públicas, em razão de uma necessidade político-econômica de garantir exército e trabalhadores. Dessa forma, o parto passa a ser tratado como um procedimento médico, deixando de ser íntimo, sendo a partir de então vivido de maneira pública com a interferência de outros agentes (BRASIL, 2001).

Em concordância, Tanaka (1995) exprime que, durante séculos, as mulheres detinham os cuidados assistenciais ao parto entre todas as classes sociais. Seus conhecimentos eram leigos e empíricos e eram passados de geração a geração. Historiadores médicos, porém, desqualificaram a assistência prestada pelas mulheres, que se opunha à assistência médica, masculina, segura e científica.

Isso implica dizer que a institucionalização do parto, iniciado na década de 1940, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Depois, já na década de 1960, com a criação dos centros de saúde, deu-se início aos programas de pré-natal que tiveram inicialmente como principal objetivo a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2001).

Rangel (2005) destaca o fato de que, apesar dos inquestionáveis avanços conquistados nessa área, é relevante frisar o uso abusivo na adoção de técnicas intervencionistas desnecessárias em detrimento de uma atuação assistencial que favoreça o vínculo mãe-filho, assim como o sucesso da amamentação.

Com origem em várias iniciativas, foram surgindo com intuito de reduzir a mortalidade materna, como a de Galba de Araújo, que tentou, no Estado do Ceará, integrar as parteiras legais ao sistema de saúde, na tentativa de melhorar a assistência e reduzir os riscos. Outra importante iniciativa foi a implantação, no ano de 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluiu a assistência pré-natal (BRASIL, 2001).

O PAISM foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) para melhorar à atenção à saúde reprodutiva da mulher, prevendo em suas diretrizes a capacitação dos serviços de saúde para atender as necessidades específicas das mulheres, com um enfoque multiprofissional do cuidado e integralidade da atenção, abrangendo o contexto social, familiar, emocional e de saúde reprodutiva e preventiva, visando a uma humanização da assistência durante todas as fases da vida das mulheres (OSIS, 1998).

A baixa qualidade da atenção prestada durante a gravidez, contudo, resultou em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal nas diversas esferas, tendo como um dos motivos a persistência da dificuldade de acesso à assistência em algumas regiões (BRASIL, 2002a).

Na tentativa de mudar esse quadro, foi aprovado em 1988, pela Constituição, mediante a reforma sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como metas a universalidade, a equidade, a descentralização, a integração dos serviços de saúde o atendimento integral e a participação da comunidade (RANGEL, 2005).

Em adição à criação do SUS, e com o intuito de cumprir a meta da descentralização, o Ministério da Saúde ampliou investimentos para promover a organização da Atenção Básica nos municípios, criando e implantando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), que favorecem a Promoção da Saúde, valorizando a pessoa, as famílias e a comunidade, proporcionando a cura e a prevenção, melhorando as condições de vida e saúde da população (BRASIL, 2002b).

Nessa perspectiva, o papel do PAISM é desenvolver discussão permanente com a população adstrita, especialmente com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal, na tentativa de que as mulheres procurassem a unidade de saúde ainda no primeiro trimestre de gravidez e que aderissem a essa assistência, o que não aconteceu, levando ao registro de 64,8 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos no Brasil no ano de 1998, tendo como a principal causa desses óbitos a síndrome hipertensiva, causa essa essencialmente prevenível se garantida uma assistência de qualidade (BRASIL, 2002a).

Reconhecendo, pois, a importância de estabelecer mecanismos que possibilitassem o melhoramento da qualidade da assistência pré-natal, o MS, pela Portaria GM/MS nº 569/GM de 1º de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000).

Desde então, estudos como os de Frota et al. (2009) são realizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes em todo o Brasil, demonstrando lacunas na assistência pré-natal e evidenciando a necessidade de investimentos na formação de pessoal qualificado para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Em concordância, Almeida et al. (2007) exprimem que a ausência ou o pré-natal inadequado é um dos fatores estatisticamente significativos ao óbito fetal anteparto, além de morbidades desenvolvidas durante a gestação, como comprovam os dados do estudo de Moraes et al. (2011), realizado em São Luiz do Maranhão, verificando que, dos 122 casos de gestantes internadas com morbidades, 90% receberam assistência pré-natal, sendo que a maioria com número de consultas inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde, e 71,9 % estavam internadas com casos graves de morbidade, como a hipertensão na gravidez.

Cabe ressaltar que a hipertensão arterial na gestação é uma das patologias que deve ser prevenida, identificada e tratada durante o pré-natal, evitando maiores danos à gestante e ao seu conceito.

3.4 Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

O PHPN foi instituído com variados componentes de incentivo à assistência pré-natal, com novos investimentos, organização e regulação na assistência obstétrica, estabelecendo uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (BRASIL, 2001).

O programa é dividido em três componentes, com objetivos específicos, sendo o componente I referente à assistência pré-natal, objetivando estimular estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal adequado e o cadastramento das gestantes de acordo

com os princípios e critérios estabelecidos, instituindo incentivos financeiros; o componente II refere-se a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, objetivando o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, mediante a estruturação de centrais de regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, além do financiamento de hospitais públicos e filantrópicos; e o componente III reporta-se à nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, com o objetivo de melhorar o custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS (BRASIL, 2002c).

Esse programa trouxe na sua essência duas características marcantes - o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, incorporados como diretrizes institucionais, tendo como objetivo principal a reorganização da assistência, vinculando totalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2001).

O Programa foi implantado tendo como ponto-chave a ESF, onde os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde (UBS) são atualmente responsáveis pelo desenvolvimento das ações propostas (BRASIL, 2001).

Dessa forma, as equipes da ESF devem desenvolver ações relacionadas ao acompanhamento da gestante, de acordo com o Anexo I, que fala do conjunto mínimo de procedimentos a serem realizados, concretizando no mínimo: a primeira consulta pré-natal até o 4º mês de gestação; seis consultas durante o pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; duas rotinas de exames mínimos, sendo ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na trigésima semana de gestação; urina do tipo I, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana de gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na trigésima semana; HB/HT, na primeira consulta e testagem anti-HIV, nos municípios com população acima de 50.000 hab.; aplicação de vacina antitetânica; atividades educativas; classificação de risco gestacional em todas as consultas; e referenciar ao atendimento ambulatorial ou hospitalar às gestantes classificadas como de alto risco (BRASIL, 2000).

Como forma de estimular os municípios a adotarem um adequado acompanhamento pré-natal, o MS repassa um incentivo financeiro proveniente do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do Ministério da Saúde – FAEC, especificados da seguinte forma: R\$ 10,00 / gestante cadastrada no sistema mediante preenchimento da Ficha de Cadastro da Gestante; R\$ 40,00 / gestante que concluir a assistência pré-natal, com a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta puerperal até 42 dias após o parto, duas rotinas mínimas de exames, conforme especificado no parágrafo anterior e vacinação antitetânica; e R\$ 40,00 / parto a unidade hospitalar onde a gestante fizer o parto (BRASIL, 2002c).

Vale ressaltar que essa verba é repassada fundo a fundo para os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (PSM), não estando incluída no teto financeiro municipal, podendo ser identificado no extrato municipal como recurso oriundo do programa. Já nos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica (PAB), os recursos são repassados por meio do Estado (BRASIL, 2002c).

Os recursos captados desde o cadastramento e acompanhamento das gestantes devem ser aplicados em ações que visem à melhoria do acesso, da qualidade e humanização da assistência à gestante, ao recém-nascido e à puérpera (BRASIL, 2002c), podendo auxiliar aos municípios a equipar as unidades de saúde, treinar os profissionais responsáveis pelo acompanhamento pré-natal e melhorar a estrutura física das unidades que porventura registrem dificuldades ao acesso da população que procura esse serviço.

Para que o SUS pudesse realizar o monitoramento do cumprimento das ações básicas, foi elaborado pela equipe técnica do Programa e pelo DATASUS um sistema informatizado, o SISPRENATAL.

3.4.1 Sistema de Informação sobre Pré-Natal – SISPRENATAL

É um sistema de uso obrigatório para os municípios que aderiram ao PHPN. Foi desenvolvido em ambiente *Windows* e está disponível para *download* no *site* do DATASUS. Esse sistema exprime dois objetivos principais: possibilitar o monitoramento do PHPN pelos gestores do SUS e acompanhar o cumprimento dos critérios para pagamento dos incentivos (BRASIL, 2011).

O SISPRENATAL, como sistema de informação deve ser alimentado mediante dois formulários, a Ficha de Cadastramento da Gestante (FCG) e Ficha de Registro Diário do Atendimento das Gestantes (FRDAG). Inicialmente, é gerado um número pelo qual a gestante será cadastrada no sistema, chamada de série numérica. Essa numeração será composta inicialmente pelo código do Estado no IBGE (Ex.: Paraíba - 25), logo após, virão os dois últimos algarismos do ano em curso (Ex: 11 para 2011). Os seis últimos algarismos obedecem a uma ordem crescente, começando em 000.001, indo até no máximo 999.999, em cada Estado (BRASIL, 2011b).

A distribuição da série numérica será do estado para o município anualmente, e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para cada UBS, na quantidade referente ao número de gestantes habitualmente atendidas em cada unidade, ou por meio de outra estimativa realizada pela própria SMS, sendo importante acrescentar um percentual como margem de segurança (BRASIL, 2001b).

Dessa maneira, o município deve providenciar a impressão das FCG e FRDAG e sua distribuição para as unidades responsáveis pelo atendimento das gestantes, possibilitando assim a informação do cadastro e acompanhamento das gestantes.

A alimentação adequada do SISPRENATAL enseja um conjunto de relatórios e indicadores de resultados e de processo, que devem ser utilizados para avaliar e programar ações nos planos estadual, municipal e local, UBS, já que o monitoramento do programa pode ser realizado em qualquer nível – na unidade, no município, nas instâncias regionais, estaduais e nacionais (SERRUYA, 2003).

O sistema enseja indicadores de processo que devem ser utilizados por gestores e profissionais de saúde para o monitoramento e acompanhamento do cumprimento dos critérios adotados pelo Programa e do pagamento dos incentivos, que são: percentual de gestantes inscritas no programa e realizaram a primeira consulta até o 4º mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existente ou estimado pelo número de nascidos vivos do município), percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério, percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos, percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de

pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica e percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica (BRASIL, 2002).

Estudos para avaliação do pré-natal no Brasil vêm utilizando os dados contidos no SISPRENATAL por meio dos indicadores de processo como os estudos realizados por Grangeiro et al. (2008), Moimaz et al. (2010) e Succi et al. (2008), e tem demonstram que, apesar do aumento do número de consultas pré-natais após a implantação do PHPN, é evidente a baixa proporção de atendimento pré-natal de excelência e deficiência na qualidade das informações geradas, revelando a urgente necessidade de melhorar essa assistência nas UBS.

Para garantir uma assistência condizente com os parâmetros do PHPN e dados que reflitam a realidade dessa assistência, é necessária a realização de capacitações regulares e conscientização dos recursos humanos envolvidos no processo de acompanhamento pré-natal e geração dos dados relativos ao atendimento (MOIMAZ et al., 2010).

3.5 Ações de pré-natal desenvolvidas na Atenção Primária de Saúde

A efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), após sua regulamentação pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, proporcionou a reversão do modelo assistencial centrado na doença, dando ênfase para a atenção primária à saúde (BRASIL, 1988; STARFIELD, 2004).

Inicialmente, houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, onde seus resultados demonstraram uma experiência bem-sucedida, proporcionando, no final da década de 1980, a adoção do Programa Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde, como estratégia para implementar ações de saúde coletivas no contexto social (PALACIN, 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF), conhecido atualmente por Estratégia Saúde da Família (ESF), surgiu como estratégia à reorientação do modelo de atenção à saúde, adotando práticas que vão além da unidade de saúde, envolvendo a comunidade local em seu habitat, permitindo o conhecimento da realidade e o estabelecimento de prioridades de trabalho em curto, médio e longo prazo (KRAWIEC, 2001), adotando ações básicas a serem executadas como: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, controle do *Diabetes mellitus*, controle da hipertensão arterial, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal (BRASIL, 2001).

Com a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, deveriam garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos por esse programa, tendo sido atribuído às equipes de Saúde da Família esse papel (BRASIL, 2006).

Para efetivação desse Programa, foram criados requisitos para o desenvolvimento das ações, como: disponibilidade de recursos humanos que possam acompanhar a gestante segundo os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; área física adequada para atendimento a gestantes e familiares na unidade de saúde, com boas condições de higiene e ventilação; equipamentos e instrumentos mínimos; apoio laboratorial para a Unidade Básica de Saúde, garantindo a realização dos exames mínimos; instrumentos, processamento e análise dos dados disponíveis, visando a permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, por meio da coleta e análise dos dados obtidos na unidade de saúde ou no domicílio; medicamentos essenciais; e avaliação permanente da atenção pré-natal (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, até o final do ano de 2005, o Ceará possuía 1.328 equipes do Programa Saúde da Família, o que proporcionou uma cobertura de mais de 60% da população cearense pelo programa (CEARÁ, 2006).

Concomitantemente, o Município de Fortaleza iniciou o processo de implantação, estruturação e expansão de suas equipes, implantando, até março de 2007, 256 EqSF, atingindo uma cobertura de 37,19% da população, totalizando 2.374.944 habitantes assistidos pela ESF (BRASIL, 2007).

Estudo realizado por parte de Rocha (2011), em Fortaleza, nos Centros de Saúde da Família, demonstrou que, apesar de a planta física dos Centros de Saúde estar adequada para o acompanhamento pré-natal, nenhuma dessas unidades dispunha de sala de espera, disponibilizando apenas bancos nos corredores em quantitativo insuficiente. Apesar da existência de pias para lavagem das mãos nos consultórios, foram detectados o não funcionamento destas e a falta de um ambiente adequado para a realização de atividades educativas, estando presente em poucas unidades.

Demonstrou, ainda, a existência de áreas descobertas por agentes comunitários de saúde (ACS) deixando, portanto, a população dessas áreas sujeita à realização do acompanhamento pré-natal de forma inadequada (ROCHA, 2011).

A autora também avaliou os registros do SISPRENATAL, que revelaram um baixo percentual de início do pré-natal ainda no primeiro trimestre (6,07%), assim como para o percentual de gestantes com no mínimo seis consultas pré-natal (7,64%), valor considerado irrisório pela autora, comparado ao ideal.

Silva et al. (2009) expressam que as mortes maternas por causas evitáveis podem estar relacionadas às falhas no atendimento, sendo verificada em outro estudo realizado em Fortaleza a necessidade de qualificar e atualizar cada vez mais os profissionais da equipe multidisciplinar envolvidos na assistência pré-natal (SILVA et al., 2006).

Essas falhas podem estar relacionadas com o descumprimento de alguns parâmetros do PHPN pelos profissionais de Fortaleza, como demonstrado por Frota et al. (2009), que avaliaram a qualidade da assistência prestada às gestantes de uma secretaria executiva regional, demonstrando a baixa realização de critérios importantes como realização dos exames preconizados e da consulta puerperal, tornando-se importante analisar o conhecimento dos profissionais sobre o PHPN, que pode estar influenciando nesse descumprimento.

Destaca-se como imprescindível a ideia de que as autoridades voltem sua atenção à saúde da mulher e estabeleçam estratégias de melhoria da qualidade da assistência pré-natal prestada, a fim de melhorar os indicadores já citados.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

Este é um estudo transversal do tipo inquérito, realizado com profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Família do Município de Fortaleza, no período de fevereiro a setembro de 2010.

De acordo com Medronho (2009), esse tipo de estudo é caracterizado pela observação direta de uma determinada quantidade de indivíduos em uma só oportunidade, tendo como característica fundamental desses estudos a inferência.

4.2 Local e período de realização do estudo

O estudo foi realizado no Município de Fortaleza – CE, localizado no litoral norte do Estado do Ceará, possuindo uma área de 313,8 km². Atualmente, é composta por 2.141.402 habitantes, de acordo com o último censo, sendo a cidade mais populosa do Ceará e a quinta do Brasil (IBGE, 2010).

A atenção básica de Fortaleza é composta por 320 equipes da Estratégia Saúde da Família funcionando em 92 centros de saúde, 17 CAPS (I, III, AD e Infantil) e 24 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídos nos [http://pt.wikipedia.org/wiki/Fortaleza - cite_note-6](http://pt.wikipedia.org/wiki/Fortaleza_-_cite_note-6) 116 bairros divididos em seis secretarias executivas regionais (SER), que são unidades administrativas diretas da Prefeitura, sendo responsáveis pela execução dos serviços públicos em cada área.

As equipes de saúde da família nas secretarias executivas regionais são alocadas em centros de saúde de acordo com a população que deverá ser atendida pelas equipes, ficando distribuídas da seguinte maneira:

Quadro1- Distribuição dos centros de Saúde da Família pelas Secretarias Executivas Regionais. Fortaleza, Ceará, 2011.

Secretaria Executiva Regional	Número de Centros de Saúde
I	14
II	11
III	16
IV	12
V	19
VI	20
Total	92

Nesses centros atuam, aproximadamente, 557 profissionais, distribuídos em médicos e enfermeiros, responsáveis pelo atendimento da população das áreas adstritas às unidades. Dentre as atribuições desses profissionais, destaca-se o acompanhamento pré-natal, que, no ano de 2000, aderiu ao PHPN, estando, hoje, todas as equipes com esse programa implantado.

No Município, o número para o cadastro da gestante no SISPRENATAL é gerado pela Célula de Saúde da Mulher (CSM), localizada na Secretaria Municipal de Saúde, e encaminhada para as secretarias executivas regionais, de acordo com a necessidade de cada uma, ficando a cargo das SER a distribuição aos seus respectivos centros de saúde e o recebimento mensal, até 5º dia útil de cada mês, das informações referentes ao acompanhamento das gestantes, provenientes de cada equipe dos centros de saúde, e repassar à CSM, ficando esta responsável por consolidar os dados do município e gerar os indicadores de saúde constituídos por meio das informações contidas no SISPRENATAL.

4.3 Amostra dos centros de Saúde da Família

Na amostra dos 37 Centros de Saúde, foi estabelecido um intervalo de confiança de 95%, tendo nível de significância de 1,96, expresso em desvio-padrão (a), erro máximo permitido (e) de 0,05 e uma prevalência (P) de 50% dos centros de Saúde da Família de Fortaleza. O critério de inclusão foi possuir profissionais médicos e enfermeiros que realizam o acompanhamento pré-natal. O de exclusão foi o Centro estar sendo reformado durante o período da coleta de dados e não realizar acompanhamento pré-natal. Para o cálculo amostral, foi utilizada a fórmula para estudos com amostras finitas (JECKEL; ELMORE; KATZ, 2005), descrita abaixo:

$$n = \frac{a^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + a^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

n= tamanho da amostra

a²= nível de significância escolhida, expresso em número de desvio padrão

p= percentagem em que o fenômeno se verifica

q= percentagem complementar (100-p)

N= tamanho da população

e²= erro amostral permitido

Dentre os centros de saúde foram selecionados por meio de sorteio, para a realização do estudo os que estão no quadro 2.

Quadro 2- Distribuição dos centros de Saúde da Família selecionados para fazer parte do estudo por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza, Ceará, 2011.

Centros de Saúde	Enfermeiros N	Médicos N	Total
Secretaria Executiva Regional I			
Centro de Saúde da Família Virgílio Távora	5	4	9
Centro de Saúde da Família Guiomar Arruda	5	4	9
Centro de Saúde da Família Fernando Façanha	2	1	3
Centro de Saúde da Família Paulo Machado	6	3	9
Centro de Saúde da Família João Medeiros	5	2	7
Centro de Saúde da Família Carlos Ribeiro	4	1	5
TOTAL	27	15	42
Secretaria Executiva Regional II			
Centro de Saúde da Família Aída Santos e Silva	5	2	7
Centro de Saúde da Família Frei Tito	4	4	8
Centro de Saúde da Família Pio XII	2	1	3
Centro de Saúde da Família Flavio Marcílio	4	4	8
TOTAL	15	11	26
Secretaria Executiva Regional III			
Centro de Saúde da Família João XXIII	4	1	5
Centro de Saúde da Família César Cals	7	3	10
Centro de Saúde da Família Francisco Pereira	3	1	4
Centro de Saúde da Família Fernandes Távora	3	1	4
Centro de Saúde da Família Waldemar de Alcântara	3	2	5
Centro de Saúde da Família José Sobreira	4	-	4
TOTAL	24	8	32
Secretaria Executiva Regional IV			
Centro de Saúde da Família Luís Albuquerque	4	4	8
Centro de Saúde da Família José Valdevino de Carvalho*	4	2	6
Centro de Saúde da Família Abel Pinto	3	2	5
Centro de Saúde da Família Dr. Luís Costa	3	1	4
Centro de Saúde da Família Dr. Roberto da Silva	3	2	5
TOTAL	17	11	28
Secretaria Executiva Regional V			
Centro de Saúde da Família Galba Araújo	7	6	13
Centro de Saúde da Família Zélia Correia	4	4	8
Centro de Saúde da Família Luciano Torres de Melo	4	2	6
Centro de Saúde da Família Pedro Celestino	4	3	7
Centro de Saúde da Família José Walter	3	1	4
Centro de Saúde da Família Argeu Hebster	5	3	8
Centro de Saúde da Família Graciliano Muniz	5	4	9
Centro de Saúde da Família Siqueira	2	2	4
TOTAL	34	25	59
Secretaria Executiva Regional VI			
Centro de Saúde da Família Teresinha Parente	6	6	12
Centro de Saúde da Família Janival de Almeida	6	3	9
Centro de Saúde da Família José Barros	2	1	3
Centro de Saúde da Família Manoel Carlos	3	1	4
Centro de Saúde da Família Alarico Leite	4	2	6
Centro de Saúde da Família Matos Dourado	3	4	7
Centro de Saúde da Família Waldo Pessoa	2	2	4
Centro de Saúde da Família Hélio Góis Ferreira*	5	1	6
TOTAL	31	21	52
TOTAL GERAL	148	91	239

* Selecionados para realização do teste-piloto.

4.3.1 População do estudo

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros e médicos responsáveis pelo acompanhamento pré-natal nos Centros de Saúde da Família do Município de Fortaleza-CE, totalizando 239 profissionais, sendo destes 148 enfermeiros e 91 médicos, compondo a população do estudo. Após a seleção dos Centros de Saúde que fariam parte do estudo, foram escolhidos dois: C.S.F. Hélio Góis Ferreira e C.S.F José Valdevino de Carvalho, para, assim, ser aplicado o teste-piloto do estudo, reduzindo, portanto, a população do estudo para 227 profissionais, sendo destes 139 enfermeiros e 88 médicos.

4.4 Descrição das variáveis

1 Foram criadas duas variáveis dependentes, ou seja, conhecimento total, mediante o somatório das variáveis relacionadas ao conhecimento dos profissionais sobre os parâmetros utilizados pelo PHPN, para considerar um adequado acompanhamento pré-natal (início precoce do acompanhamento pré-natal até 4º mês de gestação, realização de, no mínimo, seis consultas, imunização contra o tétano, oferta da testagem anti-HIV, duas rotinas de exames mínimos, realização da consulta puerperal até 42 dias após o parto, realização de atividades educativas com as gestantes, realização da classificação de risco em todas as consulta pré-natais e referência das gestantes de risco à unidade ambulatorial de referência ou hospitalar), período sugerido pelo Programa para a solicitação de exames durante o acompanhamento pré-natal, indicado para a realização da consulta puerperal, exames que devem ser solicitados na primeira consulta (ABO-RH, VDRL, sumário de urina, glicemia de jejum, hemoglobina, hematócrito, anti-HIV, sorologia para toxoplasmose IgM, sorologia para toxoplasmose IgG e sorologia para hepatite B), exames que devem ser solicitados próximos à 30ª semana de gestação (VDRL, sumário de urina, glicemia de jejum, hemoglobina, hematócrito e anti-HIV) e realização de atividades educativas para as gestantes; e o conhecimento parcial, que obteve o somatório das mesmas variáveis do conhecimento total, excluindo apenas a realização de atividades educativas para a gestante.

2 Variáveis independentes: categoria profissional (médicos e enfermeiros), idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível da pós-graduação (*lato sensu e stricto sensu*), área de conhecimento da pós-graduação (saúde coletiva, saúde pública e saúde da família e

outros), tempo de atuação (em anos), realização de treinamento, período da realização do treinamento (ano) e motivação para a realização do treinamento.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2011, sendo realizada por meio de entrevistas individuais, na própria unidade de saúde em que o profissional desenvolvia atividade de acompanhamento pré-natal. Os profissionais foram abordados durante o turno de trabalho, tendo sido acertado o melhor horário para a aplicação do questionário.

Elaborou-se um formulário que abordava as características sociodemográficas, formação profissional sobre o PHPN, conhecimento, atitude e prática sobre o programa.

Primeiramente, foi realizado um teste-piloto com dez profissionais, sendo seis enfermeiros e quatro médicos, pertencentes a duas unidades de saúde selecionadas para participar da pesquisa, a fim de adequar o instrumento. Por ocasião deste teste, foram adicionadas ao instrumento questões relacionadas à utilização das fichas de cadastro e acompanhamento e, ainda, os motivos da não utilização desses instrumentos e das dificuldades encontradas para a alimentação do sistema. Ressalta-se que os participantes do teste-piloto não foram incluídos na amostra estudada.

Após adequação do instrumento, deu-se início à coleta. Inicialmente, foi solicitada a cada SER de saúde uma autorização para realização da coleta. Posteriormente, essa mesma autorização foi sendo solicitada ao coordenador de cada unidade. Na mesma oportunidade, solicitava-se do coordenador que indicasse os nomes e os horários de atendimento dos profissionais que realizavam o acompanhamento pré-natal.

Posteriormente, entrávamos em contato com os profissionais para agendar dia e horário para a realização da entrevista.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados no pacote estatístico Epi-Info[®] 3.5.3 e analisados no pacote estatístico STATA[®] 11.0. Para as variáveis contínuas, foram realizadas estatísticas descritivas simples (proporção) e empregadas medidas de tendência central (média, mediana e desvio-padrão).

Para análise bivariada, o teste de significância empregado foi Qui-quadrado, de Pearson, procurando relacionar as variáveis preditoras (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formado, pós-graduação, nível da pós-graduação, área de conhecimento da pós-graduação, tempo de atuação na ESF, participação de treinamento sobre o PHPN, período do treinamento e motivação para participar do treinamento) às variáveis dependentes: conhecimento total e parcial.

Para o modelo de regressão logística multivariada, foram considerados o intervalo de confiança de 95% e o nível de significância de 20%. Os dados foram exibidos em tabela e gráficos.

4.7 Aspectos legais e éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob número 0266.0.037.000-11, respeitando os aspectos legais e éticos constantes na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Encontra-se em anexo a Carta de Aprovação (Anexo A).

Como exigido, ainda, foi solicitada autorização à Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola e ao Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessor Técnico da Educação Permanente de cada Secretaria Executiva Regional, o qual mediou a permissão para a coleta dos dados com os coordenadores de cada unidade selecionada (Anexo B).

Aos participantes da pesquisa, foi garantido o cumprimento dos preceitos éticos da beneficência, da não maleficência, bem como o direito ao anonimato e sua

autonomia quanto a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo, podendo desistir a qualquer momento. Todas foram informadas dos objetivos do estudo e da justificativa mediante apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

5 RESULTADOS

5.1 Características socioeconômicas dos profissionais que atuam nos centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE com o componente conhecimento total

Dos 227 profissionais de saúde identificados nos Centros de Saúde da Família, responsáveis pelo acompanhamento pré-natal no Município de Fortaleza, 29,5% (67) profissionais foram excluídos do estudo, sendo 48 recusas e 19 profissionais não foram entrevistados por estarem de férias ou licença durante o período da coleta de dados. Dos 160 profissionais de saúde investigados, 36,9% (59) eram médicos e 63,1% (101) enfermeiros, de ambos os sexos, ocorrendo uma predominância do sexo feminino na população do estudo 75% (120). Observou-se maior frequência do sexo masculino entre os médicos (55,9%) e do sexo feminino entre os enfermeiros (93,1%). A média da idade no estudo foi de 38,2 anos, variando entre 24 e 67 anos, tanto na categoria profissional médica como na de Enfermagem, sendo que os médicos exibiram maior proporção (64,4%) de idade igual ou inferior a 38 anos em relação aos profissionais de Enfermagem (61,4%). O tempo de formação variou entre menos de um ano e 40 anos, com média de 12,6 anos, enquanto o tempo de atuação variou entre menos de um ano e 11 anos, com média de 8,3 anos, verificando-se maior tempo de atuação entre os enfermeiros (61,4%), e tempo de atuação de mais de oito anos (TABELA 1).

Quase todos os profissionais (90,6%) afirmaram que possuíam pós-graduação, observando um predomínio da pós-graduação *lato sensu* 73,1% (106), sendo 71% (103) nas áreas da Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família. A realização de treinamento sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento foi verificado em 45% (72) dos profissionais e a maioria realizou esse treinamento a partir do ano de 2004, 76,5% (52), e quase todos, 93,0% (67), sentiram-se motivados a participar do treinamento (TABELA 1).

Verificou-se que 16,3% dos profissionais tinham um conhecimento total a respeito do PHPN. O conhecimento total obedeceu aos seguintes critérios: início precoce de acompanhamento pré-natal até o 4º mês (96,3%), mínimo de seis consultas (100%), imunização contra o tétano (100%), oferta da testagem anti-HIV (99,4%), duas rotinas de exames mínimos (98,8%), consulta puerperal até 42 dias após o parto (96,3%), realização de atividades educativas (96,9%), classificação de risco em todas as consultas (95,6%), referência das gestantes de risco à unidade ambulatorial de referência ou hospitalar (99,4%),

período adequado para a solicitação dos exames (95%), período para a realização da consulta puerperal (55,6%), exames que devem ser solicitados na primeira semana de gestação: ABO-RH (99,4%); VDRL (100%), sumário de urina (100%); glicemia de jejum (100%); hemoglobina (100%); hematócrito (100%); anti-HIV (99,4%); sorologia para toxoplasmose IgM (95%), sorologia para toxoplasmose IgG (95,6%); sorologia para hepatite B (95%), na trigésima semana de gestação: VDRL (98,1%); sumário de urina (96,9%); glicemia de jejum (96,3%); hemoglobina (82,5%); hematócrito (81,9%) e anti-HIV (74,4%), e se o profissional realiza atividades educativas com as gestantes (55%).

O conhecimento parcial seguiu os mesmos critérios do conhecimento total, excluindo a variável realização de atividades educativas pelo profissional.

Dentre os profissionais de saúde que demonstraram maior proporção de conhecimento total está a categoria profissional de Enfermagem (61,5%), com idade igual ou inferior a 38 anos (73%), sexo feminino (80,8%), tempo de formação igual ou inferior a 12 anos (73%), pós-graduação (92,3%), nível de pós-graduação *lato sensu* (54,2%), área de atuação saúde coletiva, saúde pública e saúde da família (83,3%), tempo de atuação menor ou igual a oito anos (53,9%), treinamento sobre o Programa (57,7%), período de treinamento entre 2004 e 2011 (80,0%) e todos motivados.

Quando se relacionou o conhecimento total e as variáveis (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formado, pós-graduação, nível da pós-graduação, área da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento, período de treinamento e motivado para participar do treinamento), apenas a variável nível da pós-graduação ($p=0,022$) exprimiu uma relação estatisticamente significativa (TABELA 1).

Tabela 1- Relação das variáveis categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível de pós-graduação, área de conhecimento da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento, período do treinamento e motivação para a realização do treinamento com o componente conhecimento total. Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	n (%)	% Conhecimento total	Valor p
Categoria profissional			0,855
Médico	59 (36,9)	10 (17,0)	
Enfermeiro	101 (63,1)	16 (15,8)	
Idade			0,223
≤ 38	100 (62,5)	19 (19,0)	
> 38	60 (37,5)	7 (11,7)	
Sexo			0,458
Feminino	120 (75,0)	21 (17,5)	
Masculino	40 (25,0)	5 (12,5)	
Tempo de formação			0,223
≤ 12	100 (62,5)	19 (19,0)	
> 12	60 (37,5)	7 (11,7)	
Pós-graduação			0,748
Sim	145 (90,6)	24 (16,6)	
Não	15 (9,4)	2 (13,3)	
Nível da pós-graduação			0,022
<i>Lato sensu</i>	106 (73,1)	13 (12,3)	
<i>Stricto sensu</i>	39 (26,9)	11 (28,2)	
Área de conhecimento da pós-graduação			0,146
Saúde coletiva, saúde pública e saúde da família	103 (71,0)	20 (19,4)	
Outros	42 (29,0)	4 (9,5)	
Tempo de atuação			0,570
≤ 8	78 (48,8)	14 (18,0)	
> 8	82 (51,2)	12 (14,6)	
Realização de treinamento*			0,155
Sim	72 (45,0)	15 (20,8)	
Não	88 (55,0)	11 (12,5)	
Período do treinamento**			0,450
≤ 2004	20 (27,8)	3 (15,0)	
> 2004	52 (76,5)	12 (23,0)	
Motivação para participar do treinamento			0,299
Sim	67 (93,0)	-	
Não	05 (7,0)	15 (22,4)	

* Treinamento no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

** Quatro profissionais não souberam responder.

Na análise bivariada do conhecimento total e as variáveis (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível da pós-graduação, área da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento e período do treinamento), observou-se uma associação estatisticamente significativa do nível da pós-graduação, *stricto sensu*, (OR=2,81; IC95% 1,01-7,62), enquanto nas variáveis (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formado, pós-graduação, área da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento e período do treinamento) não houve associação estatisticamente significativa (TABELA 2).

Tabela 2- Análise bivariada do conhecimento total e as variáveis independentes (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formado, pós-graduação, nível da pós-graduação, área da pós-graduação, tempo de atuação, realização treinamento e período do treinamento). Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	OR	IC95%	Valor p
Categoria profissional			1,000
Médico	1,08	0,41-2,77	
Enfermeiro	1		
Idade (anos)			0,272
≤ 38	1,78	0,66-5,34	
> 38	1		
Sexo			0,622
Feminino	1,48	0,49-5,41	
Masculino	1		
Tempo de formação			0,272
≤ 12	1,78	0,66-5,34	
> 12	1		
Pós-graduação			1,000
Sim	1,29	0,26-12,5	
Não	1		
Nível da pós-graduação			0,041
Lato sensu	1	1,01-7,62	
Stricto sensu	2,81		
Área de conhecimento da pós-graduação			0,217
Saúde coletiva, saúde pública e saúde da família	2,29	0,70-9,79	
Outras	1		
Tempo de atuação			0,670
≤ 8	1,28	0,50-3,26	
> 8	1		
Realização de treinamento*			0,197
Sim	1,84	0,73-4,78	
Não	1		
Período do treinamento**			0,534
≤ 2004	1,7	0,38-10,50	
> 2004	1		

* Treinamento no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

** Quatro profissionais não souberam responder

Para a montagem do modelo de regressão multivariada logística, foram utilizadas as variáveis: nível da pós-graduação, área da pós-graduação e realização de treinamento. A análise logística multivariada trouxe uma associação positiva com o nível de pós-graduação *stricto sensu* ($p=0,009$) (TABELA 3).

Tabela 3- Análise logística multivariada das variáveis nível da pós-graduação e área da pós-graduação com o conhecimento total. Fortaleza, Ceará, 2011.

Variável	O.R. (IC 95%)	Valor p
Nível Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	3,56 (1,37- 9,26)	0,009
Área da pós-graduação saúde da família, saúde pública e saúde Coletiva	3,16 (0,95-10,48)	0,061

5.2 Características socioeconômicas dos profissionais que atuam nos centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE com o componente conhecimento parcial

Verificou-se que 77,5% dos profissionais tinham um conhecimento parcial a respeito do PHPN.

Entre os profissionais de saúde que mostraram maior proporção de conhecimento parcial, observou-se maior frequência da categoria profissional de Enfermagem (63,7%), idade igual ou inferior a 38 anos (59,7%), sexo feminino (74,2%), tempo de formação igual ou inferior a 12 anos (61,3%), pós-graduação (89,5%), nível de pós-graduação *lato sensu* (75,7%), área de atuação Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família (67,6%), tempo de atuação superior a oito anos (50,8%), sem treinamento sobre o programa (56,5%), entre os profissionais treinados, treinamento entre 2004 e 2011(72,2%) e motivados (90,7%) (TABELA 4).

Quando se relacionou o conhecimento parcial e as variáveis (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formado, pós-graduação, nível da pós-graduação, área da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento, período de treinamento e motivado para participar do treinamento), nenhuma apresentou relação estatisticamente significativa (TABELA 4).

Tabela 4- Relação das variáveis categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível de pós-graduação, área de conhecimento da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento, período do treinamento e motivação para a realização do treinamento com o componente conhecimento parcial. Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	n (%)	% Conhecimento parcial	Valor p
Categoria profissional			0,845
Médico	59 (36,9)	45 (76,3)	
Enfermeiro	101 (63,1)	79 (78,2)	
Idade			0,240
≤ 38	100 (62,5)	74 (74,0)	
> 38	60 (37,5)	50 (83,3)	
Sexo			0,827
Feminino	120 (75,0)	92 (76,7)	
Masculino	40 (25,0)	32 (80,0)	
Tempo de formação			0,696
≤ 12	100 (62,5)	76 (76,0)	
> 12	60 (37,5)	48 (80,0)	
Pós-graduação			0,524
Sim	145 (90,6)	111 (76,6)	
Não	15 (9,4)	13 (86,7)	
Nível da pós-graduação			0,269
<i>Lato sensu</i>	106 (73,1)	84 (79,3)	
<i>Stricto sensu</i>	39 (26,9)	27 (69,2)	
Área de conhecimento da pós-graduação			0,130
Saúde coletiva, saúde pública e saúde da família	103 (71,0)	75 (72,9)	
Outros	42 (29,0)	36 (85,8)	
Tempo de atuação			0,852
≤ 8	78 (48,8)	61 (78,2)	
> 8	82 (51,2)	63 (76,9)	
Realização de treinamento*			0,569
Sim	72 (45,0)	54 (75,0)	
Não	88 (55,0)	70 (79,6)	
Período do treinamento**			1,000
≤ 2004	20 (27,8)	15 (75,0)	
> 2004	52 (76,5)	39 (75,0)	
Motivação para participar do treinamento			0,322
Sim	67 (93,0)	49 (73,1)	
Não	05 (7,0)	5 (100,0)	

* Treinamento no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

** Quatro profissionais não souberam responder

Na análise bivariada do conhecimento parcial, associado às variáveis (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível da pós-graduação, área da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento e período do treinamento), não se observou nenhuma associação estatisticamente significativa (TABELA 5).

Tabela 5- Análise bivariada do conhecimento parcial e as variáveis independentes (categoria profissional, idade, sexo, tempo de formado, pós-graduação, nível da pós-graduação, área da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento e período do treinamento). Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	OR	IC95%	Valor p
Categoria profissional			0,845
Médico	1	0,39-2,09	
Enfermeiro	0,90		
Idade (anos)			0,240
≤ 38	1	0,74-4,44	
> 38	1,76		
Sexo			0,827
Feminino	0,82	0,29-2,09	
Masculino	1		
Tempo de formação			0,696
≤ 12	0,79	0,32-1,83	
> 12	1		
Pós-graduação			0,524
Sim	0,50	0,52-2,40	
Não	1		
Nível da pós-graduação			0,269
<i>Lato sensu</i>	0,60	0,24-1,49	
<i>Stricto sensu</i>	1		
Área de conhecimento da pós-graduação			0,130
Saúde coletiva, saúde pública ou saúde da família	0,45	0,14-1,23	
Outras	1		
Tempo de atuação (anos)			0,852
≤ 8	1,08	0,48-2,44	
> 8	1		
Realização de treinamento*			0,569
Sim	0,77	0,34-1,73	
Não	1		
Período do treinamento**			1,00
≤ 2004	1,00	0,24-3,69	
> 2004			

* Treinamento no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

** Quatro profissionais não souberam responder

Para a montagem do modelo de regressão multivariada logística, foram utilizadas as variáveis idade, nível da pós-graduação e área da pós-graduação. A análise logística multivariada não exibiu relação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis, ficando próximo desse valor a idade superior a 38 anos e área de pós-graduação *lato sensu* (TABELA 6).

Tabela 6- Análise logística multivariada das variáveis idade e área da pós-graduação em relação ao conhecimento parcial. Fortaleza, Ceará, 2011.

Variável	O.R. (IC 95%)	Valor p
Idade > 38 anos	2,27 (0,96-5,39)	0,061
Área da pós-graduação <i>lato sensu</i>	2,43 (0,91-6,48)	0,076

5.3 Atividades desenvolvidas durante o acompanhamento pré-natal pelos profissionais de saúde dos centros de Saúde da Família

As cinco maiores frequências observadas das atividades desenvolvidas com todas as gestantes durante o acompanhamento pré-natal pelos profissionais de saúde foram: oferta da testagem anti-HIV na primeira consulta (99,4%); solicitação do sumário de urina na primeira consulta (98,8%); solicitação de HB/HT na primeira consulta (98,8%); solicitação do VDRL na primeira consulta (98,8%) e solicitação de glicemia de jejum na primeira consulta (98,1%). Por outro lado, as menores frequências verificadas foram: realização da primeira consulta até o 4º mês de gestação (13,1%), realização de atividades educativas para as gestantes (21,2%), realização da consulta puerperal até 42 dias após o nascimento (25,6%), realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal (35,6%) e busca ativa de gestante na área (40%) (TABELA 7).

Observou-se uma influência significativa das atividades desenvolvidas com o conhecimento total, dentre elas: busca ativa de gestante na área ($p=0,033$) e realização de atividades educativas para as gestantes ($p=0,004$), para o conhecimento parcial, entre solicitação do VDRL na trigésima semana de gestação ($p=0,010$) (TABELA 7).

Tabela 7- Proporção das atividades realizadas pelos profissionais de saúde dos centros de Saúde da Família de Fortaleza durante o acompanhamento pré-natal. Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	Todas as gestantes n (%)	Maioria n (%)	Metade n (%)	Minoria n (%)	Nenhuma n (%)
Oferta da testagem anti-HIV na primeira consulta	159 (99,4)	1 (0,6)	-	-	-
Solicitação do sumário de urina na primeira consulta	158 (98,8)	2 (1,3)	-	-	-
Solicitação de HB/HT na primeira consulta	158 (98,8)	2 (1,3)	-	-	-
Solicitação do VRDL na primeira consulta	158 (98,8)	2 (1,3)	-	-	-
Solicitação de glicemia de jejum na primeira consulta	157 (98,1)	3 (1,9)	-	-	-
Solicitação do ABO-Rh na primeira consulta	155 (96,9)	4 (2,5)	-	1 (0,6)	-
Encaminha à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar as gestantes de alto risco	151 (94,4)	6 (3,8)	-	1 (0,6)	2 (1,3)
Aplicação da vacina antitetânica, dose imunizante ou reforço, segundo esquema recomendado	147 (91,2)	11 (6,9)	1 (0,6)	-	1 (0,6)
Classificação de risco na primeira consulta pré-natal*	138 (86,3)	17 (10,6)	3 (1,9)	1 (0,6)	-
Solicitação do sumário de urina na trigésima semana da gestação	140 (87,5)	11 (6,9)	4 (2,5)	3 (1,9)	2 (1,3)
Solicitação de glicemia de jejum na trigésima semana da gestação	139 (86,9)	11 (6,9)	6 (3,8)	2 (1,3)	2 (1,3)
Solicitação do VDRL na trigésima semana da gestação	137 (85,6)	14 (8,6)	6 (3,8)	1 (0,6)	2 (1,3)
Classificação de risco nas consultas subsequentes	131 (81,9)	22 (13,8)	4 (2,5)	1 (0,6)	2 (1,3)
Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal*	57 (35,6)	85 (53,2)	13 (8,1)	3 (1,9)	1 (0,6)
Utilização da ficha de cadastro da gestante no SISPRENATAL*	112 (70,0)	13 (8,1)	9 (5,6)	2 (1,3)	23 (14,4)
Busca ativa de gestante na área**	64 (40,0)	59 (36,9)	17 (10,6)	8 (5,0)	10 (6,3)
Primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação	21 (13,1)	106 (66,3)	23 (14,4)	9 (5,6)	1 (0,6)
Utilização da ficha de acompanhamento da gestante*	97 (60,6)	16 (10,0)	9 (5,6)	6 (3,8)	31 (19,8)
Realização da consulta puerperal até quarenta e dois dias após o nascimento*	41 (25,6)	41 (25,6)	39 (24,4)	28 (17,5)	10 (6,3)
Realização de atividades educativas para as gestantes	34 (21,3)	30 (18,8)	37 (28,1)	16 (10,0)	43 (26,9)

* 01 participante não soube informar

** 02 participantes não souberam informar

5.4 Temas abordados pelos profissionais de saúde dos centros de Saúde da Família de Fortaleza durante as atividades educativas

As cinco maiores frequências observadas dos temas abordados durante as atividades educativas realizadas no decorrer do acompanhamento pré-natal pelos profissionais médicos foram: importância do pré-natal (20,9%); nutrição – alimentação saudável (20,9%); atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV (22,2%); sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes (20,9%) e cuidados com o recém-nascido (21,2%). Em relação aos enfermeiros, as maiores frequências foram: orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar (80,5%); importância do pré-natal (79,1%); nutrição – alimentação saudável (79,1%), sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes (79,15) e desenvolvimento da gestação (79,8%) (TABELA 8).

Tabela 8- Proporção dos temas abordados pelos profissionais de saúde dos centros de Saúde da Família de Fortaleza durante as atividades educativas. Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	Médico n (%)	Enfermeiro n (%)	Valor p
Importância do pré-natal	18 (20,9)	68 (79,1)	1,000
Cuidados de higiene	17 (20,5)	66 (79,5)	1,000
Realização de atividade física	12 (19,0)	51 (81,0)	0,574
Nutrição – alimentação saudável	18 (20,9)	68 (79,1)	1,000
Desenvolvimento da gestação	17 (20,2)	67 (79,8)	1,000
Modificações corporais e emocionais	14 (18,4)	62 (81,6)	0,256
Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto	14 (18,7)	61 (81,3)	0,455
Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV	18 (22,2)	63 (77,8)	0,337
Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais freqüentes	18 (20,9)	68 (79,1)	1,000
Sinais de alerta e o que fazer nessas situações	17 (21,0)	64 (79,0)	1,000
Preparo para o parto	17 (21,3)	63 (78,8)	1,000
Orientações e incentivo para o parto normal	15 (19,5)	62 (80,5)	0,689
Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar	17 (19,5)	70 (80,5)	0,205
Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção	17 (22,4)	59 (77,6)	0,446
Sinais e sintomas do parto	17 (20,5)	66 (79,5)	1,000
Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde	17 (21,0)	64 (79,0)	1,000
Saúde mental e violência doméstica e sexual	1 (6,7)	14 (93,3)	0,289
Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério	5 (13,9)	31 (86,1)	0,284
Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho	12 (18,5)	53 (81,5)	0,548
Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto	9 (18,4)	40 (81,6)	0,606
Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares	15 (22,1)	53 (77,9)	0,753
Importância das consultas puerperais	17 (21,0)	64 (79,0)	1,000
Cuidados com o recém-nascido	18 (21,2)	67 (78,8)	1,000
Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido	14 (18,4)	62 (81,6)	0,256
Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente)	17 (20,5)	66 (79,5)	1,000

Os temas que obtiveram menores frequências pelos profissionais médicos e enfermeiros, respectivamente, foram: saúde mental e violência doméstica e sexual (6,7%) e (93,3%); impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério (13,9%) e (86,1%); benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto (18,4%) e (81,6%); realização de atividade física (19%) e (81%) e importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho (18,5%) e (81,5%) (TABELA 8).

6 DISCUSSÃO

O estudo evidenciou que poucos profissionais investigados possuíam conhecimento total, enquanto a maioria possuía conhecimento parcial sobre o PHPN. O conhecimento total foi composto pelos 28 parâmetros preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para considerar um adequado acompanhamento pré-natal. Somem-se a isso as atividades educativas realizadas com as gestantes. Para o conhecimento parcial, foram considerados 27 parâmetros do conhecimento total com exceção de atividades educativas para as gestantes.

A realização de um pré-natal adequado segundo os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde torna-se imprescindível para os profissionais que devem conhecer as recomendações do programa e praticá-las em suas atividades diárias de atendimento à população gestante. Um dos parâmetros que influenciou no resultado do conhecimento total ocorreu da não realização de atividades educativas com as gestantes pelos profissionais de saúde e por desconhecerem algum dos parâmetros recomendados pelo Programa.

De acordo com as atividades que devem ser realizadas pelos profissionais durante o acompanhamento pré-natal, pode-se observar que a oferta da testagem anti-HIV na primeira consulta obteve uma das maiores frequências entre todas as outras atividades, resultado diferente do encontrado pelo estudo realizado por Lana e Lima (2010), que analisou o pré-natal ofertado na rede básica de saúde do Distrito Leste do Município de Belo Horizonte, constatando que apenas 44% das gestantes foram submetidas à testagem do HIV.

Com isso, podemos afirmar que o fato de o teste ser ofertado às gestantes durante a primeira consulta do pré-natal não garante a realização dele pelas gestantes por inúmeros motivos, como os apontados por Parada (2008), destacando que alguns gestores apontaram a indisponibilidade de alguns exames, até mesmo disponibilidade insuficiente para o número de gestantes que procuram pelo exame, além do início tardio do acompanhamento pré-natal por algumas mulheres, dificultando o recebimento do resultado em tempo hábil.

A realização dos exames básicos é imprescindível no acompanhamento pré-natal. Segundo Grangeiro, Diógenes e Moura (2008), esses exames complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos. Esses autores revelaram em um estudo que somente metade das

166 gestantes inscritas no PHPN do Município de Quixadá, Estado do Ceará, tiveram acesso a esses exames.

A discordância entre o que está sendo solicitado e o que está sendo realizado pode se relacionar com a falha do registro do exame no SISPRENATAL, pois a gestante pode apresentar ou não o resultado ao profissional, e o fato de apresentá-lo não garante a informação da realização pelo profissional no sistema.

A demora no início do acompanhamento pré-natal e o número de exames disponível menor do que a quantidade de gestantes atendidas pelos municípios acarretar a entrada de parturientes nas unidades hospitalares sem registros de exames importantes como o HIV, como demonstrado no estudo realizado em uma maternidade pública de referência em Teresina, Piauí, demonstrando índice de realização do teste anti-HIV em 32,4% (ARAÚJO; NOGUEIRA, 2007).

Dentre as atividades que mostraram menor frequência, destacam-se realização da primeira consulta até o 4º mês de gestação, realização de atividades educativas para as gestantes, realização da consulta puerperal até 42 dias após o nascimento, realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal e busca ativa de gestante na área.

No Município de Belo Horizonte, um estudo realizado em 15 centros de saúde e dois serviços de atenção secundária demonstrou que a captação precoce das gestantes até 120 dias de gestação expressou percentuais de 46,8% em 2004 e 43,1% em 2005 (LANA; LIMA, 2010). Nesse sentido, Tanaka et al. (2004) demonstraram no seu estudo que, quanto maior o aporte do Município, menor é a média percentual de capacitação até 120 dias, e que as capitais brasileiras possuem os menores índices de capacitação precoce, ficando na ordem de 76,98%, estando a média do estudo inferior a este valor, 72,8%.

A baixa frequência de captação precoce das gestantes observada no estudo é um dado relevante, demonstrando falha, principalmente na busca ativa de gestantes nas áreas pelos profissionais, sobretudo pelos agentes comunitários de saúde, que têm como uma de suas funções detectar mulheres com suspeita de gravidez e encaminhar às unidades de saúde para o acompanhamento pré-natal o mais precocemente possível.

Com relação à consulta puerperal, Lana e Lima (2010) asseveram que os índices de realização da consulta puerperal estão aquém do desejado, indicando que a maioria das mulheres não comparece às unidades após o parto. A esse respeito, Rodrigues (2005) defende como importante a realização de no mínimo uma consulta puerperal dentro do prazo preconizado pelo MS, considerando-a indispensável à detecção de intercorrências obstétricas e ginecológicas.

Dentre as atividades realizadas pelos profissionais, a atividade educativa obteve a segunda menor frequência. Para Rios e Vieira (2007), apesar das dificuldades encontradas, os profissionais deveriam persistir na implementação de atividades que visem à melhoria das ações educativas no pré-natal, entretanto Cordeiro et al. (2009) ressaltam no estudo realizado no Estados do Maranhão, Tocantins, Pará e Amapá, no ano de 2006, que alguns médicos de família se percebiam de maneira inadequada em relação a delegar ações de Educação em Saúde para outro profissional da equipe, citando o enfermeiro como profissional mais bem preparado para a realização das atividades de Educação em Saúde, retirando de si tal responsabilidade.

Este ensaio revelou uma baixa realização de atividade educativa pelos profissionais médicos, embora avaliar o motivo de esses profissionais não realizarem essas atividades não tenha sido proposta deste estudo.

Para Moreira et al. (2007), os profissionais de saúde devem despertar para a gama de possibilidades de se trabalhar Educação em Saúde com as gestantes, afirmando que a formação de grupos é citada como ferramenta eficaz, que, associada à consulta, constitui estratégia adequada para uma assistência pré-natal de qualidade, além de possibilitar a troca de informações entre as próprias gestantes, contribuindo para maior aprendizado.

Dentre os temas sugeridos pelo MS, os mais abordados por médicos e enfermeiros dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza são: importância do pré-natal, nutrição – alimentação saudável, sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes. Os com menor frequência: saúde mental e violência doméstica e sexual, impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério, benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do acompanhante no trabalho de parto, parto e

pós-parto e importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho.

Observa-se que os temas mais abordados pelos profissionais durante o acompanhamento pré-natal estão voltados aos agravos que podem acometer as mulheres durante o período gravídico, ou seja, focando a doença, enquanto os temas menos abordados estão relacionados a condições e fatos que podem causar danos físicos e mentais durante o período gestacional, parto e pós-parto, bem como direitos que a mulher e sua família têm para promover uma gestação mais saudável e maior vínculo entre pai e filho.

Nessa perspectiva, Duarte e Andrade (2008) acentuam que a assistência pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, incluindo também ações de Educação em Saúde, com temas de interesse dessas mulheres como evidenciou o estudo realizado por Santos et al. (2010), no Município de Cajazeiras, Paraíba, com gestantes atendidas pela clínica-escola, onde demonstraram o interesse das entrevistadas em receber informações referentes a alimentação saudável e aumento da ingestão hídrica, prática de exercícios físicos, preparo para o parto e cuidados com as mamas e com o bebê.

Outro fator que pode auxiliar na realização de atividades educativas com as gestantes foi a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

De acordo com Brasil (2010), uma das ações comuns aos profissionais que compõem o NASF para reduzir a mortalidade infantil é proporcionar espaços educativos para que discutam sobre planejamento reprodutivo, dúvidas, mudanças emocionais, ansiedades/medos, que podem ocorrer com as mulheres e seus parceiros durante a gestação, parto e puerpério a fim de qualificar o cuidado à família, levando em consideração a diversidade sexual, cultural e étnica; além de atuar em temas específicos para cada categoria profissional que compõe a equipe do NASF, como por exemplo, o educador físico, que pode atuar com ações educativas a respeito da prática de exercícios físicos durante o período gestacional, já que esse foi um dos temas em que as gestantes dos estudo de Santos et al demonstraram interesse.

Com efeito, Rios e Vieira (2007) destacam que, aparentemente, ainda está havendo uma falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois parece paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicações e frequentando as consultas de pré-natal, atinja o último mês, evidenciando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto, reforçando, assim, a preocupação com a forma como as ações educativas na consulta do pré-natal estão sendo realizadas.

Os dados referentes a categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível da pós-graduação, área de conhecimento da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento, período do treinamento e motivação para participar do treinamento com o componente conhecimento total, demonstraram significância estatística para os profissionais que possuem pós-graduação *stricto sensu*, discordando dos achados de Silva e Caldera (2011), que realizaram um estudo onde investigaram a influencia da qualificação de profissionais de nível superior no desempenho das equipes da Estratégia Saúde da Família, utilizando os eixos avaliativos estabelecidos pela Melhoria da Qualidade de Estratégia Saúde da Família (AMQ) em Montes Claros, no Estado de Minas Gerais. Evidenciou-se uma relação estatisticamente significativa dos escores estudados com as equipes que possuíam profissionais com residência em Saúde da Família, mostrando-se sempre superior às equipes de Saúde da Família que não possuíam residência, já que este estudo evidenciou relação significativamente estatística dos profissionais que possuíam mestrado.

Na perspectiva de um trabalho mais coerente com aquele que a ESF se propõe, observou-se neste estudo que a pós-graduação na modalidade mestrado obteve maior relação com o conhecimento total dos profissionais estudados, o que demonstra a importância dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* para os profissionais que atuam na rede básica de saúde, onde se encontra a maioria de profissionais com pós-graduação *lato sensu*, como demonstrado no estudo de Rocha e Zeitoune (2007), realizado na cidade Floriano, no interior do Piauí, com enfermeiros das unidades básicas de saúde (UBS), onde 66,6% dos enfermeiros haviam cursado especialização e nenhum dos entrevistados exibiu diploma em curso *stricto sensu*.

O avanço da ciência e o surgimento de novos conhecimentos exigem dos profissionais uma qualificação cada vez maior para atuar na área da saúde, possibilitando

àqueles profissionais que buscam níveis mais elevados de pós-graduação um maior conhecimento sobre sua área de atuação.

Portanto, é importante que o Município de Fortaleza estimule e apoie a qualificação dos profissionais responsáveis pela atenção básica, promovendo cursos *stricto sensu* mediante parcerias com instituições, ou mesmo estimulando a procura dos profissionais por esse curso por via de estratégias como a redução da carga horária de trabalho durante o período de ocorrência do curso, para que a assistência à saúde da população melhore cada vez mais.

Ao comparar as variáveis categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, pós-graduação, nível da pós-graduação, área de conhecimento da pós-graduação, tempo de atuação, realização de treinamento, período do treinamento e motivação para participar do treinamento, ao componente conhecimento parcial, não foram observadas diferenças estatísticas significantes entre as variáveis; porém, a relação entre área de conhecimento da pós-graduação e o conhecimento parcial impetrou valor próximo da significância. A observação dessa relação permite visualizar que, ter pós-graduação nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família, o fato pode estar relacionado com o conhecimento parcial dos parâmetros utilizados pelo PHPN para considerar um adequado acompanhamento pré-natal.

A esse respeito, Cotta, et al. (2006) ressaltam que a qualificação/capacitação do profissional de saúde, certamente, é um dos caminhos, e, não menos importante, um dos desafios a afrontar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. Dessa forma, Ferrari et al. (2005) sugerem a necessidade do reconhecimento e valorização da qualificação dos profissionais que trabalham no Programa da Saúde da Família, por serem pós-graduados na área da Saúde Pública, demonstrando o potencial humano já existente para atender a população.

As áreas de conhecimento saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família são importantes para o Programa Saúde da Família, segundo Campos e Belisário (2001), desde os anos 1970, quando surgiu a proposta da “Medicina Familiar” como alternativa de formação do médico “geral”, por acreditarem que em muitos países havia uma nítida separação entre o sistema de formação médica e as necessidades dos sistemas de saúde. Com a criação do SUS

e a implantação do PSF, organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA, 2002), apontaram a necessidade de mudanças fundamentais tanto nos sistemas de saúde, na profissão e nas escolas médicas. Isto se deu em razão do problema grave enfrentado na implantação do PSF - a falta de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade. Surgem, então, as modalidades de formação como o Curso de Especialização em Saúde da Família, e, mais tarde, os de Saúde Coletiva e Saúde Pública.

A formação de profissionais nessas áreas é importante por proporcionar conhecimento voltado à atuação e às necessidades dessa área. A formação na área da Saúde Coletiva compreende dimensões voltadas ao estado de saúde da população e ao serviço de saúde, abrangendo a formulação e implementação de políticas de saúde, bem como avaliação de planos, programas e tecnologia utilizada na atenção à saúde; assim como o saber sobre a saúde, incluindo as relações entre o saber “científico” e as concepções e práticas populares de saúde, influenciadas pelas tradições, crenças e culturas de modo geral (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, 2011).

Já a Saúde Pública conforma-se em um campo de saberes e práticas demarcado tradicionalmente pela intervenção técnica e política na assistência, ancorado nas técnicas de investigação empíricas, cujas práticas se voltam tanto para o individual como para o coletivo (PIRES FILHO, 1987). No cotidiano, essas ações apresentam-se, muitas vezes, na forma dos programas que se ocupam de alguns grupos de risco – como criança, gestante e idoso.

Enquanto isso, que a Saúde da Família é um modelo de atenção centrado na saúde da família, que reforça a operacionalização do SUS referente à atenção básica. Trata-se de uma assistência de saúde hierarquizada, resolutiva, tecnicamente competente, integral, constituída, atuante, universal, humanizada e ética. Com isso, visa a obter uma modificação na ideia da atenção à saúde da população, por via de mudanças nas práticas dos atuais profissionais e em uma nova formação para os futuros (BARBOSA et al., 2004).

Percebe-se, apesar da diferença da dimensão de conhecimento entre essas áreas, a presença de conhecimentos fundamentais ao exercício das funções requeridas pelo SUS e pelo PSF, formando, pois, profissionais mais capacitados, com potencial para atuar de maneira adequada à realidade encontrada na população.

Observou-se que a maioria dos profissionais entrevistados possui pós-graduação, demonstrando maior frequência do que o estudo de Ferrari et al (2005), desenvolvidos no Mato Grosso com os profissionais da ESF, onde 86,% dos profissionais eram pós-graduados.

Entende-se que o investimento em pós-graduação poderá propiciar a qualificação profissional, porém deve haver também maiores investimentos na formação acadêmica dos futuros profissionais, pois entende-se que, quando o futuro profissional possui uma formação baseada no modelo preconizado pelo SUS, visando à promoção, prevenção e reabilitação, conhecendo a importância da atenção primária e valorizando esse tipo de atenção, teremos profissionais com interesse e qualificação para promover o fortalecimento do sistema de saúde.

Ademais, Souza et al. (2002) enfatizam que, se os profissionais de saúde saírem das universidades com interesse e preparo para atuar na atenção básica com a mesma disposição que saem para atuar em centros de alta tecnologia e especialização, poderão estabelecer o fortalecimento do processo de formulação de um sistema de saúde mais justo e equânime.

O interesse dos profissionais pela atenção básica é modificado por via dos incentivos financeiros à rede básica de saúde, que atualmente atraem profissionais, ofertando melhores salários do que os pagos pela atenção secundária e terciária, pela crescente oferta de emprego, responsável por muitas contratações desde que foi implantado o PSF, bem como pela grande procura por cursos de pós-graduação nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva, como se pode observar no estudo, onde 73,1% (106) priorizaram área voltada à Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva diferente do estudo de Canesqui e Spinelli (2006), onde apenas 32,8%, ou seja, 1/3 dos profissionais tinham pós-graduação nessas áreas.

Como no estudo de Canesqui e Spinelli (2006), entretanto, outras áreas foram mencionadas, como: Pediatria, Neonatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Cardiologia, Estomatoterapia, Medicina ou Enfermagem do trabalho, Epidemiologia, Dermatologia, UTI, Radiologia, Medicina Estética, Psiquiatria, Auditoria, Oncologia, dentre outras.

A faixa etária predominante foi de 32 a 39 anos entre os profissionais, com mediana de 36,5 anos, confirmando os achados de Canesqui e Spinelli (2006), onde a mediana foi de 36 anos de idade entre médicos e enfermeiros da ESF do Mato Grosso, bem como do estudo realizado em Londrina por Ferrari et al. (2005), que revelou médicos e enfermeiros com idade inferior a 40 anos.

Estudo realizado no ano de 2005 em dez grandes centros urbanos, pelo Ministério da Saúde, para avaliar a implementação do Programa Saúde da Saúde, demonstrou um predomínio de profissionais mais jovens, com idade abaixo de 30 anos (BRASIL, 2005b).

Isso demonstra que, ao longo dos anos, os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, como atualmente é conhecida, são profissionais com maior maturidade profissional e experiência profissional, sugerindo melhor atenção à saúde da população.

O sexo predominante foi o feminino, confirmando os estudos realizados por Gil (2005) e Cotta et al. (2006), que observaram a frequência (80,3%) e (57%), respectivamente, de mulheres, demonstrando o predomínio do sexo feminino sobre o masculino recorrente em todos os estudos. Especificamente na área médica, no entanto, houve um predomínio do sexo masculino, corroborando um estudo realizado em Londrina, no Paraná, onde o sexo masculino predominou sobre o feminino, estando, no entanto, o sexo feminino se tornando mais frequente entre os profissionais dessa categoria (FERRARI et al., 2005).

O tempo de formação dos profissionais estudados demonstrou média de 12 anos, o que para Canesqui e Spinelli (2006) pode favorecer a implementação quanto à qualidade da mão de obra, já que possuem experiência, ou seja, uma bagagem de conhecimento adquirida durante esse tempo, e relativa maturidade profissional, tomada com tempo de atuação em determinada área ou profissão, promovendo no profissional uma postura, um posicionamento e a interação com outros profissionais mais adequada, apesar de esse fator ser incapaz de garantir a adequação do seu perfil ao Programa, uma vez que a formação tende a ser especializada e não generalizada.

Concordando com a afirmação de Canesqui e Spinelli (2006), de que o tempo de formação pode favorecer a qualidade da mão de obra, enfatiza-se a importância desses profissionais graduados há pouco tempo para a ESF, por terem obtido formação voltada à

atenção coletiva, com ênfase na promoção, prevenção e nas ações básicas de saúde, em virtude da reformulação da grade curricular ocorrida em muitas universidades, bem como da crescente demanda de mercado, que vem exigindo profissionais com visão do cuidar mais abrangente.

No entanto, apesar dos esforços das universidades para formar profissionais com as competências exigidas pela ESF, Alves, Penna e Brito (2004) afirmam que continuam sendo formados profissionais que apresentam dificuldades de inserção na realidade social e das organizações.

A respeito do tempo de atuação, verificou-se uma mediana de nove anos, discordando dos achados de Ferrari et al. (2005), que encontraram uma mediana do tempo de atuação para os enfermeiros de 2,4 anos e para os médicos 2,0 anos. Essa diferença pode decorrer do vínculo empregatício desses profissionais, de Fortaleza, que, em 2005, passaram por concurso público, possuindo agora uma estabilidade, diminuindo dessa forma a mudança constante dos profissionais de unidade e de município de atuação, enquanto os profissionais do estudo de Ferrari et al. (2005) possuíam vínculo temporário, sem direito a estabilidade conseguida por meio dos concursos públicos.

Para Starfield (2004), as características fundamentais da atenção primária, segundo o SUS, são atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Dessa forma, o tempo de atuação dos profissionais das UBS afeta diretamente a longitudinalidade, que é a continuidade do cuidado, onde a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, estando esta intensivamente relacionada com a comunicação que tenta favorecer o acompanhamento do paciente, promovendo o estabelecimento de vínculo de confiança e credibilidade por parte da população para com os profissionais. Sendo assim, o maior tempo de atuação dos profissionais estudados torna-se um ponto importante para favorecer um acompanhamento pré-natal de qualidade.

Relativamente a capacitação dos profissionais sobre o PHPN, verifica-se que muitos profissionais não realizaram capacitação a respeito dos objetivos e diretrizes desse Programa. Para os que foram capacitados, a realização da capacitação ocorreu nos últimos sete anos, estando muito deles realizando o treinamento neste ano, e a quase totalidade dos que participaram do treinamento se sentiu motivada a participar.

A realização de cursos de capacitação que preparem os profissionais de saúde para enfrentar as situações inerentes à sua função por meio da aplicação de conhecimentos; e concretização de reciclagens, que possibilitem atualização de conhecimentos preexistentes, pelo Ministério da Saúde, estados e municípios por via dos polos de capacitação e educação permanente, é deveras importante para ampliar a visão dos profissionais e desenvolver habilidades que respondam às necessidades da comunidade da área adstrita, para que esta estratégia em saúde seja consolidada (FERRARI et al., 2005).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) ultrapassa a educação do domínio técnico-científico das profissões, focando também outros componentes importantes para a elevação da qualidade de saúde da população (FERLA et al., 2009). Para o desenvolvimento de recursos humanos que realizem novas práticas que conduzam à transformação do quadro sanitário no País, o MS instituiu os polos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a Saúde da Família, que são espaços de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação de recursos humanos em saúde. Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que busca a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formações de profissionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

É por intermédio dos cursos de capacitação e da educação permanente que os profissionais são atualizados sobre novas condutas e parâmetros preconizados pelo MS, o que possibilitará adequar seus conhecimentos e condutas acerca de um determinado assunto ou programa.

Para realizar a monitoração da assistência pré-natal por meio do SISPRENATAL, de acordo com o PHPN, é imprescindível o preenchimento da Ficha de Cadastro e Acompanhamento da gestante, pois é por esses formulários que ocorre a alimentação do programa. A realização do estudo demonstrou que a disponibilidade desses instrumentos foi percebida em pouco mais da metade das unidades onde foram coletados os dados, no entanto, é importante frisar que os CSF de Fortaleza possuem prontuário eletrônico onde, em grande parte das unidades, as gestantes são cadastradas no programa por intermédio desse prontuário. Durante, porém, a coleta dos dados, pode-se perceber nas respostas dos profissionais que muitas vezes ocorre a impossibilidade do cadastramento das gestantes pelo prontuário eletrônico, perdendo informações importantes referentes ao acompanhamento pré-natal. O

fato de não haver a disponibilidade das fichas impressas nessas unidades dificulta ainda mais o registro das informações referentes às consultas de pré-natal, como se pode perceber no estudo, onde 43,0% dos profissionais referiram não utilizar esses impressos, pelo fato de não serem disponibilizados pela SER.

Nas unidades onde ainda não está implantado esse sistema, a alimentação do SISPRENATAL ocorre por meio dos impressos Ficha de Cadastro da Gestante e Ficha de Acompanhamento da Gestante, que são encaminhadas mensalmente para as regionais de saúde onde são digitadas no sistema.

Quanto à utilização das fichas de cadastro e ao acompanhamento e confiabilidade dos dados das unidades contidos no SISPRENATAL, os profissionais afirmam ser bons, em razão de fatores que dificultam a alimentação desses dados no Programa.

Um relatório parcial dos meses de janeiro a julho de 2011, ainda não divulgado pela SMS de Fortaleza, demonstra que, diferentemente do que foi afirmado pelos profissionais, os dados contidos no SISPRENATAL evidenciam baixo percentual de cadastro das gestantes no Programa (54,19%), dificultando uma avaliação real da assistência prestada às gestantes no Município (FORTALEZA, 2011).

A esse respeito, o MS do Brasil (2005) assegura que o profissional de saúde provedor da atenção pré-natal e puerperal deve monitorar continuamente a atenção prestada por meio dos indicadores do processo disponibilizados pelo SISPRENATAL, porém o estudo realizado por Andreucci e Cecatti (2011) aponta que o Programa parece conter falhas de registro dos procedimentos mínimos recomendados, podendo não refletir a realidade, dificultando a avaliação da assistência prestada.

Dessa forma, avaliar atenção pré-natal prestada por outros meios, como analisando o conhecimento, a atitude e a prática dos profissionais, torna-se viável para que medidas para melhorar essa atenção possam ser tomadas.

Ao demonstrar que o conhecimento total dos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal sobre o programa de humanização do pré-natal e nascimento está relacionado com o fato de possuírem pós-graduação *stricto sensu* nas áreas de conhecimento

da Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família, espera-se que possa contribuir para um maior investimento em cursos nessa área, bem como despertar interesse nos profissionais por tais setores de conhecimento tão importante para a saúde.

Verificou-se, ainda, que, apesar de alguns estudos demonstrarem a baixa frequência de realização das atividades preconizadas pelo Programa, os profissionais referem uma frequência mais elevada de realização dessas atividades, evidenciando uma falha de registro do que se realiza nas unidades, impossibilitando uma real avaliação do acompanhamento pré-natal utilizando o SISPRENATAL.

A esse respeito, Andreucci e Cecatti (2011) enfatizam não existir boa avaliação do próprio sistema de coleta de informações a respeito da qualidade das informações ou ainda da evolução dos critérios mínimos e dos indicadores de processo, inferindo que o protocolo do MS deva continuar norteando as ações em atenção obstétrica, mas que sejam estipulados, paralelamente, investimentos em recursos humanos para conscientização da importância de informação em saúde, treinamento para sua inclusão nos sistemas de informação e aprimoramento de instrumentos mais acessíveis e menos burocráticos de registro de dados.

Restou evidenciado o fato de que atividades importantes para o acompanhamento pré-natal, como captação precoce das gestantes e realização da consulta puerperal, demonstram baixa frequência de realização, apesar de serem atividades consideradas importantes pelo Programa, pois quanto mais cedo iniciar o acompanhamento pré-natal, mais tempo terá para detectar e corrigir problemas que possam complicar a gestação, assim como a consulta puerperal, que possibilita a detecção de agravos do pós-parto e problemas que se revelam na criança nos primeiros dias de vida.

7 CONCLUSÃO

A análise do conhecimento total dos profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza demonstrou o baixo conhecimento sobre os parâmetros recomendados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN, para considerar um adequado acompanhamento pré-natal, principalmente relacionado ao período adequado para a realização da consulta puerperal, solicitação do anti-HIV próxima à trigésima semana de gestação e realização de atividades educativas para as gestantes.

As características dos profissionais que obtiveram maior frequência de conhecimento total, de acordo com os critérios adotados pelo estudo, são enfermeiros, com idade igual ou inferior a 38 anos, do sexo feminino, com tempo de formação igual ou inferior a 12 anos, com pós-graduação *stricto sensu*, na área de conhecimento da Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família, com tempo de atuação menor ou igual a oito anos, com treinamento sobre o Programa realizado nos últimos sete anos e que se sentiram motivados a participar desse treinamento.

Identificou-se o fato de que a pós-graduação *stricto sensu* na área de conhecimento da Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família influenciou, positivamente, no conhecimento dos profissionais sobre o programa.

As características dos profissionais estudados apontaram para a maioria do sexo feminino, apesar de a categoria médica ainda demonstrar um predomínio do sexo masculino, de adultos jovens, com pouco tempo de formação, pós-graduados *lato sensu* na área de conhecimento da Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família, apresentado curto período de atuação na Estratégia Saúde da Família, que não realizaram treinamento sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e que os profissionais treinados realizaram o treinamento nos últimos sete anos, sentindo-se motivados a participar.

A prática dos profissionais de saúde sobre o PHPN foi demonstrada nas frequências de realização das atividades preconizadas pelo programa. A solicitação do sumário de urina, VDRL e HB/HT, na primeira consulta, obtiveram a maior frequência de realização; a oferta da testagem anti-HIV, na primeira consulta, obteve a segunda maior frequência de realização pelos profissionais e as atividades com menores frequências

detectadas foram a realização da primeira consulta até o 4º mês de gestação, a realização de atividades educativas e a efetivação da consulta puerperal.

A prática dos profissionais de realização de busca ativa de gestante na área e de atividades educativas demonstrou associação estatisticamente significativa, comprovando que a frequência de realização dessas atividades pelos profissionais influencia no conhecimento total sobre o Programa.

O uso do SISPRENATAL para monitorar a qualidade da assistência prestada e planejar ações para melhorar essa assistência demonstrou-se deficiente por existir formas distintas e com falhas de alimentação dos dados referentes à assistência pré-natal e pela indisponibilidade das fichas de cadastro e acompanhamento das gestantes no sistema, prejudicando a confiabilidade desses dados contidos no Programa.

Em razão desses resultados encontrados, percebe-se a necessidade de treinamento dos profissionais sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, busca, por parte dos profissionais que integram a Atenção Básica por cursos de pós-graduação *stricto sensu* nas áreas de conhecimento da Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família e uma estruturação da alimentação do SISPRENATAL de forma homogênea a todos os Centros de Saúde, diminuindo ao máximo a perda de dados.

Espera-se que haja melhora na assistência pré-natal, por meio de profissionais mais qualificados e da possibilidade de um acompanhamento de indicadores mais fidedignos com a realidade local, permitindo a avaliação e o planejamento de ações.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, G.R.; CORNELEY, D.A. Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. **Am. J. Prev. Med.**, v.3, p. 243-53, 1987.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do programa de humanização do pré-natal e nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n. 6, p.1053-1064, jun. 2011.

ARAÚJO, L.M.; NOGUEIRA, L.T. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.4, p. 396-399, 2007.

ALVES, M.; PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.57, n.4, p.441-446, jul./ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 569, de 1º de Junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 de ago. 2000. Seção1, p. 112-114.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5 ed. Brasília, 2010

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Comitês de Mortalidade Materna: manual**. 2 ed. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação do programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Manual. Brasília, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação da notificação da sífilis congênita no Brasil, 2000 a 2003.** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Aplicador do estudo CAP.** Brasília, DF, 2002d. Disponível em: <<http://www.inde.gov.mz/docs/monieduca10.doc>>. Acesso em: 30 abr. 2011. 19:52.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISPRENATAL.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>>. Acesso em: 23 set. 2011. 15:03.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN_DL.htm>. Acesso em: 10 jul. 2011b. 21:34.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília, 2001.

BARBOSA, M.A.; MONEGO, E.T.; SOUSA, A.L. L.; PEDREIRA, O. - Especialização em saúde da família. Relato da parceria entre Universidade Federal de Goiás e a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins. **Revista da UFG**, v. 6, n. 2, dez. 2004.

CAMPOS, F.E.; BALISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.9, ago. 2001.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set. 2006.

CEARA. Secretaria da Saúde. **Sistema de informação de nascidos vivos.** Fortaleza, 2006.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.
CORDEIRO, H. et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família da região norte do Brasil. **Rev. Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.695-710, 2009.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n.3, p. 7-18, 2006.

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: Saraiva, 2000.

FAUNDES, A. et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.26, n.2, p. 89-96, 2004.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; SCHAEGLER, L.I.; DARON, V.L. P.; BILIBIO, L.F.S.; SANTOS, L.; HERRERA, H.T. Educação permanente e a regionalização do Sistema Estadual de Saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.33, n.1, p.7-21, jan./mar. 2009.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.26, n.2, p. 101-108, jul./dez. 2005.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490 – 498, mar./abr. 2005.

GRANGEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.1, p.105-111, 2008.

GORTMAKER, S.L. The effects of prenatal care upon the health of the newborn. **Am. J. Public Health**, v.69, p.653-660, 1979.

GTZ-ILO-WHO CONSORTIUM. **Social health insurance development as an integral part of the national health policy: recent reform in Indonesian health insurance system.** Jakarta: Ministry of People's Welfare and Ministry of Health, 2005.

HARIRCHI, I.; MOUSAVI, S.M.; MOHAGHEGHI, M.A.; MOUSAVI-JARRAHI, A.; EBRAHIMI, M.; MONTAZERI, A.; RAHBAR, M.N. Early detection for breast cancer in Iran. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, v.10, n.5, p. 849-851, 2009.

IBGE. **Contagem da população**, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=23>. Acesso em: 16 out. 2010.

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA. **O Campo da Saúde coletiva**. 2011. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/isc.php?externa=3>. Acesso em: 14 nov. 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Preventing low birthweight**. Washington, DC: National Academy Press, 1985.

INDONESIA. Ministry of Health. **Indonesia: health profile**. Jakarta: Centre for Health Data, 1997.

JEKEL, J.F.; ELMORE, J.G.; KATZ, D.L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KESSNER, D.M.; SINGER, J.; KALK, C.E.; SCHLESINGER, E.R. Infant death: an analysis by maternal risk and health care. In: _____. **Contrasts in health status**. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1973. v. 1.

KHAN, A.R.; AL ABDUL LATEEF, Z.N.; KHAMSEEN, M.B.; AL AITHAN, M.A.; KHAN, S.A.; AL IBRAHIM, I. Knowledge, attitude and practice of ministry of health primary health care physicians in the management of type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in the Al Hasa District of Saudi Arabia, 2010. **Niger J. Clin. Pract.**, v. 14, n.1, p.52-59, Jan./Mar. 2011.

KIELY, J. L.; KOGAN, M. D. Reproductive Health Of Women: Prenatal Care. In: WILCOX, L. S.; MARKS, J. S. (Ed.). **From data to action: CDC's public health surveillance for women, infants, and children**. [S.l.]: U.S. Department of Health and Human Services, [2000?]. p.105-118. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/ProductsPubs/DatatoAction/pdf/DataToAction.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

KRAWIEC, E.H. **Planejamento x Programação**. Campo Grande, 2001.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.5, supl. 1, p. S23-S32, dez. 2005.

LANA, F.C.F.; LIMA, A.S. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.4, p. 587-594, 2010.

MAIDOO, J.; WILLS, J. **Health promotion – foundations for practice**. London: Bailliere Trindall, 2000.

MARINHO, L.A.B.; COST-GURGEL, M.S.; CECATTI, J.G.; OSIS, M.J.D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.5, p.576-582, 2003.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
NAIM, M.; BHUTTO E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. **J. Pak. Med. Assoc.**, v.50, n.1, p. 38-44, Jan. 2000.

NORMA OFICIAL MEXICANA. **NOM-007-SSA2-1993**: Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido: Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México, DF, 1995.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p. 25-32, 1998.

PALACIN, J.A.S. **Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidos em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.8, n.1, p.113-124, jan./mar. 2008.

PASSOS, A.A.; MOURA, E.R.F. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.7, p. 1572-1580, 2008.

PIRES FILHO, F. M. O que é saúde pública? **Cad. Saúde Pública**, v.3, p.62-70, 1987.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porta Alegre: Artmed, 2004.

RAGEL, R. C. T. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**: avaliação do processo e resultado da assistência pré-natal na região da AMFRI, SC. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexões sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.477-486, 2007.

ROCHA, R.S. **Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE:** uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

ROCHA, J.B.B.; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46 – 52, jan./mar. 2007.

SERRUYA, S. J. **A Experiência de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil.** Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, J.M.; CALDEIRA, A.P. Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 95-108, mar./jun. 2011.

SOUZA, H. M. et al. A implantação de uma nova mentalidade. **Rev. Bras. Saúde Família**, Brasília, ano 2, n.6, p. 20-27, dez. 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2004.

TANAKA, A.C.D.A. **Maternidade:** dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC, 1995.

TANAKA, O. Y. **Avaliação de programas de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

THOMPSON, J.E.; WALSH, L.V.; MERKATZ, I.R. The history of prenatal care: cultural, social, and medical contexts. In: MERKATZ, I.R.; THOMPSON, J.E.; MULLEN, P.D.; GOLDENBERT, R.L. (Ed.). **New perspectives on prenatal care.** New York: Elsevier Science, 1990.

THE WORLD BANK. **Indonesia's health work force:** Washington, DC, 1994.

WHO. **Standards for Maternal and Neonatal Care.** Geneva, 2006.

WONCA EUROPA. **A definição Europeia de Medicina Geral e Família.** 2002. Disponível em:< <http://sbmfc.org.br>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

APÊNDICES

APENDICE A

Instrumento para a coleta de dados



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC

Título do Projeto: Diagnóstico situacional dos profissionais das unidades de saúde relacionado ao programa de humanização do pré-natal e nascimento e ao sistema de informação sobre pré-natal no município de Fortaleza-CE.

Unidade de Saúde: _____ Regional: _____
Nome do Pesquisador: _____ Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
1. Qual sua categoria profissional? <i>Médico=0 Enfermeiro=1</i>	CATEGORI
2. Qual a sua idade?	IDADE
3. Qual o sexo? <i>Feminino=0 Masculino=1</i>	SEXO
4. Há quanto tempo está formado?	FORMADO
5. Possui curso de pós-graduação? <i>Não = 0 Sim = 1</i>	POSGRADU
6. Se sim, qual? <i>Especialização=0 Mestrado=1 Doutorado=3 Residência=4</i>	QUALPOS
7. Qual a área da sua pós-graduação? <i>Saúde da Família=0 Saúde Pública=1 Saúde Coletiva=2 Outros=3</i>	AREAPOS
8. Há quanto tempo atua na Estratégia Saúde da Família?	TEMPATUA
9. Já participou de algum treinamento sobre o Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento? <i>Não =0 Sim =1</i>	TREINA
9.1. Quando?	QPROMOVE
9.2. E quem promoveu? <i>SMS=1 MS=2 Outros=3</i>	TPROMOVE
10. Você se sentiu motivado a participar desse treinamento? <i>Não = 0 Sim =1</i>	MOTIVADO

II- REFERENTE AO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS A CERCA DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL			
11. Quais os parâmetros mínimos utilizados pelo PHPN para considerar um adequado acompanhamento pré-natal?			
	<i>Não =0</i>	<i>Sim =1</i>	
Início precoce do acompanhamento pré-natal, até o 4º mês			INIPRECO
Mínimo de 6 consultas			MINICONS
Imunização contra o tétano			IMUTETA
Oferta de testagem anti-HIV			TESTHIV
Duas rotinas de exames mínimos			EXAMINI
Consulta puerperal até 42 dia			CONPUERP
Realização de atividades educativas			ATIVEDU
Classificação de risco em todas as consultas			CLARISCO
Referência das gestantes de risco à unidade ambulatorial de referência ou hospital			REFGEST
12. Quando deve ser solicitado exame para as gestantes sem complicações? <i>Na primeira consulta e na trigésima semana=0 Apenas na primeira consulta=1 Apenas na trigésima semana=2 Em qualquer época da gravidez=3</i>			EXACOMP
13. Quando deve ser realizada a consulta puerperal? <i>Até 42 dias após o parto=1 Primeira semana após o parto=2 Logo que possível=3 No primeiro mês de vida do RN=4 Em qualquer época do primeiro ano de vida do RN=5</i>			REAPUERP
14. Quando você utiliza esses critérios para classificação de risco gestacional? <i>Em todas as consultas pré-natais e durante o trabalho de parto=0 Em todas as consultas pré-natais=1 Apenas na primeira consulta=2 No primeiro trimestre e no terceiro trimestre=3</i>			RERISGES

15. Qual profissional é responsável pela realização de risco gestacional na sua unidade? <i>Médico=0 Enfermeiro=1 Médico e Enfermeiro=2</i>			PRORESP
16. O que é gestação de alto risco? <i>Aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas=0 Aquela na qual a vida ou a saúde da mãe tem maiores chances de serem atingidas=1 Aquela na qual a vida ou a saúde do feto tem maiores chances de serem atingidas=2 Aquela na qual a vida ou a saúde do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas=3</i>			QGESRIC
17. Quais exames devem ser solicitados a gestante na primeira consulta?			
	<i>Não =0</i>	<i>Sim =1</i>	
ABO-RH			PRIABO
VDRL			PRIVDRL
Sumário de Urina			PRIURINA
Glicemia de Jejum			PRIJEJUM
Hemoglobina			PRIHEMO
Hematócrito			PRIHEMA
Anti-HIV			PRIHIV
Sorologia para toxoplasmose IgM, se disponível			PRITOXM
Sorologia para toxoplasmose IgG, se disponível			PRITOXG
Sorologia para hepatite B (HBsAg), se disponível			PRIHBSAG
18. Quais exames devem ser solicitados próximos a 30ª semana de gestação?			
	<i>Não =0</i>	<i>Sim =1</i>	
ABO-RH			TRIABO
VDRL			TRIVDRL
Sumário de Urina			TRIURINA
Glicemia de Jejum			TRIEJUM
Hemoglobina			TRHEMO
Hematócrito			TRHEMA
Anti-HIV			TRHIV
Sorologia para Hepatite B (HBsAg), se disponível			TRHBSAG
19. Você realiza alguma atividade educativa com as gestantes? <i>Não = 0 Sim = 1</i>			REATIV
20. Se sim, qual?			
	<i>Não =0</i>	<i>Sim =1</i>	
Palestra			PALESTR
Discussões em grupo			DISGRUPO
Dramatizações			DRAMATI
Grupos de gestantes adolescentes			GRUGESA
Exposição de vídeos educativos			EXVIEDU
21. Com que frequência você realiza essa atividade educativa?			FREQATIV
22. Quais temas são abordados durante suas atividades educativas?			
	<i>Não =0</i>	<i>Sim =1</i>	
Importância do pré-natal			IMPPRENAT
Cuidados de higiene			CUIHIGIE
Realização de atividade física			REATIVFI
Nutrição – Alimentação saudável			NUTRICA0
Desenvolvimento da gestação			DESGESTA
Modificações corporais e emocionais			MOCOREMO
Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto			MEDOFANT
Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV			ATISEXUAL
Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes			SINTOGRA
Sinais de alerta e o que fazer nessas situações			SINAISAL
Preparo para o parto			PREPARTO
Orientações e incentivo para o parto normal			ORIPARTO
Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar			ORIALEIT

Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção			PLAFAMIL
Sinais e sintomas do parto			SIPARTO
Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde			CUIDADOP
Saúde mental e violência doméstica e sexual			MENVIODO
Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério			CONDITRA
Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho			PARTPAI
Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto			BENFLEGA
Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares			GRAVADOL
Importância das consultas puerperais			IMPCOQUE
Cuidados com o recém-nascido			CUIRECEM
Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido			REATRIAG
Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).			ACOMCERS

III- REFERENTE AS ATIVIDADES REALIZADAS NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

1- Em 100% das gestantes (Todas); 2- Em 75% das gestantes (Maioria); 3- Em 50% das gestantes (Metade); 4- Em menos de 50% das gestantes (Minoria); 5- Nenhuma das gestantes			
Você realiza.....			
23. A primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação?			PRICONGE
24. Busca ativa de gestante na sua área?			BUSATIVA
25. No mínimo 6 consultas de acompanhamento pré-natal?			MINSECON
26. Consulta puerperal até quarenta e dois dias após o nascimento?			CONPUQUA
27. Solicitação do ABO-Rh na primeira consulta?			SOABOPRI
28. Solicitação do VRDL na primeira consulta?			SVDRLPRI
29. Solicitação do VDRL na trigésima semana da gestação?			SVDRLTRI
30. Solicitação do Sumário de Urina na primeira consulta?			SSUPRI
31. Solicitação do Sumário de Urina na trigésima semana da gestação?			SSUTRI
32. Solicitação de Glicemia de Jejum na primeira consulta?			SGLIPRI
33. Solicitação de Glicemia de Jejum na trigésima semana da gestação?			SGLITRI
34. Solicitação de HB/HT na primeira consulta?			SHBHTPRI
35. Oferta a testagem anti-HIV, na primeira consulta?			OTESTPRI
36. Aplicação da vacina antitetânica, dose imunizante ou reforço, segundo esquema recomendado?			APLVACTE
37. Atividades educativas para as gestantes?			ATIVEDU
38. Classificação de risco na primeira consulta pré-natal?			CLARIPRI
39. Classificação de risco nas consultas subsequentes?			CLARISUB
40. Encaminha à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar as gestantes de alto risco?			ENCREFE
41. Utiliza a ficha de cadastro da gestante no SISPRENATAL?			UTIFICAD
42. Utilizar a ficha de acompanhamento da gestante?			UTIFICOP

IV- ATIVIDADES RELATIVAS AO SISPRENATAL

43. Utiliza o SISPRENATAL para avaliar e planejar ações na sua unidade? Não=0 Sim=1			UTISISP
44. Se sim, qual(is)?	Não=0	Sim=1	
Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês			PERINSC
Percentual de gestantes inscritas que realizam seis consultas de pré-natal			PERINSE

Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério			PERINPUE
Percentual de gestantes inscritas que realizam seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos			PERINEX
Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta e todos os exames básicos			PESECOEX
Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica			PERDOIMU
Percentual de gestantes inscritas que realizam seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.			PERINCOM
45. As fichas de cadastro e acompanhamento da gestante estão disponíveis na unidade? <i>Não=0 Sim=1</i>			FICHADIS
46. Você utiliza as fichas de cadastro e acompanhamento da gestante? Não=0 Sim=1 Não conheço esses instrumentos=2 Outro:			UTIFICHA
47. Caso não, quais os motivos?	<i>Não=0</i>	<i>Sim=1</i>	
Não conheço essas fichas			NAOCONHE
A regional não disponibiliza			REGNDISP
A SMS não disponibiliza			SMSNDISP
Outro:			
REFERENTE A UTILIZAÇÃO DO SISPRENATAL PARA MONITORAR A ASSISTÊNCIA PRESTADA Marque para os itens a seguir: 1- Excelente; 2- Muito bom; 3- bom; 4- Regular; 5- Insuficiente			
48. Nível de confiabilidade dos dados da sua unidade contidos no SISPRENATAL			NICONFSI
49. Grau de utilização da ficha de cadastro da gestante no SISPRENATAL quanto ao preenchimento.			GUTIFICA
50. Grau de utilização da ficha de acompanhamento da gestante no SISPRENATAL quanto ao preenchimento.			GUTIFIAC

V- REFERENTE AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA ALIMENTAR O SISTEMA			
51. Quais as dificuldades encontradas para alimentação dos dados referentes a consulta pré-natal no prontuário eletrônico?	<i>Não=0</i>	<i>Sim=1</i>	DIFENCON
Falta de equipamento (Computador ou partes do computador)			FALTEQUI
Lentidão do sistema			LENTSIST
Prontuário inacessível			PRONTINA
Outros			

APÊNDICE B



Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Como Pesquisadora da UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre “Diagnóstico situacional dos profissionais das unidades de saúde relacionado ao programa de humanização do pré-natal e nascimento e ao sistema de informação sobre pré-natal no município de Fortaleza-CE”. Deste modo, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa disponibilizando os seus dados para preencher um formulário. Esclareço que:

- As informações coletadas, somente serão utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo. Somente o pesquisador, a equipe do estudo e os representantes do comitê de Ética terão acesso aos seus dados para verificar as informações do estudo.
- Que o(a) senhor(a) tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa e, também esclareço que sua participação não acarretará qualquer tipo de ônus, tão como, a vir sofrer algum tipo de risco.
- Garantimos que o senhor(a) não sentirá nenhum desconforto, nem terá riscos ao participar do estudo. Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa, inclui a possibilidade de melhorar a atenção dispensada às pessoas que procuram os serviços de enfermagem durante a gestação e puerpério.
- O sujeito da pesquisa deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na assinatura na última página do Termo.
- O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última página do Termo.

Em caso de esclarecimentos contatar com a coordenadora da pesquisa no endereço ou o comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza:

Endereço da coordenação da pesquisa: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz.
Fone: 3477-3280 / 3477-3324

Nome: Ana Paula Soares Gondim ou Dayze Djanira Furtado de Galiza – Mestrado em Saúde Coletiva.

Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza: Av. Washington Soares nº1321, Bairro: Edson Queiroz. Cep: 60.811-905, Telefone: 3477-3122

Assinatura do pesquisador de Campo

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para a pesquisa.

Dados da Entrevistada ou Responsável:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Consentimento Pós - Esclarecimento

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do(a) Entrevistado(a)/Responsável

ANEXOS

ANEXO A



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N.º. 211/2011

Projeto de Pesquisa: Diagnóstico situacional dos profissionais das unidades de saúde relacionados ao programa de humanização do pré-natal e nascimento e ao sistema de informação sobre pré-natal no município de Fortaleza-Ce.

Pesquisador Responsável: Dayze Djanira Furtado de Galiza

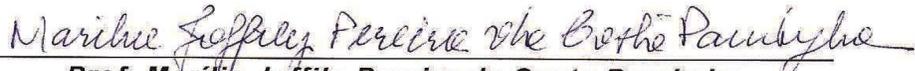
Data de apresentação ao COÉTICA: 02/06/11

Registro no COÉTICA: 11-274

CAAE: 0266.0.037.000-11

Parecer: Aprovado na data 12/07/11

Obs.: O(a) pesquisador(a) deverá apresentar uma cópia do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza.


Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

ANEXO B



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua do Rosário, 283, Sala 508. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo(a). Coordenador(a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessor Técnico da Educação Permanente da SER I.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da Pesquisa Intitulada: **CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATEÇÃO BÁSICA DE FORTALEZA SOBRE O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.**

Seguem algumas informações sobre o estudo. As pesquisadoras **Dayze Djanira Furtado de Galiza aluna do Mestrado em Saúde Coletiva e Amelina de Brito Belchior aluna do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.**

A cópia do projeto, a ser entregue ao SMSE, para análise deverá ser providenciada pelas pesquisadoras.

A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde da Família da SER I.

A atividade ocorrerá nos meses de **MAIO a AGOSTO DE 2011.**

As pesquisadoras deverão apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola / Distrito de Saúde da SER I – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pelas pesquisadoras.

Fortaleza, 10 de Março de 2011

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola