UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTO DA INFRAESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Daniela Dal Forno Kinalski

Santa Maria, RS, Brasil

2018

QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTO DA INFRAESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO

Daniela Dal Forno Kinalski

Trabalho de Conclusão de Residência apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde**.

Orientadora: Profª Drª Vânia Maria Fighera Olivo
Coorientador: Prof Dr Jessye Melgarejo Do Amaral Giordani

Santa Maria, RS, Brasil

2018

Daniela Dal Forno Kinalski

QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTO DA INFRAESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde**.

Aprovado em 27 de fevereiro de 2018:

_____
Profª Drª Vânia Maria Fighera Olivo (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

_____
Profª Dr Jessye Malgarejo doAmaral Giordani (UFSM)
(Coorientador)

_____
Enf Espª Vanessa Preigschadt Martins (SMS)
(membro da banca)

_____
Enf Dda Lizandra Flores Chourabi (FIOCRUZ)
(membro da banca)

Santa Maria, RS
2018

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Residência

Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

Universidade Federal de Santa Maria

QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTO DA INFRAESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO

AUTOR: DANIELA DAL FORNO KINALSKI

ORIENTADORA: PROFª DRª VÂNIA MARIA FIGHERA OLIVO

COORIENTADOR: PROF DR JESSYE MELGAREJO DO AMARAL GIORDANI

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 27 de fevereiro de 2018.

RESUMO: A atenção ao pré-natal merece destaque na assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal, e sua qualidade está relacionada com à oferta de recursos físicos e o desenvolvimento de ações gerencias e assistenciais. É imprescindível que está atenção à saúde de qualidade seja pautada nas políticas públicas de saúde e seja qualificada com base em critérios, padrões e indicadores que compõem esta prática. Diante disso, este estudo objetivou avaliar a qualidade do pré-natal de risco habitual por meio dos indicadores de estrutura e processo. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo epidemiológico descritivo transversal observacional que seguiu o referencial teórico de Donabedian. A coleta de dados se deu por meio da utilização de um questionário denominado IPR-PRENATAL em 13 Estratégias de Saúde da Família, no período de setembro a outubro de 2017. Evidenciou-se que, no geral, a infraestrutura foi considerada adequada. Na variável processo de trabalho, 92,3% das gestantes acompanhadas realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e a de puerpério, 69,2% concretizam a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 53,8% dos profissionais identificam se a primeira consulta foi posterior ao quarto mês de gestação e que 61,5% dos serviços realizam grupos com adolescentes sobre sexualidade e grupos de gestante. Conclui-se que as Estratégias de Saúde da Família são estruturalmente satisfatórias no que se diz respeito ao suprimento de equipamentos permanentes e de medicamentos e suplementos na atenção ao pré-natal. Quanto ao processo de trabalho é necessário investir no aumento dos indicadores em relação a gestão da informação sobre a primeira consulta de pré-natal ser realizada no primeiro trimestre de gestação, o controle se a primeira consulta foi realizada posterior ao quarto mês de gestação, bem como, a utilização de tecnologias leves para qualificar este cuidado.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Indicadores de Saúde; Avaliação da assistência pré-natal; Estudo avaliativo.

ASTRACT

Completion of Residence Work

Multiprofessional Residency Program Integrated in Public Health System

Federal University of Santa Maria

QUALITY OF PRENATAL IN FAMILY HEALTH STRATEGIES: IMPACT OF INFRASTRUCTURE AND WORK PROCESS

AUTHOR: DANIELA DAL FORNO KINALSKI

ADVISOR: PROFª DRª VÂNIA MARIA FIGHERA OLIVO

COORIENTATOR: PROF DR JESSYE MELGAREJO DO AMARAL GIORDANI

Date and Place of defense: Santa Maria, February 27, 2018.

ABSTRACT: Prenatal care deserves attention in health care in the pregnancy-puerperal cycle, and its quality is related to the provision of physical resources and the development of management and care actions. It is essential that quality health care be guided by public health policies and be qualified based on criteria, standards and indicators that make up this practice. Therefore, this study aimed to evaluate the prenatal quality of habitual risk through the indicators of structure and process. This is a quantitative epidemiological descriptive cross-sectional observational study that followed Donabedian's theoretical framework. Data collection was done through the use of a questionnaire called IPR-PRENATAL in 13 Family Health Strategies, from September to October 2017. It was evidenced that, in general, the infrastructure was considered adequate. In the variable work process, 92.3% of pregnant women attended at least six prenatal visits and one in the puerperium, 69.2% completed the first prenatal visit in the first trimester of pregnancy, 53.8% professionals identify whether the first consultation was after the fourth month of gestation and that 61.5% of the services performed groups with adolescents on sexuality and groups of pregnant women. It is concluded that the Family Health Strategies are structurally satisfactory with regard to the supply of permanent equipment and medicines and supplements in prenatal care. Regarding the work process, it is necessary to invest in the increase of the indicators in relation to information management on the first prenatal visit to be performed in the first trimester of gestation, the control if the first consultation was performed after the fourth month of gestation, and such as the use of light technologies to qualify this care.

Keywords: Prenatal Care. Health Indicators. Evaluation of prenatal care. Evaluation study.

Dedico este trabalho ao meu amor incondicional: Minha família. Está, que sempre está ao meu lado me apoiando em meus desafios e perspectivas profissionais
Amo cada um de vocês!

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Questionário utilizado na coleta de dados..... 31
Anexo B- Parecer favorável do Comitê de Ética 33

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 7

ARTIGO- QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTO DA INFRAESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO..... 8

Resumo 8

Abstract..... 8

Introdução 9

Método 12

Resultados..... 14

Discussão 18

Considerações finais 23

Referências 25

ANEXOS..... 30

Anexo A - Questionário utilizado na coleta de dados..... 31

Anexo B- Parecer favorável do Comitê de Ética..... 33

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de Residência apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) será apresentado em formato de artigo.

QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTO DA INFRAESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO

QUALITY OF PRENATAL IN FAMILY HEALTH STRATEGIES: IMPACT OF INFRASTRUCTURE AND WORK PROCESS

RESUMO: A atenção ao pré-natal merece destaque na assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal, e sua qualidade está relacionada com à oferta de recursos físicos e o desenvolvimento de ações gerencias e assistenciais. É imprescindível que está atenção à saúde de qualidade seja pautada nas políticas públicas de saúde e seja qualificada com base em critérios, padrões e indicadores que compõem esta prática. Diante disso, este estudo objetivou avaliar a qualidade do pré-natal de risco habitual por meio dos indicadores de estrutura e processo. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo epidemiológico descritivo transversal observacional que seguiu o referencial teórico de Donabedian. A coleta de dados se deu por meio da utilização de um questionário denominado IPR-PRENATAL em 13 Estratégias de Saúde da Família, no período de setembro a outubro de 2017. Evidenciou-se que, no geral, a infraestrutura foi considerada adequada. Na variável processo de trabalho, 92,3% das gestantes acompanhadas realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e a de puerpério, 69,2% concretizam a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 53,8% dos profissionais identificam se a primeira consulta foi posterior ao quarto mês de gestação e que 61,5% dos serviços realizam grupos com adolescentes sobre sexualidade e grupos de gestante. Conclui-se que as Estratégias de Saúde da Família são estruturalmente satisfatórias no que se diz respeito ao suprimento de equipamentos permanentes e de medicamentos e suplementos na atenção ao pré-natal. Quanto ao processo de trabalho é necessário investir no aumento dos indicadores em relação a gestão da informação sobre a primeira consulta de pré-natal ser realizada no primeiro trimestre de gestação, o controle se a primeira consulta foi realizada posterior ao quarto mês de gestação, bem como, a utilização de tecnologias leves para qualificar este cuidado.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Indicadores de Saúde; Avaliação da assistência pré-natal; Estudo avaliativo.

ABSTRACT: Prenatal care deserves attention in health care in the pregnancy-puerperal cycle, and its quality is related to the provision of physical resources and the development of management and care actions. It is essential that quality health care be guided by public health policies and be qualified based on criteria, standards and indicators that make up this practice. Therefore, this study aimed to evaluate the prenatal quality of habitual risk through the indicators of structure and process. This is a quantitative epidemiological descriptive cross-sectional observational study that followed Donabedian's theoretical framework. Data collection was done through the use of a questionnaire called IPR-PRENATAL in 13 Family Health Strategies, from September to October 2017. It was evidenced that, in general, the infrastructure was considered adequate. In the variable work process, 92.3% of pregnant women attended at least six prenatal visits and one in the puerperium, 69.2% completed the first prenatal visit in the first trimester of pregnancy, 53.8% professionals identify whether the first consultation was after the fourth month of gestation and that 61.5% of the services performed groups with adolescents on sexuality and groups of pregnant women. It is concluded that the Family Health Strategies are structurally satisfactory with regard to the

supply of permanent equipment and medicines and supplements in prenatal care. Regarding the work process, it is necessary to invest in the increase of the indicators in relation to information management on the first prenatal visit to be performed in the first trimester of gestation, the control if the first consultation was performed after the fourth month of gestation, and such as the use of light technologies to qualify this care.

Keywords: Prenatal Care. Health Indicators. Evaluation of prenatal care. Evaluation study.

INTRODUÇÃO

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Destaca-se que para a sua humanização, e, de certa forma, a sua qualificação faz-se necessário um olhar ampliado do profissional de saúde sobre o processo saúde/doença, além da importância de estabelecer novas bases entre os diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde para esta população. É preciso compreender o usuário/gestante em sua totalidade corpo/mente e considerar o ambiente social, econômico, cultural, físico, e respeitar os direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mesma[1].

No entanto, estudos vem discutindo que a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência. No cenário Brasileiro, relatam a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas, realização incompleta dos procedimentos preconizados, falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto, afetando sua qualidade e efetividade[2].

Conjuntamente com isso, destaca-se a escassez de dados de abrangência relativos à assistência de um pré-natal de qualidade no cenário brasileiro. As informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) demonstram um aumento da cobertura de pré-natal no país, alcançando valores próximos a 100% em 2011[3]. Entretanto, esse sistema só permite a análise do número de consultas realizadas, além de se restringir às gestações que resultaram num nascido vivo, não demonstrando a real qualidade do aumento dessa cobertura de pré-natal no Brasil[4].

Nesse sentido, observa-se pouco investimento em estudos e ações no Brasil que avaliem como está se dando as consultas ofertadas pelos profissionais, ou seja, não se têm a real qualidade dessa assistência. Sabe-se que a análise da qualidade pode ser a principal aliada para retratar com maior fidedignidade o processo do atendimento, além de ser considerada

como um fator de extrema importância nos prognósticos materno e infantil. Tais considerações foram observadas na vivencia enquanto residente em cenário de formação no campo da gestão e da atenção à saúde da mulher e da criança na Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Destaca-se a real necessidade de se estar olhando para além dos resultados satisfatórios dos indicadores de saúde pactuados nesse referido município. A vivência nesse campo de gestão e atenção inquietou a respeito dessa real efetividade da qualidade, pois, pode-se observar nesse cenário e nessa população uma proporção de nascidos vivos prematuros, alta taxa de parto cesáreo, número significativo de óbitos fetais, neonatais, infantil e materno, alta taxa de sífilis congênita e HIV, o que se contrapõem ao indicador efetivo da realização de sete ou mais consultas de pré-natal.

Dessa forma, como residente percebeu-se a dificuldade de interpretação dos dados com a prática realmente ofertada nestes cenários, bem como, pensar sobre a qualidade e a maneira deste acompanhamento. Trabalha-se com a hipótese de que a real efetivação das políticas públicas de saúde neste município, a partir de uma reflexão sobre a qualidade da atenção à saúde influenciará no cuidado ofertado ao trinômio mãe-bebê-família.

Assim, avaliar a qualidade da atenção ao pré-natal para além dos índices elevados de indicadores de saúde tem motivado o surgimento de políticas públicas que ressaltam o ciclo gravídico-puerperal[5]. Têm-se como principal política/programa e referência para a busca da qualidade da atenção para esta a população: O Programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento (PHPN)[6,7].

Este teve como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. O PHPN tem como principal objetivo reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido[7].

Diante disso, com a implantação do PHPN, o atendimento destinado à saúde da mulher passa a ter um enfoque diferenciado. Tem-se a preocupação com a qualidade do atendimento, estabelecendo a humanização como um dos princípios norteadores da assistência[8]. No PHPN foram definidos critérios para a qualificação do pré-natal, como por exemplo: número de consultas (6 no mínimo), início do acompanhamento do pré-natal o mais precoce possível, distribuição das consultas durante o pré-natal, solicitação de exames complementares obrigatórios, realização do exame obstétrico, realização de atividades educativas, orientações, vacinação, coleta de exame citopatológico[6,7].

Essa qualidade evidenciada na PHPN e de acordo com o referencial utilizado neste estudo é contextualizada como uma propriedade da atenção em saúde que pode ser obtida em diversos graus ou níveis. Donabedian estabelece três dimensões para a qualidade: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde; a interpessoal é referente à relação que se estabelece entre o prestador de serviço e o cliente; e a ambiental refere-se às comodidades oferecidas a clientela em termo de conforto e de bem-estar[9,10].

Donabedian relata que a partir dessas três dimensões teóricas desenvolveu-se um quadro conceitual para o entendimento da qualidade em saúde por meio dos conceitos de Estrutura, Processo e Resultado. Considera a Estrutura, como os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para as atividades da assistência. O Processo refere-se às atividades que envolvem os profissionais de saúde e clientes, com base em padrões aceitos, o cumprimento das ações, a humanização e os princípios éticos. E o Resultado que é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação dos padrões e expectativas da cliente[9,10].

Esses conceitos ressaltam novamente a dificuldade de quantificar a influência exata desses componentes na qualidade da atenção. No entanto, é possível falar em termos de tendências, ou seja, quando essas dimensões estão mais adequadas aumenta a probabilidade de a assistência ser de melhor qualidade[5].

Assim, diversos estudos vêm sendo realizados para estabelecer parâmetros de avaliação da assistência ofertada durante o processo gestacional de acordo com o conceito de qualidade e com o intuito de se avaliar não apenas os aspectos quantitativos do processo, e sim, entender a dimensão subjetiva desse cuidado[11,12]. Destaca-se, o Índice Infraestrutura, Processo de trabalho e Resultados no Pré-natal (IPR/PN)[12].

O IPR/PN foi criado com base nas diretrizes do PHPN. O instrumento avalia a qualidade do pré-natal com base em elementos quantitativos e qualitativos, distribuídos na tríade infraestrutura, processo de trabalho e resultados[12]. Essa tríade é baseada na proposta de avaliação de qualidade de atenção de acordo com o referencial teórico de Donabedian descrito acima[9,10].

Seguindo este referencial e instrumento de avaliação aponta-se que a infraestrutura e o processo de trabalho são indispensáveis na promoção e adequação de um pré-natal de qualidade. O primeiro está relacionado com o ambiente e com a necessidade que o profissional precisa em relação aos recursos materiais e de insumos (equipamentos, medicamentos, apoio laboratorial) para realização de ações assistenciais completas e

constantes. O segundo, o processo de trabalho, avalia a relação direta entre profissionais e gestantes (percentual de cobertura, número de consultas, exames básicos, consulta de puerpério, abordagem multiprofissional, utilização de indicadores para monitoramento e educação permanente em saúde)[12].

Nesse sentido, para identificar a qualidade da atenção ao pré-natal se torna imprescindível avaliar esta assistência. Estrutura e processo são áreas que merecem atenção especial quando se pretende avaliar quaisquer práticas de saúde. A melhor estratégia na busca da qualidade das ações de saúde requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos destas abordagens[13]. Avaliar a partir destes componentes permite um diagnóstico mais completo da real qualidade da atenção ao pré-natal[14].

Assim, a partir da importância de se avaliar a qualidade da atenção ao pré-natal, este estudo tem como **objetivo** *avaliar a qualidade do pré-natal de risco habitual por meio dos indicadores de estrutura e processo nos serviços de Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS).*

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo epidemiológico descritivo transversal observacional[15]. Seguiu-se o referencial teórico de Donabedian para avaliar a qualidade do pré-natal por meio dos indicadores de estrutura e processo[9,10].

O cenário do estudo foi o município de Santa Maria, que apresenta uma população de 246.544 habitantes, situado na região central do Rio Grande do Sul, Brasil, sendo aproximadamente 75% atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)[16]. A rede pública de APS deste município é constituída por diferentes tipos de serviços, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS), contendo nestas a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contemplam 31 serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), destas 18 UBS (14 urbanas e 4 distritais), das quais 5 contam com EACS e 13 ESF, que contam com 16 equipes e 2 Policlínicas.

As ESF do referido município contam com a população de, muitas vezes, mais de 4000 usuários para cada unidade, trabalham com uma equipe mínima de enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e a incompletude do total necessário de agentes comunitários por território, bem como, a baixa cobertura do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) para as equipes dos serviços de ESF.

O estudo contou com a participação de um profissional de referência, médico e/ou enfermeiro dos 13 serviços de ESF do município de Santa Maria. A escolha se deu de modo intencional, e tinha como critério de escolha realizar a consulta de pré-natal ou conhecer a estrutura e processo do pré-natal do seu serviço. Nesse estudo, a participação foi de 12 enfermeiras e 1 médico que responderam o questionário utilizado.

Assim, teve-se como critério de inclusão: ser profissional da rede pública de APS no serviço de ESF, e como critérios de exclusão: ser profissional contratado que não pertencesse ao quadro efetivo do município (residentes e estagiários), ou que estivessem em atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

A coleta de dados desta pesquisa ocorreu no mês de Setembro e Outubro do ano de 2017, e se deu por meio da aplicação de um questionário denominado "IPR/Pré-natal". O IPR/Pré-natal foi desenvolvido com base na tríade avaliativa estrutura-processo-resultado do referencial teórico utilizado neste estudo para avaliar a qualidade do pré-natal e com base no Programa de Humanização do Pré-natal[12].

Destaca-se que na avaliação do componente estrutura as primeiras variáveis estavam relacionadas ao ambiente onde é realizada a atenção ao pré-natal (considerando "adequado" quando exclusivo e com identificação explicita, e se o serviço é construído em ambiente próprio); as demais se referiam a equipamentos, materiais e medicamentos de uso do pré-natal, bem como os que respaldam a gestão da informação, além de apoio laboratorial, e profissionais inseridos nos serviços, respectivamente, que foram considerados "adequados" quando em conformidade com os critérios estabelecidos pela PHPN[12].

Na avaliação do processo abrangeram-se variáveis como: percentual de cobertura da população de abrangência, tomando como referência as mulheres em idade fértil, percentual de cobertura de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, que apresentaram no mínimo seis consultas, fizeram os exames laboratoriais básicos e realizaram a consulta de puerpério (para a cobertura ter o percentual mínimo de 90% é considerado "adequado")[12].

As demais variáveis do processo referiam-se à abordagem multiprofissional no pré-natal ("adequados" quando a atenção envolve mais de dois núcleos profissionais), procedimentos clínico-obstétricos, temas abordados durante a consulta de pré-natal (estes considerados "adequados" segundo o que recomenda a PHPN). Também é considerado "adequado" os serviços que apresentavam materiais da gestão de informação, que utilizam algum indicador para monitorar a atenção ao pré-natal e que realizam estratégias de educação permanente segundo as diretrizes da PHPN[12].

Atribui-se o valor 1 para “adequado” e 0 para “inadequado”. Estes dados foram processados e analisados de forma eletrônica, a partir da construção de um banco de dados digitados em planilha do Excel utilizando-se dupla digitação independente, com verificação de erros e inconsistências, a fim de garantir a exatidão dos dados. A análise dos dados foi realizada no SPSS verão 20. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

Respeitaram-se os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadores das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos[17]. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria sob o CAAE: 71095617.0.0000.5346.

RESULTADOS

A tabela 1 descreve a Infraestrutura dos serviços de ESF da assistência ao pré-natal no município de Santa Maria, RS. Destaca-se a avaliação a partir da edificação do serviço, o suprimento de materiais, existência de medicamentos e suplementos, e apoio laboratorial.

Tabela 1- Infraestrutura dos serviços de Estratégia de Saúde da Família de assistência ao pré-natal. Santa Maria, RS, Brasil, 2017.

Variáveis	Freq. Absoluta (n=13)	Freq. Relativa (%)
Unidade de Saúde construída em prédio próprio		
Adequado	7	53,8
Inadequado	6	46,2
Setor com identificação explicita de pré-natal		
Adequado	6	46,2
Inadequado	7	53,8
Suprimentos adequados		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Suprimento de materiais		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Existência de medicamentos/suplementos		
Adequado	1	7,7
Inadequado	12	92,3
Existência de apoio laboratorial		
Adequado	9	69,2
Inadequado	4	30,8

Por meio dela pode-se observar que 53,8% das edificações das ESF foram construídas em prédio próprio e não possuem uma identificação explicita de que é realizado pré-natal naquele estabelecimento de saúde, bem como, o horário e os profissionais responsáveis. Destaca-se que em relação ao suprimento de equipamentos permanentes (estetoscópio clínico, esfigmomanômetro, fita métrica inelástica, foco de luz, mesa para exames ginecológicos,

sonar Dopler, entre outros) e materiais higiênicos-sanitários (luvas descartáveis, lençóis nas mesas ginecológicas...) e os que respaldam a gestão da informação (cartão da gestante, ficha de requisição de exames, de encaminhamentos, de prescrição de encaminhamentos, mapa de registro diário, ficha perinatal...) teve-se 100% de adequação de acordo com os profissionais.

Quanto à existência de medicamentos/suplementos de uso no pré-natal 92,3% não possuem as mesmas nas ESF deste município. Observa-se, também, que nestes serviços 69,2% possuem todos os exames de rotina ofertados.

No que diz respeito ações realizadas no acompanhamento do pré-natal, envolvendo a relação direta entre as gestantes e os profissionais, a tabela 2 apresenta as variáveis que caracterizam a qualificação deste processo de trabalho em três grupos: gestão da informação pelos profissionais, utilização de tecnologias duras e o uso de tecnologias leves no cuidado ofertado a essa população.

Tabela2-Processo de Trabalho dos serviços de Estratégia de Saúde da Família na assistência ao pré-natal. Santa Maria, RS, Brasil, 2017.

Variáveis	Freq. Absoluta (n=13)	Freq. Relativa (%)
GESTÃO DA INFORMAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS		
Número de gestantes cadastradas na área de abrangência		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Número de gestantes acompanhadas na unidade		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Cobertura de gestantes acompanhadas		
Adequado	11	84,6
Inadequado	2	15,4
Número de mulheres em idade fértil cadastradas a área de abrangência		
Adequado	7	46,2
Inadequado	6	53,8
Número de mulheres em idade fértil acompanhada		
Adequado	5	38,5
Inadequado	8	61,5
Número de mulheres em idade fértil		
Adequado	5	38,5
Inadequado	8	61,5
Número de gestantes acompanhadas que realizara no mínimo seis consultas de pré-natal		
Adequado	12	92,3
Inadequado	1	7,7
Número de gestantes acompanhadas que realizaram consulta puerperal		
Adequado	11	84,6
Inadequado	2	15,4
Número de gestantes acompanhadas que realizaram todos os exames básicos		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Número de gestantes acompanhadas com imunização antitetânica		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Número de gestantes que realizaram as consultas de pré-natal no primeiro trimestre		
Adequado	9	69,2
Inadequado	6	30,8
Percentual de gestantes que começaram o pré-natal no primeiro trimestre+ no mínimo 6 consultas+realizaram todos os exames básicos+cobertura antitetânica		

Adequado	11	84,6
Inadequado	2	15,4
Taxa de cobertura da atenção ao pré-natal		
Adequado	9	69,2
Inadequado	4	30,8
Número de consultas de pré-natal		
Adequado	11	84,6
Inadequado	2	15,4
Baixo peso ao nascer das crianças		
Adequado	10	76,9
Inadequado	3	23,1
Gestantes que tiveram distúrbio hipertensivo específico na gravidez		
Adequado	9	69,2
Inadequado	4	30,8
Primeira consulta>4 meses (pré-natal tardio)		
Adequado	7	53,8
Inadequado	6	46,2
Mortalidade materna por causa evitável		
Adequado	8	61,5
Inadequado	5	38,5
Prematuridade das crianças		
Adequado	10	76,9
Inadequado	3	23,1
Anemia materna		
Adequado	7	53,8
Inadequado	6	46,2
UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS DURAS		
Registro de movimentos fetais		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Cálculo da data provável de parto		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Teste de estímulo sonoro		
Adequado	6	46,2
Inadequado	7	53,8
Tomada de peso e altura		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Palpação obstétrica		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Citopatológico de colo de útero		
Adequado	12	92,3
Inadequado	1	7,7
Avaliação nutricional/ganho de peso adequado		
Adequado	12	92,3
Inadequado	1	7,7
Medição de altura uterina		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Ausculta dos batimentos cardio-fetais		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Verificação da pressão-arterial		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Verificação da presença de edema		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Solicitação e verificação dos exames laboratoriais		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Avaliação das mamas		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES		
Pré-natal realizado pelo enfermeiro e médico		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Pré-natal com a participação de outro profissional de nível superior		
Adequado	7	53,8
Inadequado	6	46,2
Grupos com os adolescentes sobre sexualidade		

Adequado	8	61,5
Inadequado	5	38,5
Formação de grupos de gestante		
Adequado	8	61,5
Inadequado	5	38,5
Aconselhamento da disponibilidade de testes rápidos de gravidez		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Captação precoce de mulheres grávidas		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Busca das gestantes que abandonaram o pré-natal		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0

No tocante da **gestão da informação** trabalhou-se com variáveis relacionadas ao conhecimento dos profissionais em relação a alguns aspectos que são de extrema importância na qualidade do pré-natal. Destaca-se que nos serviços de ESF do município deste estudo, 100% das gestantes são cadastradas nas áreas de abrangência e estão realizando o acompanhamento do seu pré-natal na unidade. No entanto, observa-se que a cobertura das gestantes é de 84,6%. Contudo, identifica-se que existe uma discrepância em relação a esta cobertura, pois os profissionais relatam que conhecem apenas 53,8% das mulheres em idade fértil de seu território, ou seja, este dado é em relação às mulheres que frequentam os serviços de saúde.

Identificou-se que 92,3% das gestantes acompanhadas realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e a de puerpério, 100% realizam todos os exames básicos e recebem a imunização antitetânica, e 69,2% concretizam a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

Não obstante, ao questionar-se sobre o uso e indicadores/marcadores para o monitoramento do pré-natal no seu serviço de saúde teve-se como resultado que 69,2% não utilizam no seu processo de trabalho a taxa de cobertura da atenção ao pré-natal, 84,6 % dos profissionais controlam o número de consultas de suas gestantes e 53,8% identificam se a primeira consulta foi posterior ao quarto mês de gestação. Evidenciou-se, também, que 61,8% dos profissionais tem conhecimento se ocorreu uma morte materna por causa evitável, 69,2% controlam as gestantes que tiveram distúrbio hipertensivo, 53,8% se ocorreu anemia materna e 76,9% monitoram em seu território a presença de crianças com baixo peso ao nascer e prematuridade.

Na utilização de **tecnologias duras**, relacionadas aos procedimentos clínico-obstétricos, os profissionais relataram que realizam 100% dos registros de movimentos fetais, palpam a altura uterina e a medem, calculam a data provável de parto, tomam peso e altura das gestantes, auscultam o batimentos cardio-fetais, solicitam os exames laboratoriais,

avaliam as mamas e a presença de edemas, bem como verificam a pressão arterial. Evidenciou-se que 53,8% dos profissionais não realizam o teste de estimulo sonoro e 92,3% realizam o exame citopatológico de colo de útero e avaliam se o aumento de peso está de acordo com os padrões nutricionais desejáveis.

Salienta-se que quanto a utilização de **tecnologias leves** 100% dos profissionais nos serviços de ESF realizam as consultas compartilhadas entre médico e enfermeiro, mas, apenas, 53,8% das gestantes possuem em seu pré-natal a participação de outro profissional da saúde de nível superior. Os profissionais relataram que 100% das mulheres grávidas são captadas precocemente para iniciar o pré-natal e, é realizado busca ativa para as faltosas. Outro ponto importante identificado é que 61,5% dos serviços realizam grupos com adolescentes sobre sexualidade e grupos de gestante, e 100% dos profissionais realizam aconselhamento da disponibilidade de testes rápidos de gravidez em seu serviço de saúde.

DISCUSSÃO

A análise dos dados apresentados nas tabelas 1 e 2 evidencia que compreender a qualidade de pré-natal a partir de variáveis em torno da estrutura e do processo de trabalho, em que o mesmo ocorre, pode ser considerada como uma das principais prerrogativas para a efetivação da política pública de atenção à saúde materna e perinatal, bem como, da assistência para esta população. Nesse sentido, conhecer as características do pré-natal, contribui diretamente para identificar as prioridades assistenciais, para estabelecer ações adequadas, para prevenção, diagnóstico e manuseio clínico de possíveis problemas obstétricos[18].

Assim, a partir dos resultados analisados a respeito da qualidade da atenção ao pré-natal do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, obteve-se, que mais da metade dos estabelecimentos de saúde (ESF) deste município não são construídas em prédio próprio, e não possuem uma identificação explicita do serviço de pré-natal e nem dos profissionais que realizam. O Ministério da Saúde (MS), em relação a estrutura organizacional na atenção ao pré-natal, reconhece que é um ponto fundamental para garantir uma prática segura, ou seja, o seguimento de uma planta física adequada está totalmente relacionada com a qualidade da atenção ao pré-natal[7].

Nesse sentido, as pesquisas recomendam e relatam que a qualidade da atenção ao pré-natal está relacionada com a preservação de um ambiente facilitador para as ações integradas de saúde que considerem aspectos relacionados à planta física, aos recursos humanos e

materiais, ao apoio laboratorial, ao acesso ao medicamento, aos instrumentos de registro e ao sistema de referência e contra referência[19].

A falta de estrutura adequada e de instalações próprias para o cuidado assistencial compromete significativamente a qualidade da assistência ofertada para as gestantes, e, dessa forma, desqualifica-se o serviço quanto a humanização do atendimento[12].

Destaca-se ainda, neste município, a partir da análise das variáveis de estrutura, que a falta de identificação explicita de que é realizado pré-natal naquele estabelecimento de saúde, bem como, o horário e os profissionais responsáveis. Fato esse que vêm em desencontro dos estudos avaliativos da atenção ao pré-natal na literatura científica, como por exemplo, na cidade de João Pessoa/PB que 72,7% dos serviços possuem identificação explícita quanto aos dias e horários de pré-natal para informação dos usuários[20]. Assim, a falta de identificação explicita de que aquele estabelecimento de saúde realiza o pré-natal, bem como, o horário disponível para esta pratica de saúde influência diretamente na ambiência preconizada pela humanização do pré-natal, no sentido dos usuários se sentirem confortáveis, acolhidos pelo serviço e inseridos no processo de trabalho dos profissionais[7].

Por outro lado, a partir dos dados analisados, evidencia-se que o município de Santa Maria no que tange ao suprimento de equipamentos permanentes e materiais higiênicos-sanitários vem ocorrendo de forma satisfatória, teve-se 100% de adequação de acordo com os profissionais dos serviços. Esse resultado, demonstra que neste município é possível realizar um exame físico adequado. O MS relata que a realização de um exame físico adequado está totalmente relacionado com uma atenção qualificada de pré-natal, e, de acordo com a PHPN, é preconizado para esta qualidade acontecer, ter no município a garantia da existência de equipamentos e instrumentais mínimos para a realização das consultas de pré-natal[7].

Conjuntamente para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência às gestantes e à puérpera, o município deverá, por meio dos serviços integrantes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantir a realização dos exames básicos o mais próximo possível do território. A garantia dos exames básicos é a chave para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal[7]. Nesse sentido, o município de Santa Maria possui uma oferta de 69,2% dos exames no momento da coleta, o que pode refletir diretamente da qualidade dessa atenção ofertada, ou seja, é necessário investir em uma melhora no que tange ao suprimento dos exames laboratoriais, bem como, a reformulação de contratos e o acesso a este item tão importante na atenção ao pré-natal.

Destaca-se que quanto à existência de medicamentos/suplementos de uso no pré-natal 92,3% não possuem as mesmas nas ESF deste município. Justifica-se tal resultado, pois a

assistência farmacêutica sofreu modificações no último ano, e assim, as medicações foram retiradas das ESF e disponibilizadas para as gestantes pelas farmácias distritais do referido município. Diante disso, pode-se inferir que a dispensação realizada nas farmácias distritais qualifica a atenção à saúde das gestantes, pois é de fundamental importância a presença de profissionais farmacêuticos nos serviços de saúde, visto que ele é capacitado para avaliar as prescrições e seus possíveis erros, contribuir para a adesão ao tratamento e cumprimento da prescrição, fornecendo informações claras e objetivas sobre a finalidade do tratamento e a forma de utilização dos medicamentos[1].

Além da dimensão da estrutura pelas ESF, a análise dos dados evidenciou que também o processo de cuidado cotidiano é fundamental para a qualificação da assistência do pré-natal. Entretanto, avaliar o processo parece mais complexo pois requer critérios que são delimitados, geralmente, pela resolutividade das ações desenvolvidas, bem como, pelo seguimento das políticas públicas de saúde referente a esta população[21].

A análise da gestão da informação evidenciou que no município de Santa Maria 92,3% das gestantes acompanhadas realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e a de puerpério. Este dado vem de encontro com o que o MS preconiza como adequado e de qualidade. As consultas devem ser iniciadas no primeiro trimestre de gestação, agendadas mensalmente para proporcionar cobertura universal, de modo planejado, permitindo o acompanhamento efetivo. Preconiza-se, a realização de uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro[21,22]. Teoricamente o número maior de consultas pode significar mais oportunidade de cuidados ofertados, maior promoção a saúde e desfecho perinatais satisfatórios[2].

Para o índice utilizado neste estudo, IPR-PRÉNATAL[12], um pré-natal de qualidade e adequado, é necessário ter mais de 6 consultas de pré-natal. Aponta-se, de certa forma, que neste município o número foi satisfatório entre os serviços de ESF, inferindo-se diante deste resultado a qualidade da atenção. Contudo, reforça-se que além do número de consultas é necessário dar ênfase para o conteúdo de cada uma delas[2].

Em relação ao início do pré-natal no primeiro trimestre, um pouco mais da metade dos serviços do município responderam que a gestante inicia o seu pré-natal no primeiro trimestre de gestação, bem como, é raro identificar se a primeira consulta foi posterior ao quarto mês de gestação. Este mesmo resultado foi observado em outro estudo no estado do Ceará[19]. No entanto, destaca-se que Santa Maria precisa melhorar estes índices, mesmo a literatura trazendo que o resultado satisfatório é quando mais de 50% das gestantes tem iniciado as consultas no primeiro trimestre de gestação[23]. Evidencia-se que o início no período adequado

permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos e fundamenta com maior exatidão a tomada de decisão dos cuidados durante a gestação[2].

Outro fator importante identificado neste estudo e que qualifica a atenção ao pré-natal, é que as ESF´s do município trabalham com indicadores/marcadores para o monitoramento do pré-natal no seu serviço de saúde. O MS sugere a avaliação de ações da assistência pré-natal por meio de indicadores. Estes tem o intuito de identificar os problemas de saúde da população-alvo e do desempenho do serviço, além de permitir a mudança de estratégia para melhorar a atenção pré-natal[23].

Em um estudo na cidade de Fortaleza/CE relata-se que a prática do uso dos indicadores está se tornando cada vez mais efetiva. Ressalta-se que o uso desta prática é devido à complexidade da saúde, mais especificamente da assistência pré-natal, impactando no objeto deste trabalho[19]. Os indicadores analisados neste estudo fazem parte do componente Incentivo da Assistência Pré-Natal, do PHPN, que tem como objetivo a atenção pré-natal qualificada, com critérios essenciais preconizados pelo PHPN, estabelecendo, para tanto, incentivos financeiros tanto em nível estadual quanto municipal[7].

Não obstante, deve-se estar atento na qualidade da informação para a utilização desses indicadores. Um estudo trouxe a discussão de que a fonte oficial de informações sobre o cuidado obstétrico no país, o banco de dados SISPRENATAL, registra baixa cobertura do PHPN, se comparado com outras formas de disponibilização dos dados. A maioria dos profissionais acaba utilizando outras fontes de informação, como por exemplo, prontuários, entrevistas com puérperas ou estatísticas institucionais[22].

Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos (tecnologias duras) identificou-se que nos serviços de ESF do município de Santa Maria esta realização vem ocorrendo de forma adequada. Os profissionais realizam o registro de movimentos fetais, palpam a altura uterina e a medem, calculam a data provável de parto, entre outros. Esta evidência vem de encontro com outros estudos na literatura que trazem que os serviços de ESF, na maioria das vezes, seguem os procedimentos preconizados pelo manual técnico do MS e das políticas públicas[1,14].

Ao analisarmos as tecnologias leves utilizadas neste município, aponta-se como qualificadora do pré-natal a realização das consultas compartilhadas entre médico e enfermeiro (100% neste município). Esta estratégia está de acordo com a norma técnica do referido estado do RS que traz que este cuidado deve ser realizado de forma compartilhada entre todos os profissionais da equipe com, no mínimo, três consultas médicas (Médico de

Família e Comunidade ou Generalista), três consultas de enfermagem, uma consulta odontológica, além de uma consulta de puerpério[24].

Ainda sobre a dinâmica das consultas, o índice IPR/PRÉNATAL nos remete que considera uma abordagem multiprofissional adequada, quando durante o acompanhamento do pré-natal tem-se a presença de mais de um profissional de nível superior na assistência[12]. Assim, no município de Santa Maria, tem-se a adequação da abordagem multiprofissional pela presença do compartilhamento das consultas entre o médico e o enfermeiro. No entanto, apenas uma pouco mais da metade das gestantes (53,8%) possuem em seu pré-natal a participação de outros profissionais da saúde de nível superior, como por exemplo, o dentista, havendo necessidade de melhorar este índice no referido município. A presença da equipe multiprofissional dá suporte, principalmente, quando procura entender o meio em que vive a gestante, levando em conta os aspectos sócio econômicos, culturais e religiosos, auxiliando no desenvolvimento da cidadania[25].

Conjuntamente, ao analisarmos o dado de que o município de Santa Maria capta precocemente às gestantes (100%) para iniciar o pré-natal e, é realizado busca ativa para as faltosas (100%), contrapõem-se a variável investigada de que um pouco mais da metade das gestantes (69,2%) concretizam a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Fato esse, que pode ser justificado pela falta de território definido neste município.

No entanto, as esquipes de saúde da família devem ser responsáveis pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado e acompanhamento da realidade da sua área, independente da efetivação da territorialização. Para a qualificação da atenção ao pré-natal é necessário realizar o acolhimento das gestantes que não são do seu território e encaminha-las para a sua unidade de referência, e incentivar o papel dos agentes comunitários de saúde que são fundamentais na identificação de novos casos, na busca ativa das faltosas, na primeira abordagem e no acompanhamento, possibilitando que a gestante aposte no cuidado que a equipe oferece[23].

Com a análise dos dados observada, também, na utilização das tecnologias leves, destaca-se a necessidade de aumentar a realização da educação em saúde por meio de grupos, como os de sexualidade e grupos de gestantes nos serviços de ESF do município (61,5%.) A participação em atividades educativas é um importante indicador no processo de atenção pré-natal[26]. Pesquisadores evidenciam às atividades educativas e afirmam que as gestantes integradas em algum grupo no pré-natal têm maior chance de cuidar de si próprias e do bebê, sem ansiedade e medo, maior construção de conhecimentos, ou seja, se traduz em uma maior qualidade de vida para si e seu concepto[22,26].

Estudos trazem que os profissionais de saúde precisam adotar uma postura de educadores. Necessitam compartilhar saberes, promover ações de educação em saúde não apenas como estratégia para intervenção na doença, mas principalmente, para a manutenção ou recuperação do estado de saúde, no qual estão envolvidos aspectos socioeconômicos, culturais, emocionais e espirituais[27].

Nesse sentido, torna-se imprescindível sensibilizar e conscientizar as equipes de saúde sobre a necessidade da educação em saúde se efetivar na prática do cuidado pré-natal. Para que isso ocorra, é necessário um amplo investimento na política de recursos humanos para a qualificação de profissionais que adotem modelos assistenciais integralizadores e que compreendam a importância da educação em saúde para a promoção do autocuidado e para a qualificação da atenção ao pré-natal[26].

Acredita-se, diante das evidências científicas, que a promoção das ações de educação em saúde que tenha como foco o acolhimento e o estabelecimento de vínculo da gestante com os profissionais, bem como, a conscientização da mulher sobre a necessidade de assumir a autogestão da saúde nesse processo, é chave para promover um pré-natal de qualidade. Essas ações representam os maiores desafios atuais para efetivação do princípio da integralidade do cuidado e requerem mudanças necessárias no processo de formação do profissional e na produção de práticas de cuidado pré-natal eficazes e seguras para saúde materno-fetal[26].

Assim, para o desenvolvimento de uma atenção de qualidade e humanizada na prática do pré-natal é necessário repensar nas dimensões que interferem nesse cuidado, como por exemplo, a infraestrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho. Essas dimensões estão totalmente relacionadas e são indispensáveis para concretização de um cuidado integral. A infraestrutura atua como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização dos recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. O processo de trabalho que deve ser pautado na humanização da atenção, valorizando o vínculo com a gestante, a efetivação da educação em saúde, abordagem multiprofissional que garanta para essa gestante um olhar diferenciado no seu processo de ser cuidada[11].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo os critérios estabelecidos neste estudo e por mais que os resultados representem uma realidade especifica, os dados divulgados tornam-se uma importante fonte de informação para a qualificação desta assistência em outros cenários brasileiros. Estes

fornecem um panorama geral da situação da atenção ao pré-natal, demarcando áreas mais fragilizadas e pontos que merecem maiores investimentos.

As ESF são estruturalmente satisfatórias no que se diz respeito ao suprimento de equipamentos permanentes e de medicamentos e suplementos na atenção ao pré-natal, podendo assim, proporcionar um atendimento de qualidade e humanizado. Porém, alguns aspectos como as edificações das ESF não serem construídas em prédio próprio e não possuírem uma identificação explicita de que é realizado pré-natal naquele estabelecimento de saúde, bem como, a ausência de alguns exames de rotina que devem ser ofertados, merecem uma maior atenção das autoridades locais voltadas à saúde da mulher para estabelecer estratégias que assegurem a melhoria da qualidade da assistência pré-natal oferecida às gestantes.

Ao avaliar o processo de trabalho, destacou-se algumas variáveis relacionadas com a gestão da informação. O município possui um acompanhamento satisfatório de gestantes que realizam no mínimo seis consultas de pré-natal e a de puerpério. No entanto, apresenta um índice relativamente baixo em relação a primeira consulta de pré-natal ser realizada no primeiro trimestre de gestação, bem como, o controle se a primeira consulta foi realizada posterior ao quarto mês de gestação.

No tocante da qualificação do pré-natal por meio da utilização de tecnologias duras e leves, a primeira, teve um resultado adequado no que se diz respeito aos procedimentos clínico-obstétricos realizado pelos profissionais. Já na utilização das tecnologias leves, a participação de um outro profissional da saúde de nível superior, e a educação em saúde por meio da realização de grupos, necessitam de um maior investimento e organização para promover um pré-natal de qualidade de acordo com os pressupostos do PHPN.

Diante disso, é necessário investir em adotar uma postura mais acolhedora e que utilize com eficiência as tecnologias leves. É preciso desmistificar que para se ter um pré-natal de qualidade é necessária uma intensa mecanização, ou seja, a utilização de tecnologias duras. É necessário enfatizar o valor de uma boa consulta de pré-natal que utilize pare além destas tecnologias, que olhe significativamente para as subjetividades das gestantes e para a humanização desta atenção, que realize a promoção do acolhimento desta mulher na RAS.

Nesse sentido, considerando que a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o primeiro contato das mulheres com a assistência pré-natal, se torna de grande valia a construção e/ou o seguimento de protocolos municipais de monitoramento e avaliação desta prática. A utilização de protocolos dará maior subsidio para os gestores municipais, no que se diz respeito na busca pela qualidade do pré-natal, pois, faz que tenham maior fidedignidade dos

indicadores da realidade assistencial, e que possam contribuir para práticas de saúde mais seguras que promovem a saúde e qualidade de vida dos usuários.

Conclui-se que uma gestão participativa, que tenha como metas estabelecer soluções definitivas para o melhoramento da infraestrutura e do processo de trabalho, que conheça a realidade local de cada serviço de saúde, que invista em educação permanente em saúde para os profissionais das equipes de saúde, e que respeite os procedimentos mínimos exigidos pela PHPN é o ideal para intervir de forma positiva na promoção de saúde individual e coletiva de cada usuária.

Assim, reforça-se a importância da utilização e aplicação de normas ministeriais, como o PHPN. O seu emprego contribui diretamente para desfechos perinatais mais seguros, adequados e qualificados. Destaca-se a importância da criação do instrumento IPR-PRENATAL que viabiliza avaliar a qualidade do pré-natal de acordo com o PHPN, e da realização de estudos acerca dessa avaliação para promoverem sugestões, melhorias e intervenções diretas na assistência ofertadas para as gestantes durante o seu pré-natal.

Por fim, tem-se, também, que o município de Santa Maria, no último ano, passou por um processo de qualificação e reorganização do processo de trabalho por meio de um projeto denominado Planificação da Atenção Primária à Saúde. Este, é desenvolvido pela Secretaria Estadual da Saúde e conjuntamente com a assessoria do Conselho Nacional dos Secretários da Saúde (CONAS). Contudo, conclui-se que este projeto está totalmente direcionado com os resultados deste estudo, ou seja, a reorganização e qualificação da APS, concomitantemente, com os serviços de ESF influenciaram na qualificação da atenção ao pré-natal.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006.
2. Domingues RS et al. Avaliação da adequação da assistência ao pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [online].2012;28(2):425-437.
3. Ministério da Saúde. DATASUS http://datasus.saude.gov.br/. Acesso em:16/01/2018.
4. Viellas E.F et al. Assistência Pré-Natal no Brasil. Cad. Saúde Pública.2014;30(1):85-100.
5. Castro, ME; Vasconcelos, MAM; Silva, LMS. Rev. Rene.2010;11(1):72-81.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de julho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do Parto. Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2014.
8. Cassiano ACM, Carlucci SEM, Gomes CF, Bennermann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Revista do Serviço Público. 2014;65(2):227-244.
9. Donabedian A. "Some Issues in Evaluating the Quality of Nursing Care" American Journal of Public Health.v. 71,n.4, p. 409-412, 1981.
10. Donabedian A.The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med,1990.
11. Nogueira et al. Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. Cogitare Enferm. 2016;21(4): 01-10.
12. SILVA, EP da. Proposta de um índice para avaliação da assistência pré-natal na atenção básica. 2012. 66 f. Tese (Pós-graduação) - Curso de Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, 2012.
13. Kobayashi H, Takemura Y, Kanda K. Patient perception of nursing service quality: an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. Scand J Caring Sci. 2011;25(3):419-25.
14. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2012;28(4) [acesso em 23 jan 2018]. Disponível: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018.
15. Pereira, MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 596, 2006.
16. Instituto Brasileiro de Geográfia e Estátistica (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio Grande do Sul, Santa Maria, censo demográfico 2010: resultados da amostra - características da população. Disponível em : http://cod.ibge.gov.br/D15 Acesso em: 11/01/2018.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: Acesso em: 11/01/2018.
18. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. [Internet] 2010;10(3) [acesso em 12 jan 2018]. Disponível: http:// dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009.
19. Rocha RS; Silva MGC. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza. Rev Bras Promoç Saúde.2012;25(3):344-355.
20. SILVA et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.2013;13(1): 29-37.
21. Polgliane RBS et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva.2014;19(7):1999-2010.
22. Andreucci CB; Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública.2011;27(6):1053-1064.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1° ed. Brasília – DF, 2013.
24. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação estadual da atenção básica. Seção da Saúde da Mulher. Nota técnica 01/2017 - atenção ao pré-natal na atenção básica, 2017.
25. Zanchi M, Gonçalves CV, Cesar JA, Dumith SC. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2013;29(5) [acesso em 04 jan 2018]. Disponível: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500019.
26. Costa CSC et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013;15(2):516-22. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635. doi: 10.5216/ree.v15i2.15635.
27. Souza VB, Roecker S, Marcon S. Ações educativas durante a assistência Pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011; 13(2):199-210.

ANEXOS

ANEXO A- Questionário utilizado na coleta de dados

APÊNDICE A- Questionário estruturado para a coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

PESQUISA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL DAS GESTANTES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Orientadora: Vânia Maria Fighera Olivo
Co-orientador: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

( )ESF ( ) UBS ( ) POLICLINICA ( )AMBULATÓRIO ALTO RISCO

INSTRUMENTO ADAPATADO AO ÍNDICE IPR/PRÉ-NATAL DESENVOLVIDO PELO ESTUDO: aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal – SILVA, E.P et al, 2012

Número de questionário:_____(NQUEST) Data da visita:____/____/_____	
AVALIAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA	
1. A unidade de saúde foi construída em prédio próprio? (Classificação: Sim =1 Não =2)	UBSPP
2. O setor tem uma identificação explícita do serviço de pré-natal? (Classificação: Sim =1 Não =2)	IDENTPN
3. Suprimento de equipamentos permanentes exclusivos de pré-natal. Assinalar Sim (S) ou Não (N) (Classificação: ≥ sim 12= 1; <12 não = 2) Equipamentos considerados minimamente necessários (apenas assinalar os que têm e que funcionam): Estetosópio de *Pinard* ( ) Pinças de Cheron ( ) Estetosópio Clínico ( ) Cadeira de consultório (usuária e profissional) ( ) Esfignomanômetro ( ) Monitor fetal ( ) Fita Métrica Inelástica ( ) Sanitário dentro do consultório ( ) Glicosímetro digital ( ) Relógio de parede ( ) Foco de luz ( ) Armário de medicamentos ( ) Mesa de consultório profissional ( ) Mesa para exames ginecológicos ( ) Lavabo dentro do consultório ( ) Sonar Dopler ( ) Espéculo ( ) Escada de dois degraus em ferro ( ) Balança ( ) Cesta de lixo para materiais usados ( ) Material para coleta de exame colpocitológico ( ) Disco obstétrico ( ) Disco para IMC ( )	EQUIPPN
4. Suprimento de materiais (higiênico-sanitários/ gestão da informação) exclusivo para o pré-natal. (Apenas assinalar os que têm e estão no setor): Assinalar Sim (S) Não (N) (Classificação: ≥ sim 7 = 1; < 7 não = 2): Ficha de requisição de exames ( ) Fichas de prescrição de medicamentos ( ) Luvas descartáveis ( ) Fichas de anamnese do pré-natal ( ) Lençóis limpos nas mesas ginecológicas ( ) Sabão para higiene pessoal ( ) Meios para a coleta de exames ( ) Toalha de papel ( ) Cartão da gestante ( ) Toalha em tecido ( ) Ficha perinatal ( ) Cadastro de gestantes (livro de procedimento) ( ) Mapa de registro diário ( ) Ficha de avaliação específica do pré-natal ( )	MATEXPN

Ficha de encaminhamento para referência ( )

5. Existência de medicamentos/suplementos de uso no pré-natal na unidade básica de saúde (apenas marcar os que tem no momento da visita): Assinalar Sim (S) ou Não (N)(Classificação:≥ sim 11 = 1; < 11 não = 2): — EMEDICA

Antiácidos	( )	Glicerina supositório	( )	Vitamina K	( )	Hioscina	( )
Sulfato ferroso	( )	Analgésicos	( )	Acido fólico	( )	Anticonvulsão	( )
Antibióticos	( )	Complexo B	( )	Vacina T-tetânica	( )	Creme vaginal	( )
Antitérmicos	( )	Hipotensor	( )	Anti- inflamatório	( )		
Anti-helmíntico	( )	Vitamina C	( )	Vitamina A	( )		
Vacina Hepatite B	( )	Anti eméticos	( )	Dimeticona	( )		

6. 6.1 Existe apoio laboratorial na UBS ou no município (referência) para exames básicos de rotina (classificação: Sim= 1 Não= 2) — APOIOLAB

6.2 Se sim quais exames abaixo realiza na rotina pré-natal (exames considerados minimamente necessários): (Classificação: TODOS= 1; <7 =2) *Opcionais de acordo com a avaliação do profissional. — EXAMES

Classificação Se 6.1 e 6.2=1 A questão 6=1 Caso contrário 6=2

Hemograma	( )	Tipagem Sanguínea	( )	Colpocitologia oncótica	( )
Glicemia de jejum	( )	Sífilis(VDRL)	( )	Sorologia Hepatite B	( )
Sumário de urina	( )	Sorologia para HIV	( )	Sorologia Toxoplasmose	( )
Urocultura	( )	Imunização Antitetânica	( )	TOTG*	( )

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

7. Percentual de cobertura de gestantes acompanhadas no pré-natal da UBS: (Período: mês anterior). (Classificação: COBEGEST: cobertura: ≥ 90%=1; <90%=2. As questões 7.4 a 7.6 não foi considerado critério para o índice). — GESTCAD GESTACP COBEGEST

7.1 Número de gestantes cadastradas (residentes) na área de abrangência:_____
7.2 Número de gestantes acompanhadas na unidade: _____
7.3 Cobertura de gestantes acompanhadas: _____
7.4 Número de mulheres em idade fértil cadastradas (residentes)na área de abrangência:_____
7.5 Número de mulheres em idade fértil acompanhadas:_____
7.6 Número de mulheres em idade fértil: _____

8. Percentual de cobertura de gestantes que cumpriram as metas do programa de Humanização do pré-natal e Nascimento (Classificação PERCONPN:≥ 90%=1; <90%=2). — NUTRIME NUTRIPP NUTRIGEX NUTRITET NUTRIGIP PERCONPN

8.1 Número de gestantes acompanhadas que realizaram no mínimo 6 consultas de pré-natal:_____
8.2 Número de gestantes acompanhadas que realizaram consulta puerperal:_____
8.3 Número de gestantes acompanhadas que realizaram todos os exames básicos (incluindo teste de HIV):_____
8.4 Número de gestantes acompanhadas com imunização antitetânica:_____
8.5 Número de gestantes que realizaram consultas de pré-natal no primeiro trimestre:_____
8.6 Percentual de gestantes que começaram o pré-natal no primeiro trimestre+ no mínimo 6 consultas + realizaram todos os exames básicos+ cobertura antitetânica:_____

9. A abordagem multiprofissional no pré-natal(Classificação: sim=1;Não=20): 9 (Considerar Atenção Multiprofissional: Mais de um profissional de nível superior): — PNMULTIP

Médico ( )
Enfermeiro ( )
Outro profissional de nível superior ( )

10. Procedimentos clínico-obstetrícos desenvolvidos na atenção ao pré-natal. Assinalar Sim (S) ou Não (N). (Classificação: ≥ sim 7 = 1; < 7 não = 2): — PCLINIC

Registro de movimentos fetais	( )	Medição da altura uterina	( )
Cálculo de data provável do parto e idade gest.	( )	Ausculta dos batimentos cardio-fetais	( )
Teste de estímulo sonoro	( )	Verificação da pressão arterial	( )
Tomada de peso e altura	( )	Verificação da presença de edema	( )
Palpação obstétrica	( )	Solicitação e verificação dos exames laboratoriais	( )
Colpcitológico do colo uterino	( )	Análise das mamas	( )
Avaliação nutricional/ ganho de peso adequado	( )	Outros	( )

11. Estratégias de educação em saúde na atenção ao pré-natal: Assinalar Sim (S) ou Não (N). (Classificação: ≥ 1 sim = 1; Nenhum dos itens = 2): — PNPROAT

Grupos / adolescentes sobre sexualidade	( )	Busca das gestantes que abandonam o pré-natal	( )
Aconselhamento da disponibilidade de testes para gravidez	( )	Formação de grupos de gestantes	( )
Captação precoce de mulheres gravidas	( )		

12. A UBS/equipe utiliza algum indicador/marcador para monitoramento do pré-natal? Assinalar Sim (S) ou Não (N). (Classificação: ≥ 1 sim = 1; Nenhum dos itens = 2): — MONITPN

Gestantes com a 1ª consulta no primeiro TRM.	( )	Distúrbio hipertensivo específico da gravidez	( )
Taxa de cobertura da atenção ao pré-natal	( )	1ª consulta > 4 meses (pré-natal tardio)	( )
Número de consultas de pré-natal	( )	Mortalidade materna por causa evitável	( )
Baixo peso ao nascer	( )	Prematuridade	( )
Gestantes que realizaram no mínimo 6 consultas	( )	Anemia materna	( )
Gestantes que realizaram os exames básicos+ imunização + consultas de puerpério(SIS-PN)	( )	Não soube informar	( )
		Outros	( )

ANEXO B- PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL DAS GESTANTES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: Vania Maria Fighera Olivo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 71095617.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.237.747

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da UFSM, do tipo epidemiológico descritivo transversal observacional, com abordagem quantitativa.

Os sujeitos de pesquisa serão profissionais enfermeiros e médicos dos serviços de Atenção Primária em Saúde do município, profissionais médicos e enfermeiros do serviço de referência no atendimento de gestantes de alto risco e de puérperas que realizaram o seu pré-natal na rede básica e no ambulatório de alto risco e que tiveram o parto no período de 1 de Outubro de 2016 a 31 de Março de 2017. A seleção das puérperas se deu por meio do controle de nascidos vivos e por meio do relatório do "acolhe bebê" e as de alto risco foram selecionadas por meio do controle de gestantes reguladas pela Secretária Municipal da Saúde. Os profissionais médicos e enfermeiros serão escolhidos de modo intencional, irá se trabalhar com uma amostra de 32 profissionais da rede e pelo menos 1 profissional do serviço de referência de alto-risco. A coleta de dados desta pesquisa se dará por meio de questionário denominado IPR/Pré-natal adaptado pelas autoras. Apresenta critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-070
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

A análise dos dados será realizada no Predictive Analytics SoftWare (PASW) versão 18.0 for windows. Será calculado as frequências absolutas, relativas e as medidas de tendência central e dispersão. Para a verificação a normalidade dos dados será utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, e para o cálculo de significância será utilizado o teste de Qui-quadrado e teste t-student. Os dados serão apresentados em tabelas e gráficos bem como discutidos com a literatura pertinente. Contém cronograma de execução e orçamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: identificar a qualidade da assistência prestada às gestantes de risco habitual e alto-risco, por meio da avaliação dos indicadores de estrutura, processo e resultado.

Objetivos secundários:

-Avaliar a qualidade da assistência do pré-natal de risco habitual por meios dos indicadores de estrutura, processo e resultado prestados nas Estratégias de Saúde da Família.

-Avaliar a qualidade da assistência do pré-natal de risco habitual por meios dos indicadores de estrutura, processo e resultado prestados nas Unidades Básicas de Saúde e nas Policlínicas da rede municipal.

-Comparar a qualidade dos indicadores de estrutura, processo e resultado entre os serviços de Estratégia de Saúde da família e Unidades Básicas de Saúde e Policlínicas da rede municipal.

-Avaliar a qualidade da assistência do pré-natal de alto risco por meios dos indicadores de estrutura, processo e resultado prestados na unidade ambulatorial do hospital de referência de alta complexidade para o município.

-Promover um processo reflexivo com os sujeitos (trabalhadores e gestores) sobre os resultados avaliados na perspectiva de construir novos dispositivos de intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: em relação aos riscos, a participação nesta pesquisa poderá representar, a princípio, um risco mínimo de ordem moral e psicológica para o entrevistado. Destaca-se que alguns sentimentos poderão ser mobilizados pelo fato de que será realizado uma discussão conjunta e os participantes terão de refletir sobre o seu cotidiano assistencial e episódios relacionados à sua vivência. Caso isso ocorra com algum participante da pesquisa, será conversado até chegar a um acordo a respeito da possibilidade de continuar a pesquisa ou desistência do mesmo. Se os riscos de ordem moral ou psicológica permanecer o participante será encaminhado juntamente com a

pesquisadora para o serviço de psicologia de referência e/ou da rede de APS do município.

Benefícios: os benefícios da pesquisa para os participantes serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora na qualidade da atenção à saúde das gestantes deste município. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas na atenção à saúde das gestantes de risco habitual e alto risco a fim da efetivação das políticas públicas e do acompanhamento da qualidade do serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, registro no GAP, autorização institucional, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre e esclarecido, instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Veja no site do CEP - http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_955629.pdf	18/08/2017 21:18:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	TCPfinalizado1808.pdf	18/08/2017 21:18:30	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.237.747

Investigador	TCPfinalizado1808.pdf	18/08/2017 21:18:30	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleputerpera.pdf	18/08/2017 21:08:39	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleprof.pdf	18/08/2017 21:07:13	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito
Folha de Rosto	folharosto0707.pdf	07/07/2017 10:03:27	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito
Outros	04071701.PDF	04/07/2017 21:42:03	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito
Outros	04071700.PDF	04/07/2017 21:33:20	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito
Outros	04071702.PDF	04/07/2017 21:32:55	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito
Outros	04071703.PDF	04/07/2017 21:32:03	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconfidencialidade.pdf	04/07/2017 21:29:41	Vania Maria Fighera Olivo	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SANTA MARIA, 24 de Agosto de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com