

Ana Carolina Cunha

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Josimari
Telino de Lacerda.

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC.

Cunha, Ana Carolina

Avaliação da Atenção ao Pré-Natal na Atenção
Primária à Saúde / Ana Carolina Cunha ;
orientadora, Josimari Telino de Lacerda , 2017.
124 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Avaliação . 3. Atenção ao
pré-natal. 4. Atenção Primária à Saúde. I. , Josimari
Telino de Lacerda. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

Ana Carolina Cunha

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de
“Mestre” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 31 de Julho de 2017.

Prof.^a Josimari Telino de Lacerda, Dr.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Josimari Telino de Lacerda xxxx, Dr.^a
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a xxxx, Dr.^a
Orientadora
Universidade xxxx

Prof. xxxx, Dr.
Universidade xxxxxx

Este trabalho é dedicado à minha família como retribuição ao incentivo e apoio em todas as minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Chego ao final deste percurso com a certeza de que muito aprendi e que ainda tenho a aprender. O aprendizado me faz crescer não apenas intelectualmente, mas também como pessoa, me dando a certeza de que devo avançar para alcançar meus objetivos.

Nesta jornada de 2 anos de curso de Mestrado em Saúde Coletiva, contei com a ajuda de muitas pessoas, nas quais humildemente homenageio nesta seção.

Agradeço primeiramente à DEUS e a toda religiosidade que existe em mim, que certamente me fortaleceram nos momentos de incertezas, fraquezas e de cansaço.

À minha mãe Silvia Serafim da Luz, que mesmo com todos os afazeres me ajudou no cuidado com meu filho que me permitiu aproveitar ao máximo o curso, com um número mínimo de faltas e conceitos satisfatórios.

Agradeço ainda Maria da Graça, Jucelena e Simone também pelo cuidado e atenção dada a meu filho. E a toda minha família, meu bem mais precioso, pelo incentivo e apoio às minhas escolhas.

Faço um agradecimento especial aos homens da minha vida, Júnior Pedro Vitória, meu marido que amo muito e que sempre acreditou no meu crescimento, não medindo esforços para que eu realizasse minhas tarefas com tranquilidade e qualidade. E ao meu filho Benício da Luz Cunha Vitória razão da minha existência e para quem quero dedicar todas as minhas conquistas.

Tenho que agradecer ainda aos meus amigos. Os antigos e os novos, os mais distantes, e os próximos, todos! Porque todos torceram por mim e estiveram juntos comigo ajudando a me distrair nos momentos difíceis e a realizar as atividades acadêmicas, assim como este estudo.

Quero agradecer aos professores do Curso de Pós-graduação em saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina por compartilharem seus conhecimentos que nos tornam profissionais críticos e seguros, portanto, melhores.

Por fim, mas não menos importante agradeço a minha orientadora Josimari Telino de Lacerda, que mesmo com múltiplas tarefas na coordenação do curso e na docência soube trazer objetividade e qualidade aos nossos encontros que permitiram a realização de um estudo do qual me orgulho muito.

“Mas, que não haja equívoco. Esses nove meses de incertezas, de alegria, de ansiedade, de triunfo que a tornam mãe não devem ser vistos como convite à caminhada fácil, nem estímulo para o comportamento condescendente e a atitude submissa, (...) Dar à luz é uma aventura pessoal. Diante das normas consensuais da medicina, não renuncie à sua autonomia; se sua gravidez não apresenta sinais de patologia; não se deixe impressionar com o aparato do progresso, sempre pronto a interferir” (Bertherat T, 1997).

RESUMO

O pré-natal tem forte associação com os desfechos perinatais, e apesar da ampliação da sua cobertura no Brasil, os elevados índices de mortalidade materna ainda preocupam. O presente estudo teve como objetivo avaliar a Atenção ao Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde em municípios brasileiros buscando compreender os aspectos que influenciam a adequação da atenção. A pesquisa avaliativa seguiu três momentos: a elaboração do Modelo Teórico-Lógico, construção da Matriz de Análise e Julgamento e classificação dos municípios conforme adequação da atenção ao pré-natal. O universo do estudo foram os municípios brasileiros que aderiram ao segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com pelo menos 80% de suas equipes. A atenção ao pré-natal na APS apresentou classificação adequada em menos de 25,0% dos municípios, com desempenho superior nos aspectos estruturais. Desigualdades regionais e de porte populacional também foram identificadas sendo necessário ampliar o olhar sobre as causas e consequências desse cenário no país. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, e seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção Primária a Saúde. Avaliação da qualidade dos cuidados em saúde.

ABSTRACT

Prenatal care has a strong association with perinatal outcomes, and despite the expansion of its coverage in Brazil, high maternal mortality rates are still worrying. The present study aims to evaluate Prenatal Care in Primary Health Care in Brazilian municipalities seeking to understand the aspects that influence the adequacy of care. Evaluative research followed two stages: the elaboration of the evaluative model (theoretical-logical model and matrix of analysis and judgment) and classification of municipalities according to the adequacy of prenatal care. The study population was the Brazilian municipalities that joined the second cycle of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) with at least 80% of their teams. Attention to prenatal care in APS presented adequate classification in less than 25.0% of the municipalities, with superior performance in the structural aspects. Regional inequalities and population size have also been identified and further studies are needed to identify and understand the causes and consequences of this scenario in the country. The project was submitted and approved by the Human Research Ethics Committee of UFSC, and followed Resolution 466/2012 of the National Health Council.

Keywords: Health Assessment. Primary Health Care. Evaluation of the quality of health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Teórico – Lógico da atenção adequada ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde.....	36
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017.....	38
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACOG - Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia
APS – Atenção Primária a Saúde
APNCU - Adequacy of Prenatal Care Utilization
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EqSF – Equipes de Saúde da Família
ESF- Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV – Nascidos Vivos
NEPAS - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde.
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCATool - Primary Care Assesstment Tool
PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PN- Pré-natal
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RC – Rede Cegonha
RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
R/CR – Referência/ Contra referência
RN – Recém-Nascido
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL – Sistema de Pré-Natal
SUS – Sistema único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVOS.....	15
1.1.1	Objetivo geral	15
1.1.2	Objetivos específicos	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
2.2	ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL.....	19
2.2.1	O pré-natal.....	19
2.2.2	Adequação da atenção ao pré-natal.....	24
2.3	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL.....	30
2.3.1	Aspectos recorrentes na avaliação do pré-natal	30
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	35
3.2	PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	35
3.2.1	Elaboração do Modelo Teórico-Lógico (MTL).....	35
3.2.2	Construção da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ).....	37
3.2.3	Classificação dos municípios	44
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	44
4	RESULTADOS	47
4.1	ARTIGO 1 - Avaliação da atenção ao pré-natal na APS.....	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE A – Matriz de Análise e Julgamento	91

1 INTRODUÇÃO

Até o início da década de 80 as políticas nacionais de saúde da mulher se destinavam apenas para o período gravídico-puerperal, reduzindo o olhar em sua especificidade biológica e no seu papel social. Esses programas foram muito criticados pelo movimento feminista brasileiro, que contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (COELHO et al., 2017).

Apesar da ampliação do foco nas três últimas décadas, a saúde reprodutiva, aqui assumida como atenção ao pré-natal e assistência ao parto, ainda é prioridade devido aos índices elevados de mortalidade materna. Estes índices refletem não apenas os condicionantes biológicos, mas também o nível socioeconômico, as iniquidades entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública de um país (FREITAS et al., 2009; ALENCAR JÚNIOR, 2006; COELHO et al., 2017).

Representantes dos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), incluindo o Brasil, se reuniram no ano 2000 em Nova Iorque, para discutir os principais problemas mundiais e definiram oito objetivos prioritários para as nações aos quais denominaram Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Como quinto objetivo estava a redução da mortalidade materna em 3/4 (75%) até o ano de 2015, usando como referência inicial os índices de 1990 (ONU, 2000; MORAIS, 2013).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1998, p.143) define a morte materna como a

morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

No Brasil, a razão da mortalidade materna (RMM) no período de 1990 a 2010 passou de 141/100 mil para 68/100 mil em 2010, queda de 52% no número de mortes, que tem como principais causas as hemorragias e a hipertensão. Em 2015 o país reduziu para 56/100 mil a razão de mortalidade materna, com 60% de queda. Dado que não permitiu o cumprimento da meta estabelecida pela ONU (MORAIS, 2013; DATASUS, 2017).

O pré-natal é um importante instrumento na assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal, e segundo o Ministério da Saúde (2012) tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo um parto e nascimento saudáveis, sem prejuízos a saúde materna, com atividades educativas e preventivas que incluam abordagem aos aspectos psicossociais.

Devido à ampla gama de ações a serem desenvolvidas, manuais técnicos foram publicados para orientar os profissionais quanto às suas atribuições na Atenção ao Pré-Natal. Estes documentos recomendam, entre outras coisas, a incorporação de condutas acolhedoras, o acesso e a captação precoce das gestantes, realização do número mínimo de consultas e solicitação de exames essenciais. Reforçam ainda a detecção precoce de patologias e situações de risco gestacional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

O pré-natal tem forte associação com os desfechos perinatais. Quando realizado de forma adequada é capaz de prevenir riscos na gestação, melhorar as condições de saúde do concepto e reduzir complicações no parto e puerpério (ALMEIDA; BARROS, 2005; GRANGEIRO et al., 2008; DOMINGUES et al., 2012).

No Brasil, a cobertura pré-natal aumentou nos últimos anos. No entanto, dados sobre captação tardia, número reduzido de consultas e complicações no parto, apontam falhas na atenção e a importância de se avaliar os aspectos que interferem na sua adequação (OMS, 2014; SANTOS, 2014; VIELLAS et al., 2014). Isso explica a cobrança das autoridades em melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal.

Com vistas a melhorar os índices e os serviços oferecidos, o Ministério da Saúde (MS) tem proposto mudanças e reforçando ações nos três níveis de atenção à saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Neste nível de atenção, porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), implantou iniciativas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O Sistema Único de Saúde atribui à gestão municipal a responsabilidade de assegurar, o acesso aos serviços de saúde para reduzir riscos e danos à população, incluindo as gestantes. O presente estudo tem como objeto a Atenção ao Pré-Natal no contexto da APS, com a seguinte questão norteadora: **A gestão municipal oferece condições para o desenvolvimento da Atenção ao Pré-Natal de forma adequada pelas equipes?** Parte-se do pressuposto que as condições estruturais e operacionais são de responsabilidade da gestão.

Processos avaliativos são importantes para identificar fragilidades e orientar alternativas para a tomada de decisão da gestão e dos profissionais em busca da adequação das ações e serviços e o alcance dos objetivos. Além de otimizar a utilização de dados coletados em nível nacional e de acesso público, espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para subsidiar gestores e profissionais da saúde na elaboração de propostas e execução de ações para gestantes e conceptos.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a Atenção ao Pré-Natal na Atenção Primária a Saúde de municípios brasileiros.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar os elementos que configuram uma adequada Atenção ao Pré-Natal na Atenção Primária em Saúde;
- Eleger indicadores, medidas e parâmetros para avaliação da adequação da Atenção ao Pré-Natal na Atenção Primária a Saúde;
- Classificar os municípios brasileiros participantes quanto a sua adequação, nos aspectos estruturais e operacionais da atenção ao Pré-Natal na Atenção Primária a Saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta a revisão de literatura que embasou o desenvolvimento deste estudo. Para efeito de análise encontra-se dividido em três tópicos: Atenção Primária à Saúde; Atenção ao pré-natal; e Avaliação da Atenção ao Pré-Natal.

Na primeira sessão traz um breve histórico e atribuições do primeiro nível de atenção e porta de entrada das redes de atenção em saúde. Em seguida apresenta as políticas públicas na Atenção ao pré-natal e a identificação dos aspectos que a configuram como adequada. Na terceira e última sessão, breve explanação de definições e importância da avaliação em saúde e os aspectos recorrentes na avaliação do pré-natal, com destaque para os índices e indicadores para avaliação do pré-natal na APS.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Historicamente a assistência à saúde se baseou em práticas biologicistas e hospitalares, pautada no saber médico. Em 1920, o Reino Unido publicou um documento denominado Relatório Dawson que procurou romper com esse modelo considerado curativista, individual, pouco resolutivo e de custos elevados (MATTA; MOROSINI, 2009; SAMOTO, 2013). Esse relatório pouco teve impacto nas práticas assistenciais do ocidente que mantiveram seu perfil hegemônico sem críticas por um longo período.

As discussões sobre os serviços de saúde, com críticas aos elevados custos e sua pouca resolubilidade ganharam força no final dos anos 70 com a proposição de uma nova forma de organização dos serviços de saúde. A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada no ano de 1978 em Alma-Ata, indica a APS e a participação dos usuários como requisitos fundamentais para se alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000” (BRAGA NETO, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Neste encontro a Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) orientaram as nações para que buscassem estratégias para transformação de suas políticas de saúde, com o objetivo de atender toda a população (OMS; UNICEF, 1978).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se ferramenta importante na tentativa de reorganizar seus sistemas de saúde. No entanto, após a conferência diversos países e continentes assumiram

diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção primária ficando distantes da Declaração de Alma-Ata (AGUIAR, 2003; GUIMARÃES, 2016).

Da discussão em torno da APS surgiram três formas de interpretação. Na primeira a APS se caracteriza como oferta de um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo a populações e regiões de concentração de renda mais baixa, uma abordagem denominada APS seletiva. Na segunda a APS é assumida como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde dando resolubilidade aos principais agravos sensíveis à intervenção com o aparato tecnológico disponível. E na terceira interpretação a APS é mais abrangente, capaz de promover a reorganização de todo o sistema de saúde, sendo orientador do cuidado e responsável pelo acompanhamento e continuidade da atenção. Nesta a APS é assumida como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (MENDES, 1999; GIOVANELLA; MENDONCA, 2008; OPAS, 2011).

A implementação de uma proposta pode sofrer modificações a depender do contexto em que ela ocorre. Talvez por isso que a implantação da APS em diferentes países do mundo tenha assumido configurações tão distintas (GUIMARÃES, 2016).

Nos países em desenvolvimento o que vigorou foi a Atenção Primária Seletiva, com oferta de pacote restrito de serviços e de baixo custo para controle das principais doenças dos países pobres, sem considerar os determinantes sociais, e a influência política e econômica sobre as condições de saúde da população (MACIOCCO; STEFANINI, 2007; GIOVANELLA; MENDONCA, 2008).

Para orientar melhor os países e diminuir as dúvidas acerca da interpretação mais efetiva, em 2005 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) divulgou um documento denominado “*Renovação da Atenção Primária em Saúde na Américas*”, onde propõe adoção da concepção abrangente da APS. O documento refere a APS como modelo ideal para o sistema de saúde, visando entre outros aspectos responsabilização dos governos, integralidade da atenção, ênfase na prevenção e promoção, intersetorialidade e serviços de qualidade (OPAS; OMS, 2005).

Barbara Starfield define a APS como o primeiro contato contínuo, abrangente e de cuidados coordenados, fornecido às populações com diferentes características (STARFIELD, 1994). Essa importante autora, sugere atributos a serem seguidos por sistemas de saúde organizados através da APS: primeiro contato; coordenação do cuidado; longitudinalidade; integralidade; complementados pela

orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2004).

Através dos atributos da atenção primária pode-se identificar e/ou medir o grau de orientação de um serviço, a efetividade das ações de saúde, assim como comparar diferentes sistemas de saúde. Um serviço de saúde será considerado orientado à APS quando os quatro atributos essenciais estiverem presentes, tendo aumentado o seu poder de interação quando os três atributos complementares também forem detectados. Essa classificação serviu de base para o desenvolvimento do Primary Care Assessment Tool (PCATool) utilizado por muitos países na avaliação da APS (HARZHEIM, 2006; NEDER, 2013).

No Brasil até a década de 80, poucas iniciativas estruturadas com os princípios básicos da APS haviam sido criadas. Somente ao assumir a saúde como um direito de todos e dever do Estado é que a estruturação do sistema público brasileiro ganhou ênfase e instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS além de universalizar o acesso ao sistema de saúde estabelece a atenção primária como porta de entrada aos serviços e orientadora do cuidado.

No Brasil, ao contrário da corrente internacional, a APS foi designada pelo Ministério da Saúde como Atenção Básica, inflamando os debates com relação a terminologia ideal. A utilização do termo atenção básica pelo MS surgiu da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos cuidados primários de saúde, interpretados como política de focalização e atenção seletiva à saúde (CONASS, 2011).

Atualmente a utilização do termo Atenção Básica refere-se a Atenção Primária em Saúde em seu sentido mais amplo e integral, distanciando da proposta da Atenção Primária Seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Alguns autores e documentos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde (CONASS, 2011).

Para além do que diz a terminologia, a Atenção Básica no Brasil difere dos outros modelos internacionais de APS pelo fato de o processo de trabalho ocorrer a partir de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (SOUZA; MENANDRO, 2011; SOUSA; HAMANN, 2009).

Com a proposta de reorientação do modelo assistencial e fortalecimento da atenção básica, o MS lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (BRASIL, 1998; GUIMARÃES, 2016).

O PSF se expandiu pelo território nacional ao longo dos anos, e evoluiu para Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando não apenas reorientar o modelo de atenção hegemônico, mas também ser o eixo estruturante do SUS nos sistemas municipais de saúde (SCOREL et al., 2007; SILVA et al., 2010).

Com a expansão de cobertura em nível nacional, vieram as críticas relacionadas à qualidade das ações realizadas pelas equipes e a sua integração com os outros níveis de atenção da rede assistencial. Diante disso, o MS elaborou padrões de qualidade para os serviços realizados pelas equipes de Saúde da Família (EqSF) divulgado também pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (FACCHINI et al., 2006; GIOVANELLA et al., 2009; MERHY; FRANCO, 2002).

A PNAB assume que a APS é resolutiva nos problemas mais comuns de saúde e a coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, estimulando a discussão sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que atualmente ocupa importante espaço na literatura científica e nos documentos e proposições governamentais. A estruturação das RAS é o novo desafio do SUS. Outra estratégia adotada foi a implantação de equipes de especialistas para apoio pedagógico-assistencial às equipes da AB, denominado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (GUIMARÃES, 2016)

Muitos são os desafios para melhorar a qualidade dos serviços de saúde na AB. Destaca-se a necessidade de maior transparência e aporte de recursos financeiros, valorização de recursos humanos, integração entre os níveis de atenção e aumento das ações intersetoriais (GIOVANELLA et al., 2009; VIEIRA et al., 2010; SILVA et al., 2013).

2.2 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

2.2.1 O pré-natal

São escassos os estudos que retratam o surgimento da atenção ao pré-natal. Acredita-se que os livros hindus - *Tscharava e Susruta* - tenham sido as primeiras obras a fazer aconselhamentos sobre o pré-natal. Nestes livros encontravam-se recomendações de caráter emocional e nutricional, com o objetivo de se evitar angústias e medos. Outros estudos apontam que a primeira obra publicada considerando os cuidados pré-natais foi a de Thomas Bull em 1837 (BUSSÂMARA, 2000; VIEIRA; ZAMPIERE, 2005; RODRIGUES, 2013).

No século XIX o cuidado pré-natal se restringia a hora do parto e era reservado às mulheres com poder aquisitivo superior. No começo do

século XX, a alta mortalidade materna e infantil e a preocupação com as grávidas abandonadas estimularam um movimento em prol da criação de instituições que atendessem esse público (VIEIRA, 2005).

A Assistência Pré-natal como entendida nos dias atuais, tem origem na França, também no início do século XX, como decorrência dos trabalhos de Pinard e de Budin. Na Austrália T. G. Wilson dirigiu a primeira clínica pré-natal especializada, aberta em 1910, onde se sistematizou a assistência pré-natal com recomendações para supressão da ansiedade e do medo entre as gestantes e puérperas; diagnóstico e o tratamento precoce das moléstias capazes de agravar o prognóstico materno; e redução da mortalidade perinatal. Hoje em dia, a assistência pré-natal, teve ampliação de metas, envolve preocupações com finalidade psicológica, educacional e social, e também identifica a “gestação de alto risco”, na qual a mãe e feto estão sujeitos a inúmeros agravos (NOGUEIRA, 1994; ZAMPIERE, 2005; VIEIRA, 2005).

O Ministério da Saúde do Reino Unido, em 1929 elaborou um documento denominado “*Memorandum on Antenatal Clinics*”, que oficializou a prática dos cuidados pré-natais no país. Este memorando estipulava as primeiras linhas para a realização do pré-natal, estabelecendo um padrão de cuidados pré-natais que ainda hoje é seguido no mundo inteiro (CRUZ; SÁ; FONSÊCA, 2014).

Ainda segundo os autores supracitados, este documento recomenda que a primeira visita da gestante ao médico deva ocorrer por volta da 16ª semana. Visitas subsequentes devem acontecer nas 24ª e 28ª semanas. A partir desse momento, a cada duas semanas até a 36ª semana e, então, semanalmente até o parto.

A organização da atenção à saúde materno-infantil preocupou autoridades e passou a ser discutida internacionalmente devido às inquietudes com relação ao modelo médico hegemônico vigente, fragmentação da assistência, e desigualdades no acesso aos serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A saúde da mulher brasileira mesmo limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo uma das mais antigas ações públicas desenvolvidas no país. Os serviços de atendimentos pré-natais foram iniciados nos anos 20-30, no pós-guerra, quando se estabeleceram como indispensáveis para o acompanhamento da gestação (OSIS, 1998; RASIA; ALBERNAZ, 2008; BRASIL, 2011).

O programa de atenção pré-natal tem sua origem nos modelos desenvolvidos nos países ocidentais, que buscava melhorar a qualidade do atendimento profissional à gestação, ao parto e puerpério, e a garantir

um padrão mínimo de assistência pré-natal. Esse padrão compreendia entre outras coisas a previsão de dificuldades no parto através do exame da gestante, detecção e tratamento da toxemia, e o efeito educativo de uma clínica organizada (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Ainda com relação à realidade brasileira, até o final da década de 70 a assistência materno-infantil com consultas pré-natais sem nenhuma sistematização clínica, vigorava no país. Fato é que apesar de haver ações destinadas a esse público, Serruya, Lago e Cecatti (2004) acrescentam que durante muitos anos a assistência à mulher, como política de governo, permaneceu sem estratégias específicas que contemplasse as questões de saúde.

Os índices de mortalidade maternos infantis impulsionaram em 1980 a discussão sobre a segurança do cuidado ao parto domiciliar ou institucional e redefiniu a mortalidade obstétrica como um problema social fazendo com que o movimento do cuidado clínico pré-natal se desenvolvesse. Sendo assim, os serviços pré-natais foram surgindo em todos os países, no intuito de assistir às gestantes considerando ações terapêuticas imediatas e preventivas (BUSSÂMARA, 2000; VIEIRA, 2005; RODRIGUES, 2013).

Até 1980 as políticas públicas de saúde da mulher eram voltadas apenas para os aspectos reprodutivos, com foco para a concepção e anticoncepção (COSTA; BAHIA; CONTI, 2007).

No contexto que inclui as orientações discutidas na Conferência de Alma-Ata, os altos índices de mortalidade materna e neonatal e as pressões realizadas pelo movimento feminista para reforma do setor saúde, instituem-se no país políticas fundamentais para o início de uma atenção mais igualitária e acessível também a este público.

Em 1984 criou-se o primeiro programa voltado para as questões de saúde da mulher – o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este foi evoluindo ao longo dos anos com a criação de comitês e o direcionamento de políticas para o financiamento de programas voltados para a saúde da mulher (BRASIL, 2009).

A implantação deste programa foi inovadora porque ampliou o olhar sobre a saúde da mulher, ao incluir todos os ciclos da vida e não apenas o período reprodutivo. Neste panorama, a partir de 1986, o Ministério da Saúde, passou a orientar as Secretarias Estaduais de Saúde para as chamadas “ações básicas de assistência integral à saúde da mulher”, englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção do câncer de mamas, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), a assistência ao parto e puerpério (SEPULVEDA, 2000; ALMEIDA; BARROS, 2005).

Após 1988, o PAISM apresentou dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio na sua implantação. Neste período observaram-se as primeiras mudanças na atenção, quando a saúde das mulheres passou a ser considerada uma prioridade de governo (COELHO et al., 2017).

Em 2004, o programa toma forma de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com a elaboração de prioridades definidas por diagnóstico da situação de saúde das mulheres em conjunto com diversos atores sociais (BRASIL, 2004^a) (BRASIL, 2004b).

Ainda preocupado com a crescente taxa de morbimortalidade materna, o Ministério de Saúde brasileiro continuou a desenvolver estratégias para melhorar as condições de saúde no ciclo gravídico-puerperal. Através da Portaria/GM nº 569, o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), foi implantado no ano 2000. O objetivo principal do programa é ampliar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2002).

O PHPN prevê um incentivo financeiro para os municípios que aderirem ao programa e que cumprirem os critérios estabelecidos, como a realização de seis consultas de pré-natal, uma consulta no puerpério e exames laboratoriais definidos para cada trimestre (BRASIL, 2000).

Após uma década de implantação, estudos comprovaram que o programa apresentou falhas principalmente no acesso aos serviços, deficiência de leitos, recursos humanos, financeiros e materiais (DIAS; DESLANDES, 2006; PARADA; TONETE, 2008).

Como a morbimortalidade é um processo complexo e multifatorial, o Brasil ainda enfrenta muitos desafios para sua redução, como melhorar a qualidade do pré-natal, as ações de educação em saúde, o acesso ao pré-natal e aos exames necessários, vincular as gestantes ao local do parto, e fortalecer o atendimento à mulher e à criança no puerpério (CAVALCANTI, 2010; BRASIL, 2011a).

Como estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, o Ministério da Saúde, juntamente com os conselhos nacionais e municipais de Saúde instituíram através da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010 as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010; CASSIANO et al., 2014).

No escopo das redes de atenção à saúde encontram-se as redes temáticas. Uma dessas temáticas é a Rede Cegonha, lançada e normatizada pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que surge como mais uma estratégia do governo na busca pela redução da

mortalidade materno-infantil. A nova proposta em redes visa garantir acesso, acolhimento e resolutividade para mulheres e crianças (CAVALCANTI, 2010).

A Rede Cegonha possui ações que estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia: I. Pré-Natal; II. Parto e Nascimento; III. Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; e IV. Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

No componente I que se refere ao pré-natal, o Ministério da Saúde (2011) prevê as seguintes ações de saúde:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Alguns autores consideram a Rede Cegonha o programa mais completo já elaborado pelo Governo Federal. Suas ações são voltadas não apenas ao atendimento da mulher gestante e puérpera, mas também ao recém-nascido e crianças de até dois anos de idade. Outros fazem a crítica da centralidade no período reprodutivo da mulher (CASSIANO et al., 2014).

Independentemente dos diversos programas idealizados para o atendimento da mulher, o que efetivamente garante o sucesso da assistência ao pré-natal é a qualidade da equipe multidisciplinar; a

participação da gestante e seus familiares e o apoio dos gestores. Dessa forma, a gestação poderá ser acompanhada por meio de um pré-natal com qualidade técnica e afetiva (OKAZAKI; BERGAMASCO; GUALDA, 2005).

2.2.2 Adequação da atenção ao pré-natal

A gestação é um processo fisiológico e natural, por isso na maioria das vezes não ocorrem intercorrências. Algumas gestações começam, evoluem e terminam sem complicações, ou seja, são gestações de baixo risco. Mas há gestações que apresentam problemas durante o percurso aumentando a probabilidade de desfechos negativos para mãe e bebê, caracterizando uma gestação de alto risco (FREITAS et al, 2006).

Sendo assim, é fácil compreender que o objetivo fundamental do acompanhamento pré-natal na APS seja o de garantir o bom andamento das gestações de baixo risco, identificando adequadamente e precocemente quais mulheres têm maiores chances de apresentar uma evolução gestacional desfavorável. Estas deverão ser tratadas e, se necessário, encaminhadas a um nível de atenção mais complexo (FREITAS et al, 2006).

Gestações de baixo risco costumam ser acompanhadas no primeiro nível de atenção, mais precisamente nas unidades de saúde, por equipe multiprofissional. As unidades de saúde no que diz respeito ao pré-natal vêm contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2005).

As unidades são espaços de saúde que devem ser valorizados pela proximidade com a população e pelo seu poder resolutivo, capaz de reduzir as taxas de morbimortalidade materno-infantil (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2005).

As Unidades de Saúde da Família (USF) devem dispor de equipe multiprofissional podendo ser composta por: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde. No atendimento à gestante e parceiro (pré-natal do homem) devem elaborar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral, contínua e de qualidade (BRASIL, 2013).

As ações de saúde desenvolvidas durante a atenção ao pré-natal devem dar cobertura a toda população de gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação. Entre as ações estão a prevenção, identificação e tratamento de intercorrências

materno fetais, assim como orientações quanto as transformações físicas, psicológicas e hormonais.

Presente em todos os encontros individuais e/ou coletivos, as orientações em saúde além de estreitar a relação com o profissional, auxiliam as mulheres a sentirem-se mais seguras e confiantes, preparando-as para a gestação, parto e pós-parto. Entre as principais orientações estão às alterações fisiológicas, preparação para o parto (plano de parto), vinculação com a maternidade, aleitamento materno, alimentação saudável, manutenção de atividades físicas durante a gravidez, direitos legais e retorno à unidade após o parto (SILVA; SILVA; LOPES, 2010; OMS, 2016).

Tão logo confirmada a gravidez, além das orientações, inicia-se a marcação das consultas subsequentes. O número ideal de consultas pré-natais é bastante divergente entre as organizações mundiais. Nos Estados Unidos, por exemplo, o número varia de nove a quinze consultas. No Brasil o MS recomenda um número mínimo de seis consultas para uma assistência adequada. Com o lançamento da Rede Cegonha em 2012, houve uma alteração para no mínimo sete consultas de pré-natal (BRASIL, 2012; OMS, 2016).

Em 2016, a OMS divulgou um novo modelo de atenção pré-natal aumentando o número de contatos de quatro para oito. Esse aumento ocorreu pelas evidências recentes que indicam que uma maior frequência de contatos na atenção pré-natal reduz a probabilidade de natimortos, devido ao aumento das oportunidades para detectar e gerir potenciais problemas. A publicação ainda traz como recomendação que o primeiro contato ocorra nas primeiras 12 semanas de gestação, com demais visitas na 20^a, 26^a, 30^a, 34^a, 36^a, 38^a e 40^a semana de gestação (OMS, 2016).

O acesso precoce da gestante deve ser incentivado para aumentar as chances de atuação na prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, no diagnóstico de gravidez tubária, controle da anemia, hipertensão arterial e diabetes, ou seja, para reduzir o risco de complicações (DOMINGUES et al., 2015).

A visita domiciliar e a busca ativa são atividades que auxiliam as equipes a captarem gestantes para o serviço. Estas ações favorecem o acesso precoce ao pré-natal, promove a adesão ao acompanhamento e estreita o vínculo com o serviço de saúde, ampliando a rede de apoio (BRASIL, 2011b).

Para atendimento das gestantes, a unidade de saúde deve dispor de estrutura, equipamentos e instrumentais para a realização adequada e qualificada dos exames clínicos, obstétricos e ginecológicos. Sala de

recepção e espera consultórios médico e de enfermagem, além de mesa para exame clínico, balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, e sonar Doppler são requisitos mínimos a serem garantidos pela gestão municipal.

Fazem parte do exame clínico das gestantes a anamnese, aferição da pressão arterial, medida de peso/altura, avaliação de edemas em membros inferiores e de risco gestacional. No exame obstétrico o profissional avalia a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, apresentação fetal, medida da altura uterina e avaliação das mamas. A realização de exame ginecológico ou colpocitologia oncótica não é descartada na gestação devendo ser realizada já nas primeiras consultas do pré-natal (VILLAR, 2003; BRASIL, 2013).

Quanto aos exames laboratoriais, eles ampliam a possibilidade de diagnóstico de patologias e avaliação do tratamento oferecido conferindo assim instrumentos elementares na atenção à saúde da gestante. Ressalta-se a importância de o profissional receber o resultado dos exames em tempo oportuno para intervir precocemente.

Entre os exames laboratoriais recomendados pelo MS estão: colpocitologia oncótica; hematócrito e hemoglobina; tipagem sanguínea e fator Rh; coombs indireto; Glicemia de jejum; Sorologia para sífilis - VDRL; Sorologia para rubéola; HbsAg; Elisa anti-HIV; Sumário de urina e Urocultura; Teste sérico triplice materno; Análise cromossômica fetal por amniocentese; Teste oral de tolerância à glicose; Glicemia de jejum; Curva glicêmica de 2 horas com 75 gramas de glicose; Teste rápido de gravidez; Teste rápido de sífilis; Teste rápido de HIV; Ultrassom obstétrico; Proteinúria (teste rápido) e; Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo (BRASIL, 2013).

A ultrassonografia e/ou avaliação da vitalidade fetal no pré-natal, apresentam controvérsias na literatura quanto à realização de rotina em gestantes de baixo risco. No Brasil o MS recomenda a realização de uma ultrassonografia durante toda a gestação. Na Inglaterra, a ultrassonografia de rotina é amplamente difundida entre os médicos não havendo dúvidas quanto ao seu benefício. Sociedades como o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) e o American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG), recomendam a realização de duas ultrassonografias, sendo a primeira ao redor de 12 semanas e a segunda por volta de 20 semanas, possibilitando uma melhor datação e avaliação da morfologia fetal (MELETI et al., 2010).

Revisão sistemática publicada pela Cochrane em 2015 revela que a ultrassonografia precoce (antes de 24 semanas) auxilia na

determinação da idade gestacional e na caracterização do número de fetos, e que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (WHITWORTH; BRICKER; MULLAN, 2015).

Segundo Amorim e Melo (2009, p. 372) a “decisão de incorporar ou não o exame à prática obstétrica deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de Saúde e características e expectativas dos casais”.

Outro aspecto a ser considerado é a prevenção. Os profissionais devem dar atenção especial à prevenção da transmissão vertical de doenças, que se dá por meio de orientações ao casal e diagnóstico precoce através da realização dos testes rápidos. O diagnóstico precoce da infecção pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) possibilita os melhores resultados relacionados ao controle da infecção materna, assim como os melhores resultados de profilaxia da transmissão vertical desses vírus (BRASIL, 2007).

Das ISTs, a sífilis é a que mais preocupa pela elevada incidência nas gestantes. A sífilis é uma doença produzida pela bactéria *treponema pallidum* e na gestação requer intervenção imediata para que se evite a chamada sífilis congênita. A sífilis congênita é decorrente da transmissão transplacentária da bactéria da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito. A penicilina é a droga de escolha para o tratamento, sendo considerada de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia (BRASIL; 2012b, 2013).

Com relação às doenças imunopreveníveis, a vacinação das gestantes configura importante ação realizada na APS. As equipes devem verificar a caderneta e a situação vacinal e encaminhar a as gestantes à unidade de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação. No último Calendário Nacional de Vacinação das gestantes constam vacinas contra o tétano, hepatite B e influenza, com inclusão da vacina Tríplice Acelular (DTPa) contra coqueluche, difteria e tétano (BRASIL, 2014). A inclusão desta vacina demonstra a preocupação das autoridades com o aumento do número de casos de coqueluche nos últimos anos.

Alterações no percurso fisiológico podem ocorrer tanto nas gestações de alto risco como de baixo risco. Essas alterações, chamadas de intercorrências obstétricas, ocorrem quando há alteração da evolução e do andamento do processo gestacional fisiológico. As intercorrências na gestação podem interferir no desfecho, como por exemplo, o tipo de parto (CALEGARI; GOUVEIA; GONÇALVES, 2016).

Problemas como hipertensão, hemorragia e infecção puerperal estão entre as principais causas de morte materna, exigindo dos profissionais, intervenções imediatas e seguras no tratamento dessas doenças.

O uso de medicamentos na gestação sempre representa um desafio, pois pode implicar em dano tanto para a gestante quanto para o feto, e esse risco é potencialmente aumentado no primeiro trimestre gestacional (MAIA; TREVISOL; GALATO, 2014).

A ingestão insuficiente na dieta é a principal razão da deficiência de ferro na gravidez momento de maior necessidade desse nutriente. Como resultado clínico ocorre a anemia, com frequência de 30% entre as gestantes (MAIA; TREVISOL; GALATO, 2014).

O ferro e ácido fólico estão entre os medicamentos mais prescritos pelos profissionais, dada a sua importância na prevenção e redução de agravos. Já na primeira consulta pré-natal devem-se prescrever esses medicamentos. O ácido fólico pode ainda ser prescrito no período pré-concepcional. A recomendação da suplementação diária por via oral de ferro é de 40 mg e do ácido fólico, 5 mg. Estes medicamentos contribuem com a prevenção de anormalidades congênicas do tubo neural e a anemia durante a gravidez (BRASIL, 2012b).

Além do uso dos medicamentos citados, outros medicamentos também podem ser utilizados para o controle dos sintomas comuns da gestação. Problemas de saúde maternos, como o diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, cardiopatias, toxoplasmose e sífilis, demanda a utilização de medicamentos durante gravidez (BJORN et al., 2011; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Reforça-se aqui a importância da classificação de risco, a cada consulta, considerando que o risco pode aparecer em qualquer momento da gestação. Os profissionais devem estar atentos à existência destes riscos, de modo a determinar o encaminhamento à assistência especializada ou realização de interconsultas com outros profissionais (BRASIL, 2012b).

Para favorecer o acesso aos serviços de maior complexidade, os gestores, com base nos princípios e diretrizes do SUS precisam estabelecer um sistema de referência/contrarreferência (R/CR). O objetivo é otimizar o encaminhamento dos usuários aos serviços de média e alta complexidade garantindo efetividade no atendimento em todos os níveis de atenção. Cada nível de atenção deve ter suas funções bem definidas; e registrar os procedimentos e encaminhamentos

adequadamente, para que ao retornar ao serviço de origem se dê continuidade na assistência à mulher (CORRÊA; DÓI, 2014).

A falta de integração entre os níveis causa ruptura das ações iniciadas nas UBS, e peregrinação de mulheres em trabalho de parto, à procura de vagas nos hospitais, com repercussões negativas para o processo de nascimento (MELLEIRO; GUALDA, 2004; COSTA et al., 2009).

Mesmo que a gestante seja encaminhada a outro serviço, de acordo com a proposta da Equipe de Referência e apoio Matricial do MS, é necessário haver comunicação entre a equipe e os especialistas. Isto além de ampliar o olhar sobre o usuário aumenta o compromisso no acompanhamento das gestantes (BRASIL, 2004b; COSTA et al., 2009).

A mulher deve ser acompanhada em todo seu ciclo grávido- puerperal, sendo previstos avaliações da mulher e do recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto, por meio das consultas de puerpério. Os profissionais ainda no pré-natal devem incentivar o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto (BRASIL, 2006).

Evidências sugerem que gestantes que recebem atenção adequada ao pré-natal apresentam menores riscos de complicações (NEDER, 2013). No entanto garantir a qualidade da Atenção ao pré-natal, que engloba tantas ações torna-se um grande desafio. Por este motivo o MS vem implantando estratégias e programas para melhorar os serviços e estimular os municípios a monitorar a qualidade da assistência (BRASIL, 2006).

O Caderno da Atenção Básica de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012, p.38) estabelece 10 passos para um pré-natal de qualidade, que corrobora o que já foi explicitado anteriormente. São eles: (1) captação precoce (até a 12ª semanas); (2) garantir recursos humanos, físicos, materiais e técnicos; (3) solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames; (4) escuta ativa das gestantes e acompanhantes; (5) transporte público gratuito, quando necessário; (6) pré-natal do (a) parceiro (a); (7) acesso à unidade de referência especializada, quando necessário; (8) Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto"; (9) direito a visita previa ao local do parto (vinculação); (10) As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Por tudo exposto conclui-se que para uma atenção ao pré-natal adequada é necessário garantir não apenas aspectos operacionais como também aspectos estruturais identificando os gestores quanto à sua

responsabilidade no oferecimento de condições mínimas de estrutura, recursos humanos e planejamento das ações de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

2.3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

A avaliação é uma atividade realizada desde os primórdios da humanidade e possui conceituação polissêmica. Apesar de muitos autores construírem uma conceituação de avaliação própria, a maioria concorda que avaliar é emitir um juízo de valor sobre um objeto ou intervenção. Tanaka e Melo (2001) acrescentam que a emissão do juízo de valor ocorre por meio de parâmetros definidos previamente à ação avaliativa, onde no final se tem como resposta um julgamento daquele objeto segundo critérios comparativos.

Contandriopoulos et al. (1997) ampliaram a definição de que a avaliação é um julgamento de valor visando à tomada de decisão, resultado da aplicação de normas (avaliação normativa), ou de conhecimento científico (pesquisa avaliativa).

A abordagem avaliativa em saúde mais conhecida e utilizada mundialmente é a de Avedis Donabedian, que analisa a tríade estrutura, processo e resultado. A avaliação da estrutura está relacionada com a disponibilidade de recursos materiais, humanos e organizacionais. No processo, analisa-se tudo que diz respeito à relação profissional-usuário e profissional-profissional. A avaliação de resultados está relacionada tanto ao produto das ações (consultas, exames, visitas) quanto à modificação dos indicadores de saúde da população (DONABEDIAN, 1988).

A avaliação na área da saúde visa a determinação sistemática e objetiva da efetividade e impacto de políticas públicas, projetos e programas de saúde, a fim de aperfeiçoá-los. Entende-se que a avaliação da atenção à saúde está direcionada para a qualidade da prática assistencial, como também para a qualidade dos programas e serviços de saúde (NOGUEIRA, 2008; CABRAL, 2000).

2.3.1 Aspectos recorrentes na avaliação do pré-natal

Acerca da atenção ao pré-natal é predominante a análise sob três aspectos: *acesso e utilização dos serviços; qualidade da atenção; e desfechos do pré-natal.*

Quanto ao *acesso e utilização dos serviços* estudos realizados no nível nacional têm revelado problemas no ingresso de gestantes aos serviços de cuidados pré-natais (DOMINGUES et al., 2013; FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008).

Santos Neto et al. (2013) afirmam que os índices que utilizam o início do pré-natal até o quarto mês e o número de consultas de acordo com o trimestre de gestação como critérios para a definição de adequação do acesso ao pré-natal apresentam maior poder de discriminação e precisão.

Não é raro as gestantes iniciarem o pré-natal após a 12^a semana de gestação. Segundo Domingues et al. (2013) a principal razão para o início tardio ao pré-natal é o fato da mulher não saber que estava grávida, seguido por dificuldades de acesso ao serviço e questões pessoais, como por exemplo não ter assumido a gravidez aos familiares.

Apesar da preocupação, com o início precoce e o número ideal de consultas pré-natais, a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada nos anos de 2011 e 2012 mostrou alguns avanços nos indicadores. Os resultados mostraram cobertura elevada da assistência pré-natal (98,7%) tendo 75,8% das mulheres iniciado o acompanhamento antes da 16^a semana gestacional e 73,1% comparecido a seis ou mais consultas (VIELLAS et al., 2014).

O início precoce e o número adequado de consultas ampliam o acompanhamento e aumentam as chances de intervenções. Estão associados à maior adequação de realização de exames, de vacinação antitetânica, e orientação em relação ao parto e amamentação (DOMINGUES et al., 2012).

Estudos que avaliam a *qualidade do pré-natal* têm sido recorrentes no Brasil, principalmente nos últimos 10 anos, mostrando a crescente preocupação em definir aspectos que produza melhorias na atenção à saúde materna.

A qualidade ou adequação da assistência possui muitos conceitos e critérios, mas sem dúvida, a tríade de Donabedian (estrutura, processo e resultado) é o mais utilizado, com predomínio da avaliação do processo de trabalho.

Além do início precoce e número de consultas, a realização dos exames laboratoriais e de imagem pelas gestantes também são temas recorrentes nas avaliações de processo. Aproximadamente 100% das gestantes realizam os exames de rotina, mas poucas repetem os exames. Isso se dá pela baixa solicitação de exames no terceiro trimestre comparado ao pedido na primeira consulta, mostrando falta de iniciativa dos profissionais na solicitação de novos exames (MENDOZA-SASSI,

2011; VALENTE et al., 2013, ANVERSA et al., 2012; MARTINELLI et al., 2014).

Aferições de peso e pressão arterial das mães são procedimentos técnicos realizados em quase 100% dos casos. Já a apresentação fetal foi o procedimento menos observado (VALENTE, 2013; POLGLIANE et al., 2014; MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015).

Estudos apontam fragilidades no acompanhamento odontológico, na realização de exame ginecológico e na inserção de estratégias educativas no PN e como ponto positivo destaca a imunização antitetânica (MENDOZA-SASSI et al., 2011; VALENTE et al., 2013; MARTINELLI et al., 2014).

Na avaliação da qualidade, a perspectiva do usuário foi considerada em alguns estudos. Bronfman-Pertzovsky et al (2003) verificaram que a satisfação das mulheres com o pré-natal estava associada com o tratamento recebido durante a visita e com o tempo de espera antes do atendimento, mas não com a capacidade clínica do profissional, nem com a sua idade ou sexo. Neste mesmo estudo o tratamento foi associado ao nível socioeconômico da usuária, onde quanto mais pobres as gestantes piores eram o tratamento recebido.

A qualidade na visão das gestantes foi caracterizada por recursos tecnológicos, cuidado integral, acolhimento e assiduidade do enfermeiro em alguns estudos brasileiros. Ainda se mostraram insatisfeitas com a ausência de referência contrarreferência, ou seja, apesar dos avanços na assistência pré-natal, problemas de desarticulação entre o período pré-natal, parto e puerpério ainda são observados (OBA; TAVARES, 2000; GOBERNA-TRICAS et al., 2011; GUERREIRO et al., 2012).

As ações de informações e orientações à gestante têm sido pouco valorizadas pelos profissionais no cuidado pré-natal apresentando irregularidades tanto nos temas abordados quanto na forma de realizá-los. De maneira geral os profissionais de saúde orientam mais individualmente do que coletivamente, e o aleitamento materno é o tema mais abordado (MOURA; RODRIGUES, 2003; MENDOZA-SASSI et al., 2011; PEIXOTO et al., 2011; ANVERSA et al., 2012).

A orientação sobre o local de parto também é um item pouco abordado pelos profissionais. No estudo publicado por Leal et al. (2015) apenas 44,2% das mulheres receberam indicação da maternidade na qual deveria fazer o parto e a internação no local indicado ocorreu em 8,6% dos casos.

Além disso, encontram-se diferenças significativas entre os dados referidos pelas gestantes e os dados anotados pelos profissionais, mostrando a necessidade de melhorar o registro dos procedimentos

clínico-obstétricos no cartão da gestante para adequação da assistência pré-natal (PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013).

Com relação aos *desfechos do pré-natal*, estudos revelam que apesar do reconhecimento de sua importância, a sífilis congênita e a hipertensão arterial ainda representam as principais causas de mortes de mães e seus conceitos. Também podem ocorrer malformações congênitas, infecções, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, ganho de peso fetal inadequado e o nascimento prematuro (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015).

No Brasil, outros aspectos da gestação foram averiguados e assumidos como desfechos: as proporções de cesáreas, recém-nascidos prematuros (com idade gestacional menor que 37 semanas) e de baixo peso (peso de nascimento menor que 2500g). A proporção geral de cesáreas foi de 30,9%, a incidência de partos prematuros foi de 11,3% e de recém-nascidos de baixo peso foi de 11,1% (CALDEIRA et al., 2010).

Estudo realizado por Vetore et al. (2011) revelou que apenas 27% das hipertensas tiveram manejo da hipertensão arterial adequado, indicador de pior desempenho do profissional. Gestantes hipertensas com melhor assistência ao pré-natal foram aquelas com antecedentes de nati e/ou neomortalidade e aquelas com 35 ou mais anos de idade. Apesar da adequada utilização do pré-natal, o manejo da hipertensão arterial nas gestantes foi inadequado neste estudo.

Melo, Oliveira e Mathias (2015) avaliaram a qualidade do cuidado pré-natal em puérperas com partos prematuros e a termo e identificou fatores maternos e da gestação associados ao pré-natal inadequado no SUS. O estudo revelou que a qualidade do cuidado pré-natal para puérperas com filho prematuro foi sempre inferior à qualidade para aquelas com filho a termo.

Nos estudos que avaliam o pré-natal é comum a utilização de índices como os de Kessner e Kotelchuck (APNCU), em associação ou não com critérios definidos pelo Ministério da Saúde, como os do PHPN. Apesar da importância e da comprovada validade desses indicadores acredita-se que os mesmos não permitem uma análise ampliada da atenção ao pré-natal, pois estão centrados no início do acompanhamento, número de consultas, idade gestacional e exames clínicos e laboratoriais (COIMBRA et al., 2003; SILVA, 2010). Portanto a inclusão de aspectos estruturais e gerenciais deve ser acrescentada para uma melhor compreensão do objeto.

Observa-se que a maior parte dos estudos nacionais apontou inadequação na assistência pré-natal. Dados como estes trazem à tona a

crescente preocupação nesta área e a necessidade de ações que qualifiquem a atenção ao pré-natal (DOMINGUES et al., 2012; PEREIRA; GUIMARÃES; LANZA, 2013; POLGLIANE et al., 2014; LEAL et al., 2015).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa. A pesquisa avaliativa consiste em emitir juízo de valor, utilizando procedimento científico sobre as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A pesquisa avaliativa vai além da aplicação de padrões ou normas preestabelecidos e possui método rigoroso para que os interessados possam analisar posteriormente o caminho até as conclusões da pesquisa (NICKEL, 2008).

O estudo avaliou a Atenção ao Pré-Natal na APS de municípios brasileiros. O município foi definido como elemento avaliativo porque a Atenção ao Pré-Natal na APS é de responsabilidade da esfera político-administrativa municipal.

3.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em três etapas: a) elaboração do Modelo Teórico-Lógico (MTL); b) construção da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ); e c) classificação dos municípios brasileiros quanto à adequação da atenção ao pré-natal.

3.2.1 Elaboração do Modelo Teórico-Lógico (MTL)

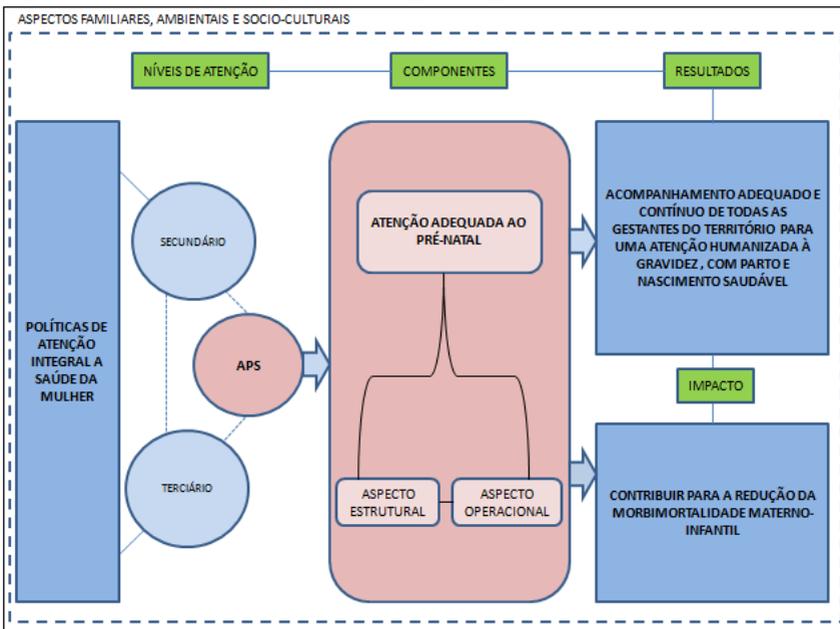
O desenvolvimento de um modelo teórico-lógico auxilia na contextualização e definição do objeto a ser avaliado. A modelização torna-se uma etapa essencial para que sejam feitas as perguntas certas, para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e, assim, a avaliação possa auxiliar na tomada de decisão (BROUSSELLE, 2011).

A construção da proposta do modelo teórico-lógico (Figura 1) iniciou nas discussões da disciplina de **Seminários de Avaliação em Saúde**, com integrantes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), composto por integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisas em Avaliação em Saúde (NEPAS) e estudantes de diversas áreas da saúde, em nível de mestrado e doutorado. Estes encontros deram forma às etapas iniciais do estudo: elaboração da pergunta de pesquisa, temas

para a revisão documental e bibliográfica, identificação de objetivos e elaboração da proposta do modelo teórico-lógico.

A pesquisa documental foi composta por normas, portarias, diretrizes e legislações pertinentes ao tema, no total de sete documentos lidos. A revisão bibliográfica ocorreu na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com inserção da palavra-chave **cuidado pré-natal**, em associação com os descritores: avaliação em saúde, atenção primária a saúde e avaliação da qualidade dos cuidados em saúde. A consulta não definiu limitação cronológica de publicação e considerou artigos acessíveis na íntegra em português, espanhol e inglês. Foram selecionados e lidos na íntegra 74 artigos, que apresentaram reflexões teóricas sobre a Avaliação da Atenção ao Pré-Natal. O modelo teórico-lógico está apresentado em forma de diagrama na figura 1.

Figura 1. Modelo teórico-lógico da Atenção adequada ao Pré-natal na APS.



Fonte: elaborado pela autora.

A Atenção à saúde da mulher desenvolve ações nos três níveis de atenção, e o Pré-Natal de baixo risco se configura como uma das principais ações programáticas realizadas na Atenção Primária a Saúde.

Todo o processo da atenção à saúde da mulher sofre influências do contexto social, econômico e cultural do ambiente em que vivem gestantes e conceptos. Com o intuito de tornar a Atenção ao Pré-Natal adequada, aspectos estruturais e operacionais devem ser garantidos para promover um acompanhamento contínuo e adequado de todas as gestantes do território, para uma atenção humanizada à gravidez, parto e nascimento. Estes aspectos quando garantidos por meio de políticas públicas de saúde terá impacto positivo na redução da morbimortalidade materno-infantil.

3.2.2 Construção da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ)

A Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) foi construída com base na revisão anteriormente mencionada para criação do modelo teórico-lógico e também considerou a disponibilidade de dados no banco da avaliação externa do PMAQ em 2013 e em sites oficiais. O conhecimento ampliado do tema do estudo contribuiu para a identificação e elaboração de indicadores, medidas e parâmetros da proposta de matriz avaliativa.

A proposta da MAJ e do MTL foi submetida à apreciação de um grupo de especialistas via correio eletrônico com convite esclarecendo sobre a pesquisa, seus objetivos, a garantia do anonimato e o retorno dos resultados. O grupo foi formado por oito profissionais especialistas da área da avaliação e/ou da saúde da mulher, vinculados aos serviços de saúde. Solicitou-se a cada membro do grupo análise da matriz com apontamento individual sobre concordância plena, concordância parcial ou discordância de cada elemento da matriz. Nos casos de não concordância plena, poderiam apresentar sua justificativa e também sugerir alterações. Após o recebimento de todas as análises, os pontos de discordância e concordância parcial foram analisados e reformulados, na medida do possível, atendendo as sugestões do grupo. O novo modelo foi enviado ao grupo para apreciação e validação. A versão final da MAJ conta com 2 dimensões, 6 subdimensões, 19 indicadores e 30 medidas.

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (continua)

DIMENSÃO: ASPECTOS ESTRUTURAIS			
Subdimensão: Infraestrutura			
Indicador	Medida	Parâmetros	
Adequação do espaço físico	% UBS com consultório enfermagem e sala de espera	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Materiais e equipamentos para Atenção ao Pré-Natal na AB	% UBS que disponibiliza caderneta de gestante	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% UBS que disponibiliza equipamentos e mobília	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Insumos e medicamentos	% UBS que oferta vacinas	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% UBS que disponibiliza medicamento	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (continuação)

Subdimensão: Recursos Humanos			
Adequação de pessoal	% ESF com equipe mínima de saúde completa ¹	<p>Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado:</p> <p>Até 50 mil hab = 100%</p> <p>>50 a 100 mil hab = 90%</p> <p>>100 a 500 mil hab = 85%</p> <p>> 500 mil hab = 60%</p>	<p>Ambas Adequado= Adequado;</p> <p>Ambas inadequado= Inadequado;</p> <p>Demais situações = Pouco Adequado</p>
	% ESF com Saúde Bucal ¹	<p>Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado:</p> <p>Até 25 mil hab = 100%</p> <p>>25 a 50 mil hab = 90%</p> <p>>50 a 100 mil hab = 85%</p> <p>>100 a 500 mil hab = 75%</p> <p>>500 mil hab = 60%</p>	
Cobertura populacional	% população com cobertura de ESF ^{1,3}	<p>Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado:</p> <p>Até 25 mil hab = 100%</p> <p>>25 a 50 mil hab = 85%</p> <p>>50 a 100 mil hab = 65%</p> <p>>100 a 500 mil hab = 55%</p> <p>> 500 mil hab = 40%</p>	
Suporte Especializado	% equipes que recebem apoio de especialistas	<p>≥ 90% = Adequado;</p> <p>89 a 75% = Pouco Adequado;</p> <p><75% = Inadequado</p>	

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017 (continuação)

Subdimensão: Padronização da Atenção			
Normatização da atenção	% equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% equipes que possui protocolos para acolhimento à gestante	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	
Informação atualizada	% equipes que alimentam o sistema do Pré-Natal	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% equipes com registro de citopatológico	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (continuação)

DIMENSÃO: ASPECTOS OPERACIONAIS			
Subdimensão: Organização da Atenção			
Apropriação do território na AB	% equipes com registro das gestantes do território	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	
Captação precoce	% equipes que realizam busca ativa	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	
Acesso Adequado	% equipes que possuem horário estendido de funcionamento ²	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado : Até 10 mil hab = 100% >10 mil hab = 80%	
Programação da Atenção	% equipes que ofertam consultas programadas de pré-natal	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% equipes que possuem programação da agenda conforme o risco gestacional	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (continuação)

Subdimensão: Promoção e prevenção			
Diagnóstico precoce	% equipes que solicitam o teste rápido de gravidez	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
	% equipes que solicitam o teste rápido de HIV	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
	% equipes que solicitam o teste rápido de sífilis	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Imunização	% equipes que registram a vacinação em dia da gestante	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Identificação de agravos	% equipes que solicitam exames básicos do pré-natal	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
	% equipes que recebem os exames em tempo oportuno	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (conclusão)

Educação em saúde	% equipes que ofertam ações educativas e de promoção da saúde	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	
Subdimensão: Seguimento			
Acompanhamento do ciclo gestacional	Proporção de NV de mães com sete ou mais consultas de pré-natal ⁴	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	
Referência e contra referência	% equipes que mantêm registro de gestantes encaminhadas	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% equipes que monitoram as gestantes que tiveram partos	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	
Continuidade da atenção	% equipes que realizam consultas de puerpério	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	

Fonte: elaborado pela autora (2017). Notas: ¹Parâmetros definidos segundo a distribuição tercil para cada estrato de porte populacional; ²Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional; ³Dado coletado no site do CNES; ⁴Dado coletado no site SINASC.

3.2.3 Classificação dos municípios

O estudo tem como elementos avaliativos as **unidades de saúde** participantes do Módulo I e as **equipes da Atenção Básica** participantes do Módulo II, e como unidades de análise os municípios brasileiros que participaram da avaliação externa do 2º Ciclo do PMAQ em 2013.

Os municípios aderiram com no mínimo 80% das equipes de ESF e ESB ao 2º ciclo do PMAQ (MI e MII) foram incluídos na análise. Para efeito de análise, a amostra final foi composta somente pelos municípios que participaram dos dois módulos do PMAQ, totalizando 4.059 **municípios**, 19.849 **unidades** e 24.626 **equipes** participantes.

A avaliação da Atenção ao Pré-Natal na APS consultou dados do banco da avaliação externa do 2º Ciclo do PMAQ nos aspectos da estrutura das unidades de saúde e da composição das equipes (Módulo I) e sobre os aspectos operacionais das equipes da AB (Módulo II). Foram consultadas ainda as bases de dados secundários como SINASC, CNES e IBGE para variáveis da matriz de análise e julgamento que não constavam no banco do PMAQ.

Os municípios brasileiros foram classificados em *adequado*, *pouco adequado* e *inadequado*, utilizando indicadores elaborados a partir de recomendações nacionais e internacionais.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada análise descritiva dos municípios para emissão de juízo de valor orientado pelos parâmetros definidos na MAJ (Quadro 2). Os dados foram analisados utilizando os *softwares Microsoft Office Excel® e SPSS 22.0* e apresentados em forma tabular.

Inicialmente analisaram-se as medidas e os indicadores e na sequência realizou-se a conversão em escores 1,0 (adequado) 0,5 (pouco adequado) e 0,0 (inadequado). Na análise das medidas considerou-se: *adequado* quando o município teve no mínimo 90% das ações realizadas pelas UBS ou Equipes; *inadequado* quando o município alcançou menos de 75% das ações; e *pouco adequado*, nos demais casos. Os parâmetros foram definidos com base na revisão de literatura e pesquisa documental. Além disso, levou-se em conta o fato de que todas as ações escolhidas são bem fundamentadas, baseadas em evidências científicas e recomendadas pelo Ministério da Saúde há no mínimo cinco anos.

A exceção ocorreu nas medidas de *equipe mínima de ESF adequada*, *equipes de ESF com saúde bucal*, *cobertura populacional* e

horário estendido de funcionamento. Nestes casos, levando em conta as peculiaridades de cada município, os parâmetros foram definidos segundo o porte populacional, por distribuição tercil nas três primeiras ações e por distribuição quartil na que mediu o horário estendido de funcionamento.

Os indicadores assumiram o resultado das medidas exceto nos casos onde havia mais de uma medida considerando *adequado* quando 100% das medidas foram classificadas como adequadas, *inadequado* quando 100% das medidas eram classificadas como inadequadas e as demais situações, como *pouco adequado*.

O julgamento das subdimensões, dimensões e juízo final da atenção ao pré-natal na APS orientou-se pelo somatório dos escores, seguido do cálculo do percentual de pontos obtidos comparados à pontuação máxima esperada em cada um dos componentes, da seguinte forma: $(\sum \text{obtidos} / \sum \text{esperados}) \times 100$. Os pontos de corte utilizados foram: *adequado* (100%-75% do esperado), *inadequado* (menor ou igual a 50% do esperado) e *pouco adequado* os demais casos.

A dimensão de **Aspectos Operacionais** recebeu peso 2, por considerá-los com maior influência na adequação da atenção.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, e seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo seguiu as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, que define a forma de artigo científico. Neste estudo optou-se pelo **Caderno de Saúde Pública**, Qualis A2, e sua apresentação orientada pelas normas da revista.

4.1 ARTIGO 1

Avaliação da Atenção ao Pré-natal na Atenção Primária à Saúde

Evaluation of Prenatal Care in Primary Health Care

RESUMO

Este artigo avalia a atenção ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde em municípios brasileiros. O modelo avaliativo construído em oficina de consenso pela técnica Delphi com experts em avaliação e/ou da saúde da mulher é composto por 19 indicadores agrupados em duas dimensões para análise de aspectos estruturais e operacionais. As informações de 4.059 municípios foram coletados majoritariamente no banco de dados da avaliação externa do PMAQ/Ciclo-2 e possibilitaram a análise de infraestrutura, recursos humanos, padronização e normatização da atenção, organização da atenção, promoção e prevenção, e seguimento. Como resultado, menos de 25% dos municípios estudados apresentaram adequada atenção ao pré-natal, com maior percentual de adequação nos aspectos estruturais. Fragilidades no acesso aos serviços, no diagnóstico precoce e no acompanhamento gestacional merecem destaque. Apesar dos resultados pouco satisfatórios o estudo alerta para pontos importantes sobre a atenção ao pré-natal e tem como orientação as atribuições da gestão municipal.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção Primária em Saúde. Avaliação da qualidade dos cuidados em saúde.

ABSTRACT

This article evaluates prenatal care in Primary Health Care in Brazilian municipalities. The evaluation model built in a consensus workshop by the Delphi technique with experts in evaluation and / or women's health is composed of 19 indicators grouped in two dimensions to analyze structural and operational aspects. The information of 4,059 municipalities was collected mainly in the PMAQ / Cycle-2 external evaluation database and allowed the analysis of infrastructure, human resources, standardization and standardization of care, organization of care, promotion and prevention, and follow-up. As a result, less than 25% of the municipalities studied presented adequate prenatal care, with a higher percentage of adequacy in the structural aspects. Fragility in access to services, early diagnosis and gestational follow-up deserve special mention. Despite the unsatisfactory results, the study alerts important points about prenatal care and is guided by the responsibilities of municipal management.

Key-works: Health Assessment. Primary Health Care. Evaluation of the quality of health care.

Introdução

O Ministério da Saúde do Brasil enfrenta dificuldades em reduzir os índices da mortalidade materna elevados no país. Em 2015 a razão da mortalidade materna ficou em torno de 56 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, distante do cumprimento da meta estabelecida pela ONU (35/100 mil NV).

O pré-natal de baixo risco configura uma das principais ações programáticas realizadas na Atenção Primária a Saúde. Todo o processo da atenção à saúde da mulher sofre influências do contexto social, econômico e cultural do ambiente em que vivem gestantes e conceptos. Aspectos estruturais e operacionais devem ser garantidos para um acompanhamento contínuo e de qualidade, com atenção humanizada à gravidez, parto e nascimento. A atenção ao pré-natal envolve relação acolhedora e a realização de ações educativas, preventivas e assistenciais. O acompanhamento sistemático da gestante contribui para a detecção precoce de agravos e de risco gestacional, preparação para o parto e estabelecimento de vínculo com a maternidade¹.

Apesar da comprovada capacidade de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materno-infantil, estudos demonstram que a atenção ao pré-natal apresenta falhas. Dificuldades no acesso, início tardio e número inadequado de consultas de pré-natal são alguns dos principais problemas encontrados².

A preocupação em avaliar os serviços e sistemas de saúde no país é crescente. Ações de institucionalização da avaliação são defendidas como estratégia fundamental para o enfrentamento de aspectos técnicos, organizacionais e políticos³.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a adequação da atenção ao pré-natal na APS ampliando a análise para além dos aspectos operacionais, amplamente discutidos na literatura, de modo a disponibilizar subsídios à tomada de decisão de gestores.

Método

Estudo avaliativo de abordagem quantitativa da atenção ao pré-natal de baixo risco tendo como unidades de análise os municípios brasileiros que participaram da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), em 2013.

Foram incluídos os municípios que aderiram com no mínimo 80% das equipes ao 2º ciclo do PMAQ. A amostra foi composta por 4.059 municípios, 19.849 **unidades** e 24.626 **equipes** participantes.

O modelo teórico-lógico (MTL) e a matriz de análise e julgamento (MAJ) estão baseados em pesquisa documental e bibliográfica pertinente ao tema. A proposta inicial do modelo foi submetida a um grupo de oito especialistas dos campos da saúde da mulher e/ou de avaliação de políticas públicas e as sugestões incorporadas a partir do consenso.

A MAJ conta com 2 dimensões, 6 subdimensões, 19 indicadores e 30 medidas. A dimensão **Aspectos Estruturais** analisa condições de Infraestrutura, Recursos Humanos e Padronização da Atenção que dão condições para as equipes realizarem suas atividades. A dimensão **Aspectos Operacionais** analisa as atividades realizadas pelas equipes, com foco na Organização da Atenção, Promoção e Prevenção e Seguimento. Uma síntese da MAJ é apresentada no quadro 1.

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Avaliação da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (continua)

DIMENSÃO: ASPECTOS ESTRUTURAIS			
Subdimensão: Infraestrutura			
Indicador	Medida	Parâmetros	
Adequação do espaço físico	% UBS com consultório enfermagem e sala de espera	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Materiais e equipamentos para Atenção ao Pré-Natal na AB	% UBS que disponibiliza caderneta de gestante	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% UBS que disponibiliza equipamentos e mobília	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Avaliação da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (continuação)

Insumos e medicamentos	% UBS que oferta vacinas	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% UBS que disponibiliza medicamento	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	
Subdimensão: Recursos Humanos			
Adequação de pessoal	% ESF com equipe mínima de saúde completa ¹	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado: Até 50 mil hab = 100% >50 a 100 mil hab = 90% >100 a 500 mil hab = 85% > 500 mil hab = 60%	Ambas Adequado = Adequado; Ambas inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% ESF com Saúde Bucal ¹	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado: Até 25 mil hab = 100% >25 a 50 mil hab = 90% >50 a 100 mil hab = 85% >100 a 500 mil hab = 75% >500 mil hab = 60%	

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Avaliação da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (continuação)

Cobertura populacional	% população com cobertura de ESF ^{1,3}	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado : Até 25 mil hab = 100% >25 a 50 mil hab = 85% >50 a 100 mil hab = 65% >100 a 500 mil hab = 55% > 500 mil hab = 40%	
Suporte Especializado	% equipes que recebem apoio de especialistas	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	
Subdimensão: Padronização da Atenção			
Normatização da atenção	% equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% equipes que possui protocolos para acolhimento à gestante	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	
Informação atualizada	% equipes que alimentam o sistema do Pré-Natal	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Avaliação da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (continuação)

	% equipes com registro de citopatológico	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
DIMENSÃO: ASPECTOS OPERACIONAIS			
Subdimensão: Organização da Atenção			
Apropriação do território na AB	% equipes com registro das gestantes do território	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Captação precoce	% equipes que realizam busca ativa	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Acesso Adequado	% equipes que possuem horário estendido de funcionamento ²	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Parâmetro para “Adequado” Até 10 mil hab = 100% >10 mil hab = 80%	
Programação da Atenção	% equipes que ofertam consultas programadas de pré-natal	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% equipes que possuem programação da agenda conforme o risco gestacional	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Avaliação da Atenção ao Pré-Natal na APS. Brasil, 2017. (continuação)

Subdimensão: Promoção e prevenção			
Diagnóstico precoce	% equipes que solicitam o teste rápido de gravidez	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% equipes que solicitam o teste rápido de HIV	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	
	% equipes que solicitam o teste rápido de sífilis	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	
Imunização	% equipes que registram a vacinação em dia da gestante	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	
Identificação de agravos	% equipes que solicitam exames básicos do pré-natal	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% equipes que recebem os exames em tempo oportuno	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	

Quadro 1. Matriz de Análise e Julgamento da Avaliação da Atenção ao Pré Natal na APS. Brasil, 2017. (conclusão)

Educação em saúde	% equipes que ofertam ações educativas e de promoção da saúde	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Subdimensão: Seguimento			
Acompanhamento do ciclo gestacional	Proporção de NV de mães com sete ou mais consultas de pré-natal ⁴	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Referência e contra referência	% equipes que mantém registro de gestantes encaminhadas	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado
	% equipes que monitoram as gestantes que tiveram partos	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	
Continuidade da atenção	% equipes que realizam consultas de puerpério	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	

Fonte: Elaborado pela autora (2017). Notas: ¹Parâmetros definidos segundo a distribuição tercil para cada estrato de porte populacional; ²Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional; ³Dado coletado no site do CNES; ⁴Dado coletado no site SINASC.

Como fonte de evidência utilizou-se o banco de dados da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ – AB (2013), Módulos I e II, e os sites oficiais SINASC, CNES e IBGE.

O julgamento foi orientado pelos parâmetros definidos na MAJ (Quadro 2). Os parâmetros foram definidos com base na revisão de literatura, pesquisa documental e no fato de que todas as ações escolhidas são bem fundamentadas, baseadas em evidências científicas e recomendadas pelo Ministério da Saúde há no mínimo cinco anos. Na

análise das medidas considerou-se *adequado* quando o município teve no mínimo 90% das ações realizadas pelas UBS ou Equipes; *inadequado* quando o município alcançou menos de 75% das ações; e *pouco adequado*, nos demais casos. A exceção ocorreu nas medidas **equipe mínima de ESF adequada, equipes de ESF com saúde bucal, cobertura populacional e horário estendido de funcionamento**. Os parâmetros foram definidos segundo o porte populacional, por distribuição tercil nas três primeiras medidas e por distribuição quartil na última.

Para os indicadores com mais de uma medida considerou-se *adequado* quando todas as medidas foram classificadas como adequadas, *inadequado* quando todas as medidas foram classificadas como inadequadas e as demais situações, como *pouco adequado*.

Inicialmente analisaram-se as medidas e os indicadores e na sequência a conversão em escores 1,0 (adequado) 0,5 (pouco adequado) e 0,0 (inadequado). A análise orientou-se pelo somatório dos escores, seguido do cálculo do percentual de pontos obtidos comparados à pontuação máxima esperada em cada um dos componentes, da seguinte forma: $(\sum \text{obtidos} / \sum \text{esperados}) \times 100$. Os pontos de corte utilizados foram: *adequado* (100%-75% do esperado), *inadequado* (menor ou igual a 50% do esperado) e *pouco adequado* os demais casos.

A dimensão de **Aspectos Operacionais** recebeu peso 2, por considerá-la com maior influência na adequação da atenção.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, e seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Os municípios analisados representam 72,9% do total de municípios brasileiros majoritariamente apresentam porte populacional inferior à 25 mil habitantes (78,8%), municípios estes que abrigam 40,0% do total de equipes da AB.

De maneira geral, a atenção ao pré-natal na APS foi avaliada como *pouco adequada* com 53,0% dos municípios brasileiros classificados nesta condição. A dimensão que analisa os **Aspectos Estruturais** teve um maior percentual de municípios classificados como *adequados* (32,6%) comparado aos **Aspectos Operacionais** (Tabela 1).

Tabela 1. Percentual de municípios, segundo classificação na avaliação, para dimensões, subdimensões, indicadores e atenção ao pré-natal na APS. Brasil, 2017.

Componentes	Adequado	Pouco Adequado	Inadequado
	%	%	%
Aspectos Estruturais	32,6	39,1	28,3
<i>Infraestrutura</i>	35,5	27,8	36,6
Adequação do espaço físico	69,6	11,9	18,5
Materiais e equipamentos	42,7	50,3	7,0
Insumos e medicamentos	27,5	46,8	25,7
Recursos Humanos	37,3	26,2	36,5
Adequação de Pessoal	36,4	38,0	25,6
Cobertura populacional	53,3	-	46,7
Suporte especializado	86,4	6,7	6,8
Padronização da Atenção	38,0	-	62,0
Normatização da atenção	22,2	38,4	39,5
Informação atualizada	44,6	50,0	5,4
Aspectos Operacionais	24,1	49,1	26,8
<i>Organização da atenção</i>	48,2	17,3	34,5
Apropriação do território	82,3	7,9	9,8
Captação precoce	56,9	13,9	29,2
Acesso adequado	36,1	-	63,9
Programação da atenção	54,8	37,3	7,8
Promoção e prevenção	48,9	20,3	30,8
Diagnóstico precoce	22,6	41,1	36,3
Imunização	83,8	7,7	8,5
Identificação de agravos	41,1	48,6	10,3
Educação em saúde	60,4	13,8	25,8
Seguimento	13,6	27,7	58,7
Acompanhamento gestacional	4,6	30,6	64,8
Referência e contra referência	26,9	67,4	5,6
Continuidade da atenção	74,9	11,4	13,7
Atenção ao pré-natal	24,6	53,0	22,4

Dentre os **Aspectos Estruturais**, as subdimensões Recursos Humanos e Padronização da Atenção apresentaram maior percentual de municípios classificados como *adequados* e *inadequados*, respectivamente.

Destaque para os indicadores *adequação do espaço físico e materiais e equipamentos* na análise de Infraestrutura com grande parte dos municípios disponibilizando consultório de enfermagem e sala de espera, caderneta de gestante, equipamentos e mobília para atendimento pré-natal em 90% ou mais UBS. No bloco Recursos Humanos o destaque vai para os indicadores *suporte especializado* e *cobertura populacional*, com elevado número de municípios disponibilizando apoio de especialistas, seja médico obstetra, ginecologista ou das equipes NASF, a 90% ou mais equipes da AB, e cobertura de ESF dentro dos parâmetros estabelecidos.

Organização da Atenção, Promoção e Prevenção e Seguimento agrupam os itens analisados na dimensão **Aspectos Operacionais**. A subdimensão Seguimento apresentou resultados menos satisfatórios, com mais que a metade dos municípios alcançando no máximo 50% da pontuação esperada. Destaque para o baixo percentual de municípios que realizam adequado *acompanhamento gestacional*, aferido neste estudo pela proporção de NV cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Em contraponto, a *continuidade da atenção* no período pós-parto se dá dentro do esperado em 74,9% dos municípios. No indicador *referência e contrarreferência* cabe ressaltar o baixo percentual de equipes que mantém registro de gestantes de maior risco encaminhadas a outros pontos de atenção.

Na Organização da Atenção os indicadores com maior percentual de municípios classificados como adequados foram *apropriação do território*, e *captação precoce*. Nesses municípios, 90% ou mais equipes da AB possuem registro de todas as gestantes sob sua responsabilidade, realizam busca ativa para o pré-natal. Em contrapartida, o indicador *acesso adequado* preocupa reflete a não oferta o horário ampliado de funcionamento das unidades dentro dos parâmetros sugeridos.

Imunização e educação em saúde foram os destaques no bloco Promoção e Prevenção. Por outro lado, o baixo percentual de municípios com *diagnóstico precoce* adequado preocupa, pois referem a não solicitação dos testes rápidos de gravidez, HIV e sífilis, pelas equipes da AB.

As tabelas 2 e 3 apresentam os resultados de comparação da avaliação da atenção ao pré-natal na APS segundo porte populacional e região do país. Um pré-natal adequado foi identificado em pouco menos

de ¼ dos municípios brasileiros e destes, mais de 80% são de porte populacional de até 10 mil habitantes. De maneira geral e também na análise das dimensões, os municípios com até 10 mil habitantes obtiveram significativamente melhores resultados comparado aos municípios de maior porte populacional (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação dos Aspectos Estruturais, Aspectos Operacionais e da Atenção ao pré-natal na APS, segundo porte populacional. Brasil, 2017.

Componentes/ Porte populacional	Adequado		Pouco Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%	n	%
Aspectos Estruturais	p < 0,001*					
Até 10 mil	990	50,8	692	35,5	267	3,7
10 a 25 mil	214	17,1	569	45,6	466	7,3
25 a 50 mil	64	13,6	176	37,5	229	8,8
>50 mil	55	14,0	150	38,3	187	7,7
Aspectos Operacionais	p < 0,001*					
Até 10 mil	752	38,6	854	43,8	343	7,6
10 a 25 mil	120	9,6	677	54,2	452	6,2
25 a 50 mil	51	10,9	247	52,7	171	6,5
>50 mil	54	13,8	216	55,1	122	1,1
Atenção ao pré-natal	p < 0,001*					
Até 10 mil	810	41,6	876	44,9	263	3,5
10 a 25 mil	106	8,5	760	60,8	383	0,7
25 a 50 mil	41	8,7	273	58,2	155	3,0
>50 mil	40	10,2	244	62,2	108	7,6

Nota: *Teste Qui-quadrado de Pearson

Na tabela 3, observa-se que a região Norte apresentou maior percentual de municípios classificados como *inadequados* nas duas dimensões analisadas, assim como na avaliação geral da atenção ao pré-natal na APS. Na dimensão **Aspectos Estruturais** as regiões Sul e Nordeste obtiveram os maiores percentuais de municípios classificados como *adequados*. Na dimensão **Aspectos Operacionais** e também na avaliação geral da **Atenção ao PN** os maiores percentuais foram encontrados nas regiões Sul e Sudeste.

Tabela 3. Avaliação dos ‘Aspectos Estruturais’, ‘Aspectos Operacionais’ e da Atenção ao Pré-Natal na Atenção primária à Saúde, segundo regiões. Brasil, 2017.

Componentes/Regiões	Adequado		Pouco Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%	n	%
Aspectos Estruturais	$p < 0,001^*$					
Norte	61	22,7	84	31,2	124	46,1
Nordeste	431	34,2	576	45,6	255	20,2
Centro-Oeste	95	24,1	156	39,6	143	36,3
Sudeste	393	31,8	477	38,6	367	29,7
Sul	343	38,2	294	32,8	260	29,0
Aspectos Operacionais	$p < 0,001^*$					
Norte	33	12,3	133	49,4	103	38,3
Nordeste	143	11,3	707	56,0	412	32,6
Centro-oeste	87	22,1	202	51,3	105	26,6
Sudeste	420	34,0	535	43,2	282	22,8
Sul	294	32,8	417	46,5	186	20,7
Atenção ao pré-natal	$p < 0,001^*$					
Norte	39	14,5	133	49,4	97	36,1
Nordeste	180	14,3	773	61,3	309	24,5
Centro-oeste	89	22,6	201	51,0	104	26,4
Sudeste	386	31,2	619	50,0	232	18,8
Sul	303	33,8	427	47,6	167	18,6

Nota: *Teste Qui-quadrado de Pearson

Discussão

Ao considerar as ações mínimas para uma atenção adequada, os resultados revelam precariedade da atenção ao pré-natal no Brasil, corroborando outros estudos de nível nacional^{2, 4}. Uma limitação deste estudo foi selecionar municípios que aderiram com no mínimo 80% de suas equipes ao PMAQ. Essa estratégia procurou assegurar a representatividade das equipes nos municípios. Porém, um número considerável de equipes e municípios ficou de fora do estudo. Levando em conta a tendência de os municípios aderirem ao programa com suas melhores equipes, podemos supor que o resultado da atenção ao pré-natal no Brasil poderia ter sido ainda pior.

Poucos foram os aspectos classificados como adequados neste estudo, dentre eles o *espaço físico* necessário para o conforto das gestantes nas unidades de saúde. Desde 2011 o MS tem contribuído com a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica por meio do

Requalifica UBS, fato que pode ter contribuído para o bom desempenho das unidades. Este programa oferece suporte financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, com vistas a melhorar as condições do trabalho, o acesso e a qualidade da atenção básica.

A garantia de profissionais da AB e do apoio de especialistas na resolução de casos complexos é atribuição da gestão municipal e essencial para a Atenção ao Pré-natal na AB. Na APS é preciso resolver problemas e melhorar os indicadores de saúde da população adscrita. Para isso, a PNAB recomenda uma equipe multiprofissional mínima composta por: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal⁵. O baixo percentual de municípios com *adequação de pessoal* na APS preocupa. Uma equipe quando completa é capaz de atender as demandas da população sem haver sobrecarga de trabalho, que possam prejudicar não apenas usuários como também os profissionais. O resultado satisfatório do *suporte especializado* é outro ponto de destaque positivo no estudo. No atendimento às gestantes existem casos que ultrapassam as competências das equipes da AB, sendo necessário acionar uma rede assistencial. Nesta rede estão o NASF e especialistas que oferecem apoio matricial e assistência, de forma a assegurar, uma ação clínica direta aos usuários e apoio educativo às equipes.

Observou-se percentual considerável de municípios que não disponibilizam os medicamentos essenciais ao período gestacional como o sulfato ferroso e ácido fólico. O estudo desenvolvido por Luz (2016) considerou a disponibilidade de pelo menos 1 tipo de medicamento, em quantidade suficiente, em cada grupo de medicamentos e observou que somente 28,3% das equipes de ESF apresentaram resultados satisfatórios. O uso do ácido fólico e do sulfato ferroso previnem anormalidades congênitas do tubo neural e anemia durante a gravidez⁶.

A padronização nos serviços é fundamental para impedir falhas na assistência e a discrepância na conduta dos profissionais. Os protocolos se configuram importantes instrumentos de gestão que orientam os profissionais na realização e organização de suas funções⁷. Apenas 22,2% dos municípios apresentaram a normatização nos parâmetros adequados. A gestão municipal precisa disponibilizar e incentivar o uso de protocolos para auxiliar os profissionais no acolhimento e na classificação de risco das gestantes para tomada de decisão segura e encaminhamento dos casos suspeitos.

Na organização da atenção, o território é entendido como um espaço social onde vive uma população definida. Cada território apresenta característica própria, conformando uma realidade que, a cada

momento, Ihe é peculiar e única⁸. Ao apropriar-se do território os profissionais de saúde criam condições para a captação precoce e planejamento de ações para as gestantes. No presente estudo mais de 80% dos municípios foram classificados como tendo adequado registro das gestantes do território, no entanto a captação precoce não acompanhou esse percentual. Isso alerta para o necessário reforço no trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde responsáveis por essa ação que embasa a programação da atenção para o público feminino.

A dificuldade do acesso das gestantes aos serviços é frequentemente abordada nos estudos de avaliação do pré-natal e também observada neste estudo. A não ampliação do horário de funcionamento das unidades dificulta o acesso das gestantes ao serviço, assim como ameaça o seu direito à saúde⁹.

A atenção ao pré-natal deve ser assegurada o mais precocemente possível, incluindo ações de promoção e prevenção. O baixo percentual de municípios com adequado diagnóstico precoce é preocupante. Nele estão incluídos os testes rápidos de gravidez, HIV e sífilis. O teste rápido de gravidez é fundamental para o início imediato do acompanhamento pré-natal beneficiando as gestantes com mais orientações, mais consultas e conseqüentemente mais observação do estado físico e clínico de mãe e bebê. A transmissão do HIV e da sífilis pode passar da mãe para o bebê, caracterizando uma transmissão vertical. Ambas podem ser controladas quando as intervenções e tratamentos ocorrem de forma rápida e eficiente, prevenindo maiores complicações à gestante e ao conceito.

A sífilis na gestação merece destaque uma vez que, só em 2013 foram notificados 21.382 casos no Brasil, com uma taxa de detecção de 7,4 por mil NV. Estudos nacionais estimam uma prevalência de sífilis na gestação de aproximadamente 1%, o que corresponderia a cerca de 30 mil casos por ano^{10, 11}. Domingues e Leal (2016) afirmam que o número de notificação de gestantes com sífilis é inferior ao esperado, indicando dificuldades no diagnóstico e/ou na notificação de casos. Além disso, o número elevado de casos de sífilis no Brasil preocupa e demonstra as limitações dos serviços de saúde, principalmente no que se refere à assistência prestada na atenção básica¹³.

A solicitação dos demais exames básicos do pré-natal, e o recebimento destes em tempo oportuno apresentaram desempenho pouco satisfatório. Essas medidas são essenciais para uma adequada atenção ao pré-natal, pois facilitam o acesso aos exames obrigatórios e especializados, assim como as intervenções, quando necessárias¹⁴.

O número ideal de consultas pré-natais é tema controverso na literatura. Estudos recentes revelam que quanto maior o número de encontros, maiores as chances de realização de exames laboratoriais e tratamento precoce dos agravos em saúde, assim como diminuem as taxas de mortalidade neonatal e materna^{15,16}. Em 2016 a OMS publicou um documento com 49 recomendações para melhorar a qualidade do pré-natal, e uma delas amplia o número de encontros pré-natais de quatro para oito¹⁷.

No presente estudo utilizou-se a recomendação do documento que regulamenta a Rede Cegonha do MS, de no mínimo, sete consultas de pré-natal para análise do *acompanhamento gestacional*. Observou-se que mais da metade dos municípios (64,8%) realiza inadequado acompanhamento gestacional, pois a proporção de NV com 7 ou mais consultas de pré-natal ficou abaixo de 75%. Estudos indicam aumento no percentual de NV com 7 ou mais consultas entre 2000 e 2013, mas não ultrapassando 63,1%^{18,19}. Os autores ainda destacam a relação entre a realização das consultas pré-natal e as desigualdades inter-regionais no Brasil. Ressalta-se que apesar da evolução observada ao longo dos anos, a proporção de consultas ainda está abaixo dos parâmetros considerados ideal, mostrando que há muito a se fazer para melhorar esse indicador no país.

Uma das alternativas para assegurar um adequado acompanhamento gestacional é a programação da atenção. A *programação da atenção* ao pré-natal deve incluir a identificação dos principais problemas de saúde possibilitando a definição de intervenções eficientes e eficazes²⁰. Neste item observou-se a oferta de consultas programadas e a programação da agenda de acordo com o risco gestacional. O primeiro aspecto teve resultados satisfatórios, mas o segundo não, coincidindo com os achados de estudo Luz (2016) quando avaliou as equipes de ESF no Brasil. Mesmo com a programação da agenda para gestantes as equipes não têm conseguido realizar o número mínimo de consultas de pré-natal recomendada. Indicando que os problemas de acesso aos serviços contribuem para falhas no vínculo e no *acompanhamento do ciclo gestacional* destas mulheres.

Outro indicador de relevância na atenção adequada ao pré-natal é a *educação em saúde*. As equipes precisam organizar a abordagem de temas específicos do ciclo gestacional promovendo o autocuidado de gestantes e puérperas, contemplar estratégias para modificar comportamentos de risco e contribuir para redução da mortalidade materno-infantil²¹. Neste estudo, as ações educativas e de promoção da saúde às gestantes e puérperas são ofertadas por mais de 90% das

equipes de saúde da maioria dos municípios analisados (60,4%). O resultado corrobora o achado na literatura, que aponta maior ênfase nas informações relacionadas ao aleitamento materno e insuficiência naquelas que preparam as gestantes para o parto e para o cuidado ao recém-nascido².

O registro de gestantes de maior risco encaminhadas para outros pontos de atenção apresentou resultado insatisfatório. As equipes devem se corresponsabilizar pelo seguimento das gestantes encaminhadas aos demais serviços, mesmo quando se tratar de pré-natal de alto risco. Um sistema de contra referência é igualmente importante, e mostrou que as maternidades têm certificado o retorno à unidade de origem para os acompanhamentos pós-parto das mães e recém-nascidos. As equipes devem realizar o acompanhamento de suas gestantes e ter conhecimento da situação de saúde em qualquer ponto de atenção que se encontrem. É fundamental a troca de informações com os demais níveis de atenção sobre o quadro dos usuários encaminhados favorecendo a continuidade do cuidado.

Neste estudo, municípios com maior porte populacional apresentaram piores resultados comparados aos de menor porte. O mesmo foi encontrado em outros estudos nos quais os autores apontam dificuldades dos municípios maiores em equacionamento das ações de políticas públicas frente às disparidades sociais. Como consequência os municípios de menor porte conseguem atender com mais facilidade as necessidades básicas da população^{22, 23}. O contrário foi encontrado no estudo também de nível nacional realizado por Tomasi et al (2017) onde a qualidade do pré-natal se mostrou melhor nos municípios maiores, mas ainda assim apenas 15% das entrevistadas receberam uma atenção pré-natal adequada. Os autores referem que embora os municípios pequenos tenham maior cobertura de ESF, eles têm menor rede para exames complementares, prejudicando a qualidade da atenção.

Estudos apontam diferenças do cuidado pré-natal nas diferentes regiões brasileiras^{2, 19,4}. No presente estudo, a região sul apresentou maior percentual de adequação nos **Aspectos Estruturais** e na **Atenção ao pré-natal**; a região Sudeste ficou melhor nos **Aspectos Operacionais**, e a região Norte com os maiores percentuais de inadequação em todos os aspectos analisados. Ressalta-se que grande parte dos municípios de pequeno porte populacional (com até 10 mil habitantes) está localizada na região Sul (61,4%) e Sudeste (55,0%) do Brasil. A região Norte concentra apenas 38,7% dos municípios de pequeno porte. Como já discutido anteriormente, municípios de menor

porte tiveram melhor desempenho neste estudo, o que pode estar relacionado às diferenças regionais aqui encontradas.

A literatura tem sinalizado menor adequação, cobertura e desempenho, da região Norte, no que diz respeito à qualidade do pré-natal^{2, 25}. Guimarães (2016) acrescenta que na região Norte também é elevado os níveis de pobreza, com carência de pessoal de saúde e limitada cobertura assistencial. Estratégias como a regionalização em saúde têm sido realizadas visando à redução das desigualdades sociais e sanitárias no território nacional. Para um modelo de desenvolvimento comprometido com a redução das desigualdades regionais se faz necessário uma integração entre os níveis do cuidado à saúde, aliado às políticas econômicas e sociais voltadas para inclusão social^{26, 27}.

Os problemas identificados na atenção ao PN se refletem nos indicadores regionais de morbimortalidade materna. Dados de 2015 disponíveis no DATASUS revelam as seguintes taxas: 68,5 óbitos maternos/100 mil NV na região Nordeste; 66,7/100mil NV no Norte; 59,3/100mil NV no Centro Oeste; 52,7/100mil NV no Sudeste e 40,8/100mil NV no SUL. Esses dados e nos faz refletir sobre a fragilidade das condições socioeconômicas do país, assim como das políticas públicas que promovem ações de saúde coletiva.

De maneira geral a **Atenção ao pré-natal** na APS apresentou classificação adequada em menos de 25,0% dos municípios. A avaliação permanente da atenção ao pré-natal na APS é essencial para identificar fragilidades, potencialidades e para orientar na tomada de decisão. Diante dos dados apresentados reafirma-se a necessidade de melhorar os **Aspectos Estruturais e Operacionais** da atenção a fim de efetivamente produzir impactos na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.

Considerações finais

Os resultados revelaram dificuldades estruturais e operacionais que afetam diretamente as ações destinadas às gestantes e conceptos, e que consequentemente contribuem para o aumento da morbimortalidade materna e infantil em todo país. Ressalta-se a importância da inclusão de condições estruturais e gerenciais, pouco exploradas na literatura, para o conhecimento da dinâmica do pré-natal e das fragilidades na adequação desta atenção.

A gestão municipal deve aprimorar a condução das ações de sua responsabilidade e promover capacitações aos profissionais de saúde, para garantir uma atenção pré-natal mais adequada na APS. Além disso,

as desigualdades regionais denotam a necessidade do fortalecimento de políticas públicas como a regionalização em saúde. O gestor tem papel fundamental nesse fortalecimento, na administração dos recursos e na organização dos serviços para que o pré-natal possa ocorrer de forma mais efetiva e impactar na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.

Sugere-se a realização de novos estudos que busquem identificar e compreender as causas e consequências desse desempenho ruim do país na atenção ao pré-natal. O modelo proposto é dinâmico e pode ser ajustado com novos indicadores visando melhorias e aplicação de acordo com a realidade de cada local.

Colaboradores

A.C. Cunha trabalhou na revisão bibliográfica, análise de dados e concepção do artigo. J. T. Lacerda trabalhou na orientação na pesquisa, análise de dados, delineamento e revisão do artigo.

REFERÊNCIAS

SENA, I. V. A. **Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família: Revisão de Literatura.** Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4555.pdf2014>>. Acesso em: 19 maio 2017.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S85-S100, 2014.

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 2004; 4(3): 317-321, 2004.

LUZ, L.A. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil. 2016. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia, ISC/UFBA, Salvador, 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

PORTELA, C.E.S. et al. Uso do ácido fólico e sulfato ferroso em gestantes do Município Teresina – PI. Anais Congresso Brasileiro de Medicina Farmacêutica. Belém, 2013.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P; CAMPOS, K.F.C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, A.S.; Teixeira, P.F.; **Processo de trabalho em saúde:** protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2009.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, P. 805-816, out-dez, 2014.

SZWARCWALD, C.L. et al.. **Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, 2006:** desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. DST J Bras Doenças Sex Transm 2007; 19:128-33. 4.

DOMINGUES RM et al.. **Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil:** birth in Brazil study. Rev Saúde Pública 2014; 48:766-74.

DOMINGUES, R.M.S; LEAL, M.C. **Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis:** dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(6):e00082415, jun, 2016.

MESQUITA, K.O. et al. **Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará:** Contribuições para assistência pré-natal. In: DST –J Bras Doenças Sex Transm., v. 24, n. 1, pp. 20-27, 2012.

CRUZ, R.S.B.L.C.; CAMINHA, M.F.C.; FILHO, M.B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do Pré-natal. Rev. Bras. de ciências da Saúde. 18(1):87-94, 201. 2014.

PEREIRA, P.H.G. et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do centro de saúde nº 1 do Paranoá, 2005. Comunicação em ciências da saúde, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 101-110, 2006.

CHAIM, S.R.P.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; KIMURA, F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 53-8, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. World Health Organization, 2016.

CEPI-DSS; ENSP; FIOCRUZ. Proporção (%) de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, por ano, segundo região e escolaridade da mãe [Internet]. Rio de Janeiro: Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. Disponível em: < <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030204-20120130.pdf>>. Acesso em: 20 Julho 2017.

ANJOS, J.C.; BOING, A.F. **Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil:** análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. Rev Bras Epidemiol OUT-DE Z 2016; 19(4): 835-850.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A.; Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

FERNANDES, R.Z.S.; VILELA, M.F.G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, p. 4457-4466, 2014.

LACERDA, J.T. et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. Ciênc. Saúde Col., Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012.

CALVO, M.C.M., et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 25(4):767-776, out-dez 2016.

TOMASI, E. et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil:** indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(3).

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(3):140- 7. PMID:25988250.

GUIMARÃES, W.S.G. Avaliação da atenção pré-natal na atenção básica por macrorregiões geográficas e por regiões de saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas (Mestrado). Manaus, 2016.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

GADELHA, C.A.G. et al. **Saúde e desenvolvimento:** uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: HUCITEC, 2009. p. 97-123.

DATASUS, Ministério da Saúde. Informação sobre nascidos vivos e óbitos maternos do ano de 2013. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/estatisticas-vitais>>. Acesso em: 18 setembro 2017.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou os objetivos de avaliar a adequação da Atenção ao Pré-Natal na APS, com identificação dos elementos que configuram a responsabilidade da gestão municipal nas dimensões estruturais e operacionais. O modelo avaliativo desenvolvido mostrou-se aplicável e pode ser replicado em avaliações futuras no Brasil, assim como em avaliações a nível local.

São escassos os estudos que avaliaram a adequação da Atenção ao Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil, sendo este pioneiro em avaliar a atenção a nível nacional, com dados do 2º ciclo do PMAQ – 2013/2014.

Os resultados mostram que a Atenção ao Pré-Natal na APS nos municípios analisados é pouco adequada. Os aspectos estruturais e operacionais apresentaram falhas importantes para uma ação programática com longa história de implantação no país. As disparidades regionais, e os aspectos elementares inseridos na análise, acentuam a preocupação da fragilidade observada na oferta de ações e serviços qualificados às gestantes e conceptos.

Este estudo reforça a importância e a responsabilidade da gestão municipal na administração dos recursos no primeiro nível de atenção e preparação das equipes de saúde que apesar de avanços na cobertura populacional ainda executam ações de forma fragmentada e desarticulada. Esse cenário se reflete nos índices de morbimortalidade materna, que ainda se mostram elevados. Por isso, dentre as diversas ações essenciais para um pré-natal adequado, o acesso das gestantes ao serviço, o número aumentado de consultas e a integração com os demais níveis de atenção são algumas das ações que devem ser aprimoradas para garantir um parto e nascimento saudável e consequentemente a redução dos índices de mortes maternas.

Reforça-se, portanto, a necessidade de fortalecer as ações em saúde no pré-natal, assim como as ações de monitoramento dos indicadores para promover efetiva adequação da Atenção ao Pré-Natal na APS. Considerando viés de informação e de falsa resposta, uma aparente limitação deste estudo foi o uso de banco de dados secundários, como o PMAQ, para avaliação do pré-natal. O PMAQ prevê aporte financeiro, portanto seria esperado que os referidos vieses resultassem em resultados satisfatórios, o que efetivamente não ocorreu.

Bancos específicos do pré-natal, como o SISPRENATAL precisam ser reconhecidos como importante instrumento de avaliação para o monitoramento e a avaliação de indicadores relativos ao ciclo

gravídico-puerperal da mulher e realização de trabalhos futuros. Reivindicam-se esforços para qualificação do registro de informações. O uso de um sistema de informações descentralizado permite a implantação de políticas de planejamento e também contribui para uma adequada atenção ao pré-natal. Por fim ressalta-se a importância de novos estudos de avaliação e de acompanhamento da adequação da Atenção ao Pré-Natal que vise melhoria das ações e serviços de modo a colaborar para reduzir a mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.A.T. A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. 2003. f136. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

ALENCAR JÚNIOR C.A. Editorial. **Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil:** razões para sua permanência. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006 jul; 28(7):377-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n7/01.pdf>>. Acesso em: 10 outubro de 2016.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde:** estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica, 2011;29(2):84–95.

ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. Rev. Panam. Salud Publica, n.17, v. 01, p. 15-25. 2005.

AMORIM, M.M.R.; MELO, A.S.O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal – parte 2. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(7):367-74.

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 Saude Publica. 2011 jun;27(6):1053-64.

ANVERSA, E.T.R. et al.. **Qualidade do processo da assistência pré-natal:** Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2012; 28(4):789-800.

BENIGNA, M.J.C.; NASCIMENTO, W.G.; MARTINS, J.L. **Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF):** com a palavra, os enfermeiros. Cogitare Enferm 2004 jun/dez; 9(2): 23-31.

BJORN, A.M. et al.. **Use of prescribed drugs among primiparous women:** an 11-year populationbased study in Denmark. Clin Epidemiol. 2011;3(1):149-56.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Rev Saúde Pública, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRAGA NETO, F.C.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. **Atenção hospitalar:** evolução histórica e tendências. In: Giovanella L; Escorel S; Lobato LVC; Noronha JC; Carvalho AI organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.665-704.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 16 out. 1996. Seção 1, p.21082.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª. ed. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998a. 369p.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal – Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF; 2000b.

_____. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência Pré-natal:** Manual de orientação. São Paulo, SP; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal:** informe da atenção básica. Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** equipe de referência e apoio matricial/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico

da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação Técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. 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 / Ministério da Saúde, 3ª ed. revisada. Brasília-DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de desenvolvimento do milênio:** relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis:** manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno e alimentação complementar:** normas e manuais técnicos. Brasília, 2009 (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

_____. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União 30 dez 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Diário Oficial da União 2011; 20 jul.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis/ Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRONFMAN-PERTZOVSKY, M.N. et al. **Atención prenatal en el primer nivel de atención:** características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Publica Mex. 2003;45(6):445-54.

BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação:** conceitos e métodos. / Organizado por Astrid Brousselle. [et al]; tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BUSSÂMARA, N. Obstetrícia Básica. 2ª. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

CALDEIRA, A.P. et al.. Qualidade da assistência à gestante em diferentes modelos de atenção primária. Rev APS. 2010;13(2).

CALDERON, I.M.P.; CECATTI, J.G.; VEGA, C.E.P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 28, n. 5, p. 310-5, 2006.

CALEGARI, R.S.; GOUVEIA, H.G.; GONÇALVES, A.C. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. Cogitare Enferm. 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08.

CALVO, M.C.M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(4):767-776, out-dez 2016.

CABRAL, R.W.L. **Avaliação de Serviços em Saúde:** análise da assistência pré-natal para adolescentes em uma instituição de referência da cidade do Recife (Dissertação de Mestrado). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - NESC/CpAM/FIOCRUZ; 2000.

CARVALHO, D.S; NOVAES, H.M.D. **Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil:** estudo em coorte de primigestas. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(s2): s220-s230.

CAVALCANTI, P.C.S. O modelo lógico da rede cegonha. 2010. 27 p. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

CASSIANO, A.C.M. et al.. **Saúde materno infantil no Brasil:** evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. 2014.

CECATTI, J.G, SERRUYA, S. **Atenção Pré-natal:** de Ballantyne a Villar. Femina. 2005; 33(8): 623-9.

COIMBRA, L.C, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública 2003; 37(4): 456-62.

COELHO, C.C. et al. Políticas de atenção à saúde das mulheres [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

COLUSSI, C.; CALVO, M.C.M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 27, p. 1731-1745, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, Z. M. A (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 29-48.

CORRÊA, A.C.P.; DÓI, H.Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. *Cienc Cuid Saude* 2014 Jan/Mar; 13(1):104-110.

COSTA, A.M.; BAHIA, L.; CONTE, D. **A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p.13-24, dez. 2007.

COSTA, G.D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1347-1357, 2009.

COUTINHO, T. et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *RBGO* - v. 25, nº 10. 2003.

COUTINHO, T. **Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS em Juiz de Fora – MG: Análise do processo [Dissertação de Mestrado].** Juiz de Fora: Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro/Universidade Federal de Juiz de Fora; 2006.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [cited 2013 jan 31];6132(11):563-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001100008>.

CRUZ, J.; SÁ, R.; FONSECA, E. **Antigos problemas, novas perspectivas:** invertendo a pirâmide de cuidados pré-natais. *FEMINA* | Março/Abril 2014 | vol 42 | nº 2.

CRUZ, R.S.B.L.C.; CAMINHA, M.F.C.; FILHO, M.B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do Pré-natal. *Rev. Bras. de ciências da Saúde*. 18(1):87-94, 201. 2014.

DIAS, M.A.B., & DESLANDES, S.F. **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil:** Os desafios de uma política de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2647-2655.2006.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260:17431748. 1988.

DOMINGUES, R.M.S.M et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [cited 2016 Abr 22];28(3):425-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(4):953-65.

DOMINGUES, R.M.S.M et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):140–7.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 21, n. 2-3, Mar. 2007. Disponível em: <<http://www>.

scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-

49892007000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2016.

FACCHINI, L.A. et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil:** uma avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 669-681, 2006.

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica:** novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 2004; 4(3): 317-321.

FIGUEIREDO, P.P.D.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaucha Enferm.* 2008; 29(2):238-45.

FREITAS, G.M.B. et al. Cenário da Sífilis congênita no município de Campo Grande. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 6, 2006, Santos e CONGRESSO BRASILEIRO DE AIDS, 2, 2006, Santos. Resumos. Santos. J. Bras. doenças Sex. Transm.v.18(supl), p.79, 2006. ref TL 069.

FREITAS, G.L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 424428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 03 Junho 2017.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626.

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde:** seletiva ou coordenadora dos cuidados? / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. *JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care*, v. 5, n. 1, p. 101-113, 2014.

GOBERNA-TRICAS, J. et al. **Satisfaction with pregnancy and birth services:** the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*. 2011;27(6):e231-7.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família em um município da grande São Paulo. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 3, p. 349- 353, maio/jun. 2008.

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*. 2008; 42(1):105-111.

GUERREIRO, E.M. et al. O cuidado pré-natal na Atenção Básica de Saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *REME rev min enferm*. 2012;16(3):315-23.

GUIMARAES, W.S.G. Avaliação da Atenção pré-natal na Atenção Básica por macrorregiões geográficas e por regiões de saúde. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias). Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad.Saude Publica*. 2006;22(8):1649–59.

JANSSEN, M.; FONSECA, S.C.; ALEXANDRE, G.C. **Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família:** potencialidades do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 140-152, out-dez 2016.

KESSNER, D.M. et al.. **Infant death:** an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Science; 1973.

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*. 2005;5(supl.1):s23-s32.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health*. 1994; 84:1414-20.

LACERDA, J.T. et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciênc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012.

LEAL, M.D.C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev bras saúde matern infant*. 2015; 15(1):91-104.

LUZ, L.A. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil. 2016. Dissertação (Mestrado em saúde comunitária) - Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, Salvador, 2016.

MAIA, T.L.; TREVISOL, F.S.; GALATO, D. **Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez:** avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(12):541-7.

MACIOCCO, G.; STEFANINI, A. **From Alma-Ata to the global fund:** the history of international health policy. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 7, n. 4, p. 479-486, out-dez. 2007.

MARTINELLI, K.G. et al. Adequação do processo da assistência pre-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pre-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(2):56-64.

MATOZINHOS, F.P. et al.. **Avaliação da atenção pré-natal:** estudo de base populacional. *Rev. APS*. 2014 out/dez; 17(4): 469 - 475.

MELETI, D. et al. A ultrassonografia rotineira em pré-natal de baixo risco colabora com a diminuição das mortalidades maternas e neonatais? *Femina*, v.8. 2010.

MELO, E.C.; OLIVEIRA, R.R.D.; MATHIAS, T.A.D.F. **Factors associated with the quality of prenatal care:** an approach to premature birth. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):540-9.

MELLEIRO, M.M.; GUALDA, D.M.R. **Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde:** um enfoque fotoetnográfico. Rev. Latino-am enfermagem 2004; 12(3):503-510.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDONÇA, D. **Obstetrícia:** protocolos de diagnóstico e tratamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Rev inter, 2000.

MENDOZA-SASSI, R.A., et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4):787-796, abr, 2011.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Programa Saúde da Família:** somos contra ou a favor? Saúde Debate; v.26, p.118-122, 2002. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-09.pdf>. Acesso em: 10 Abr 2017.

MOIMAZ, S.A.S. et al. **Sistema de Informação Pré-Natal:** análise crítica de registros em um município paulista. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 63, n. 3, p. 385-390, 2010.

MORAIS, M.M. Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Helena de Goiás. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

MOURA, E.R.F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. Cad Saude Publica. 2003;19(6):1791-9.

MATTA, G. C. MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primary_a_Saude__recordado.pdf>. Acesso em: mar. 2013.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. **O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):173-179, jan, 2006.

NEDER, A.G. **Acessibilidade e longitudinalidade no pré-natal:** análise de um grupo de puérperas atendidas no hospital universitário Cassiano Antônio de Moraes. 2013. 108 f. Dissertação (Universidade Federal do Espírito Santo). Vitória 2013.

NOGUEIRA, M.I. **Assistência pré-natal:** prática de saúde a serviço da vida. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

NOGUEIRA, C.L.M.T. Avaliação da assistência pré-natal na xix^a r.a. do município do rio de janeiro. 2008. Dissertação (mestrado em saúde pública) - Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: 2008.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547 – 557, 2000.

OBA, M.D.D.V.; TAVARES, M.S.G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto. Rev Lat Am Enfermagem. 2000;8(2):11-7.

OKAZAKI, E.L.F.J.; BERGAMASCO, R.B.; GUALDA, D.M.R. **Entrevistando gestantes em cenários que apresentam modelos assistenciais distintos: SUS e SUS/PSF.** In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família – identificando as suas características no cenário do SUS. São Paulo: Ícone, 2005. p. 169-186.

OLIVEIRA, C.R.T. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em 13 unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Juazeiro do Norte-CE. 2014. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Família) - Faculdade de farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza: 2014.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013; 66 (esp):158-64.

OLIVEIRA, R.L.A. et AL.. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar -abr. 2013;21(2):[08 telas].

OLIVEIRA FILHO, A.D., et al. Self-reported adherence to prescribed medicines during pregnancy. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(4):147-52. Portuguese.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados primários de saúde**: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 1978. Brasília, DF: OMS/Unicef, 1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 18/06/2016.

_____. Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos. 10ª rev. Genebra: OMS, 1998.

_____. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, ago. 2005.

_____. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

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

PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. El cuidado en salud en el ciclo gravídico puerperal bajo la perspectiva de usuarias de servicios públicos. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.24, p.35-46, jan./mar. 2008.

PEIXOTO, C.R. et al. **O pré-natal na atenção primária**: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):286-91.

PEREIRA, A.L.F.; NICÁCIO, M.C. A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal. *Rev Enferm UFSM* 2014 Jul/Set;4(3):546-555.

PEREIRA, V.S. et al. Relationship among vaginal palpation, vaginal squeeze pressure, electromyographic and ultrasonographic variables of female pelvic floor muscles. *Braz J Phys Ther.* 2014 Sept-Oct; 18(5):428-434. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0038>>. Acesso em: 19 junho 2016.

PEREIRA, N.M.; GUIMARÃES, B.N.S.; LANZA, F.M. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2013 set/dez; 3(3):804-819.

PITOMBEIRA, H.C.D.S, et al. Assistência pré-natal no contexto da estratégia de saúde da família. *Rev enferm UFPE on line.* 2010; 4 (2):615-21.

POLGLIANE, R.B.S., 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. *Ciênc saúde coletiva.* 2014;19(7):1999-2010.

RASIA I.C.R.B, ALBERNAZ E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2008 [cited 2013 jan 31];8(4):401-10. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000400005>>. Acesso em: 18 junho 2016.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. *Obstetrícia Fundamental*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROCHA, S.R.; SILVA, M.G.C. **Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE:** Uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. *Rev. Brasileira Promoção Saúde, Fortaleza,* ano, n. v., p. 344-355, jul./set., 2012. Disponível em: Acesso em: 02 Jun.16.

RODRIGUES, M.C.F. A importância dos exames laboratoriais no pré-natal realizado nas maternidades da rede pública municipal do Rio de Janeiro. Pharmacia Brasileira - Maio/Junho/Julho/Agosto 2007.

RODRIGUES, A.F.M. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no município de Colatina-ES sob a perspectiva de gestores, profissionais e usuárias da estratégia de saúde família. 2013. Dissertação. Universidade Vale do Rio Doce, 2013.

ROUQUAYROL, Z.M.; ALMEIDA-FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. Guanabara Koogan. 6ª Edição. 2009.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A. **Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal:** um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(5):1003-1014, mai, 2015.

SANTOS, C.M. **Assistência pré-natal às gestantes privadas de liberdade:** Uma Revisão Integrativa. 2014. TCC (Curso de Graduação em enfermagem). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

SANTOS NETO, E.T. Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. 2012. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública). Rio de Janeiro: 2012.

SANTOS NETO, E.T.D. et al.. **Access to prenatal care:** assessment of the adequacy of different indices. Cad Saude Publica. 2013;29(8):1664-74.

SAMOTO, A.K. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP. 2013. 147 p. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva). São Paulo, 2013.

SENA, I.V.A. **Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família:** Revisão de Literatura. Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4555.pdf>2014>. Acesso em: 19 maio 2017.

SEPÚLVEDA, M.A.C. Breve histórico dos programas nacionais de saúde materno infantil. 6p. Disponível em:< <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>>. Acesso em 16 de Fevereiro de 2017.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil**: resultados iniciais. Cad Saúde Pública 2004; 20(5): 1281-89.

SIQUEIRA, C.V.C. Assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do município de Santos. 2011. 119p. Dissertação (Mestrado em Ciências - Cuidado da Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

SILVA, M.B.; MONTEIRO, P.S. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. Comun ciênc saúde. 2010; 21(1):21-30.

SILVA, E.P. et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(5):356–62.

SILVA, J.W.F; SILVA, G.B; LOPES, R.C. **A importância das orientações no pré-natal**: o que deve ser trabalhado pelos profissionais e a realidade encontrada. Enciclopédia biosfera, centro científico conhecer - Goiânia, vol.6, n.9, 2010.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. **Atenção pré-natal na rede básica**: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001.

SOUZA, L.G.S; MENANDRO, M.C.S. **Atenção Primária à Saúde**: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 517-539, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Set. 2016.

STARFIELD, B. Is primary care essential? Lancet. 1994 Oct 22;344(8930):1129–33.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

TAKEDA, S. **Avaliação da qualidade do pré-natal: programa para gestantes em unidade de atenção à saúde** [dissertation]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

TANAKA, O.; MELO C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer.** São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.

TEIXEIRA, C.F. **Epidemiologia e planejamento de saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva. [Periódico na internet]1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381231999000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 Abr 2016.

TEIXEIRA, R.M.V. **Indicadores de saúde materno-infantil: uma análise a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica.** 2012. 65f. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2012.

VALENTE, M.M.Q.P. et al. **Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade.** Rev RENE. 2013;14(2):280-9.

VETTORE, M.V, et al. **Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad Saude Publica. 2011;27(5):1021-34.

VIEIRA, M.S.M. **A assistência pré-natal prestada à gestante em serviços de saúde de Florianópolis-SC: buscando a qualidade com foco na normatização preconizada e nas necessidades das mulheres.** [Dissertação]. UFSC - 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102811/226000.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 Abr 2016.

VIELLAS, E.F.; et al. **Assistência pré-natal no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S85-S100, 2014.

VILARINHO, L.M.; NOGUEIRA, L.T.; NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. Esc Anna Nery (impr.)2012 abr-jun; 16 (2):312-319.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I.World Health Organization. 2016.

WHITWORTH, M.; BRICKER, L.; MULLAN, C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD007058.

ZAMPIERE.M, F. M. Atenção ao pré-natal. In: ZAMPIERE, M. F. M. Enfermagem na atenção primária à saúde da Mulher. Florianópolis, 2005. p. 357-428. (Textos Fundamentais. Série Atenção Primária à Saúde, v.2).

APÊNDICE A – Matriz de Análise e Julgamento da Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Brasil, 2017.

Matriz de Análise e de Julgamento: Aspectos Estruturais

Aspectos Estruturais – Estruturar o serviço para o provimento das ações em saúde é atribuição da gestão. Esta dimensão busca avaliar se a gestão municipal organiza e provê condições para uma adequada atenção ao pré-natal na AB nos aspectos de infraestrutura, pessoal e padronização.

SUBDIMENSÃO	DEFINIÇÃO
Infraestrutura	A gestão municipal deve oferecer condições de estrutura adequadas para o desenvolvimento do processo de trabalho e conforto na Atenção ao Pré-natal. AB. Entende-se por infraestrutura toda a parte física envolvida na prestação de serviços, as instalações e os equipamentos, que são componentes necessários ao atendimento dos usuários (NEVES, 2010).
Recursos Humanos	A garantia de profissionais da AB e do apoio de especialistas na resolução de casos complexos é atribuição da gestão municipal e essencial para a Atenção ao Pré-natal na AB (BRASIL, 2011).
Padronização e normatização da Atenção	A padronização nos serviços de saúde é fundamental para impedir, falhas na assistência e a discrepância na conduta dos profissionais. O monitoramento é essencial para orientar os serviços conforme a realidade local. A ausência de padronização e monitoramento das ações fragiliza a gestão, podendo levar a uma grande variação nos modos de fazer (WERNECK, 2009).

Quadro1 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais.....(continua)

SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA			
INDICADOR Nº1	A ausência de sala de espera e de um local definido para cada profissional realizar o atendimento podem afastar as gestantes das UBS. A existência de espaços físicos adequados revela a preocupação da gestão em oferecer condições para que as equipes organizem um processo de trabalho para atendimento às gestantes e seus acompanhantes (BRASIL, 2011).		
Adequação do espaço físico			
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE
% UBS com consultório de enfermagem e sala de espera	Nº de UBS do município com consultório de enfermagem e sala de espera	≥ 90% = Adequado; 89 a 75%= Pouco Adequado; <75%= Inadequado	PMAQ MÓDULO I.10.1.15 I.10.1.5
	$\frac{\text{Nº total de UBS que aderiram ao PMAQ}}{\text{Nº total de UBS}} \times 100$		

Quadro1 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais.....(continuação)

INDICADOR Nº2	Os materiais e equipamentos mínimos para atenção ao pré-natal devem ser disponibilizados pela gestão garantindo o atendimento seguro às gestantes e permitindo a avaliação do seu estado de saúde (BRASIL, 2012).			
Materiais e equipamentos para atenção ao pré-natal na AB				
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO		FONTE
% UBS com disponibilidade de equipamentos e mobília para atendimento pré-natal	<p>Nº de UBS com disponibilidade de sonar, mesa para exame, balança, estetoscópio e AP. PA</p> <p>Nº total de UBS que aderiram ao PM (x100)</p>	<p>≥ 90% = Adequado;</p> <p>89 a 75%= Pouco Adequado;</p> <p><75%= Inadequado</p>	<p>Ambas Adequado= Adequado;</p> <p>Ambas Inadequado= Inadequado;</p> <p>Demais situações = Pouco Adequado</p>	<p>PMAQ</p> <p>MÓDULO I.12.17</p> <p>I.12.15</p> <p>I.12.9</p> <p>I.12.5</p> <p>I.12.2</p> <p>MÓDULO 1.3.1</p>
% de UBS que disponibiliza a caderneta de gestante	<p>Nº de UBS que disponibiliza caderneta de gestante</p> <hr/> <p>Nº total de UBS que aderiram ao PMAQ (x100)</p>	<p>≥ 90% = Adequado;</p> <p>89 a 75%= Pouco Adequado;</p> <p><75%= Inadequado</p>		<p>PMAQ</p> <p>MÓDULO I.13.2</p> <p>MÓDULO 1.3.1</p>

Quadro1 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais (conclusão)

INDICADOR Nº3	As gestantes precisam estar preparadas para eventuais invasões por micro-organismos patogênicos por meio dos imunobiológicos. O uso do sulfato ferroso e ácido fólico podem prevenir doenças específicas nas gestantes e conceptos. O indicador avaliará se a gestão disponibiliza para as UBSs os insumos e medicamentos para o período gestacional.			
Insumos e medicamentos				
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO		FONTE
% de UBS com oferta permanente de vacinas importantes para o período gestacional	Nº de UBS do município com disponibilidade de vacinas Dupla tipo adulto (dT) e hepatite B <hr/> Nº total de UBS que aderiram ao PMAQ (x100)	$\geq 90\% =$ Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\% =$ Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado	PMAQ MÓDULO I.14.3 I.14.6 MÓDULO I.3.1
% UBS com disponibilidade de medicamentos essenciais ao período gestacional	Nº de UBS com disponibilidade de sulfato ferroso e ácido fólico <hr/> Nº total de UBS que aderiram ao PMAQ (x100)	$\geq 90\% =$ Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\% =$ Inadequado		PMAQ MÓDULO I.18.13 I.18.13/1 I.18.14 I.18.14/1 MÓDULO I.3.1

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Quadro 2 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais

(continua)

SUBDIMENSÃO: RECURSOS HUMANOS				
INDICADOR Nº4	No atendimento da população no território é preciso resolver problemas e melhorar os indicadores de saúde da população adscrita. Para isso, a PNAB recomenda uma equipe multiprofissional mínima composta por: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011). Este indicador mostrará se a gestão municipal seleciona e contrata os profissionais garantindo a adequação de pessoal no território.			
Adequação de pessoal				
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO		FONTE
% de equipe mínima de ESF completa*	Nº de equipes da ESF com no mínimo 1 médico; 1 enfermeiro; 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e 4 ou mais ACS no município <hr/> Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ M1 (x100)	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado: Até 50 mil hab = 100% >50 a 100 mil hab = 90% >100 a 500 mil hab = 85% > 500 mil hab = 60%	Ambas Adequado= Adequado; Ambas Inadequado= Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado	PMAQ MÓDULO
				I.3.3.1
				I.3.3.2
				I.3.3.4
				I.3.3.5
				I.3.3.8
				MÓDULO
				I.3.3.1
				I.3.3.2
				I.3.3.3
				I.3.3.4

Quadro 2 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais

(continuação)

% de equipes da AB com Saúde Bucal*	Nº de equipes da AB com saúde bucal no município	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado: Até 25 mil hab = 100% >25 a 50 mil hab = 90% >50 a 100 mil hab = 85% >100 a 500 mil hab = 75% >500 mil hab = 60%	PMAQ
	$\frac{\text{Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ M1}}{\text{(x100)}}$		MÓDULO I.3.2.1 I.3.2.3
INDICADOR Nº5	A PNAB recomenda que cada equipe da AB deva se responsabilizar em média por 3.000 habitantes. Essa recomendação auxilia na organização do trabalho e garante a cobertura mínima necessária para uma assistência adequada à população (BRASIL, 2011).		
Cobertura populacional			
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE
% população com cobertura da equipe de ESF*	Nº de equipes da ESF x 3000	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado: Até 25 mil hab = 100% >25 a 50 mil hab = 85% >50 a 100 mil hab = 65% >100 a 500 mil hab = 55% > 500 mil hab = 40%	CNES
	$\frac{\text{População residente (x 100)}}{\text{População residente (x 100)}}$		IBGE

Quadro 2 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais

(conclusão)

INDICADOR Nº6	No atendimento às gestantes existem casos que ultrapassam as competências das equipes de referência, sendo necessário acionar uma rede assistencial. Nesta rede estão o NASF e especialistas que oferecem apoio matricial, de forma a assegurar, uma ação clínica direta aos usuários e apoio educativo às equipes de referência (BRASIL, 2010). Este indicador avalia se o suporte especializado é assegurado pelas UBS, garantindo eficácia ao atendimento à gestante.		
Suporte especializado			
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE
% de equipes da AB que recebem apoio de especialistas	Nº de equipes da AB que recebem apoio do NASF, obstetra e especialistas	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	PMAQ MÓDULO NII.33.2.11
	$\frac{\text{Nº total de equipes que aderiram ao PMAQ M2}}{\text{Nº total de equipes}} \times 100$		PMAQ MII

Fonte: Elaborado pela autora (2017). Nota: *Indicadores com parâmetros definidos segundo a distribuição tercil de acordo com o porte populacional.

Quadro 3 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais

(continua)

SUBDIMENSÃO: PADRONIZAÇÃO DA ATENÇÃO				
INDICADOR Nº7	A utilização de protocolos clínicos serve para auxiliar os profissionais no acolhimento às gestantes, o que favorece a captação precoce, identificação de intercorrências e classificação de risco levando à tomada de decisão segura e encaminhamento dos casos suspeitos. Por meio dos protocolos de normatização do cuidado, a gestão municipal oferece apoio aos profissionais das equipes e garante maior qualidade ao atendimento na AB.			
Normatização da atenção				
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO		FONTE
% de equipes da AB que utilizam protocolos para estratificação de risco no pré-natal	Nº de equipes da AB do município que utilizam protocolos para estratificação de risco no pré-natal	$\geq 90\% =$ Adequado; 89 a 75%= Pouco Adequado; $<75\% =$ Inadequado	Ambas Adequado= Adequado; Ambas Inadequado= Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado	PMAQ MÓDULO II.14.4.3
	$\frac{\text{Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII}}{\text{Nº total de equipes da AB}} \times 100$			PMAQ MII

Quadro 3 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais

(continuação)

% de equipes da AB que possuem protocolos para acolhimento às gestantes	<p>Nº de equipes da AB do município que possuem protocolos com definição de diretrizes para acolhimento à demanda espontânea na captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação</p> <hr/> <p>Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)</p>	<p>≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado</p>		PMAQ MÓDULO II.12.7.7
				PMAQ MII

Quadro 3 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais

(continuação)

INDICADOR Nº8	O monitoramento permite acompanhar e organizar a atenção ao pré-natal conforme as características das mulheres, acompanhando a evolução de todas as fases da gestação. O registro dos dados se faz necessário para identificar problemas, acompanhar a evolução dos indicadores, e avaliar a qualidade da atenção prestada. O indicador irá demonstrar se a gestão está preocupada em alimentar os sistemas de informação em saúde para que os indicadores específicos da atenção ao pré-natal sejam monitorados.			
Sistema Integrado				
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO		FONTE
% de equipes da AB que alimentam mensalmente o sistema de informação do pré-natal	Nº de equipes da AB do município que alimentam mensalmente o sistema de informação do pré-natal <hr/> Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado	PMAQ MÓDULO II.18.1 PMAQ MII

Quadro 3 - Matriz de análise e julgamento: Aspectos Estruturais

(conclusão)

% de equipes da AB com registro de coleta de citopatológico	Nº de equipes da AB do município com registro de coleta de citopatológico <hr/> Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)	≥ 90% = Adequado; 89 a 75%= Pouco Adequado; <75%= Inadequado		PMAQ MÓDULO II.18.3.4 PMAQ MII
---	--	--	--	--

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Matriz de análise e julgamento: Aspectos Operacionais

Aspectos Operacionais – Os aspectos operacionais são fundamentais para que o cuidado ao binômio mãe/bebê se concretize. Através deste aspecto as equipes por meio da organização do serviço poderão executar ações de promoção, prevenção e seguimento da atenção visando entre outras coisas a captação precoce e o acompanhamento de gestantes e conceitos na rede de atenção à saúde. Estas ações permitem atender às gestantes com equidade e integralidade tornando a atenção mais adequada.

SUBDIMENSÃO	DEFINIÇÃO
Organização da atenção	As equipes de saúde ao organizarem o atendimento das gestantes devem propiciar o acesso precoce e a adesão aos serviços de saúde. Estratégias deste tipo fortalecem o pré-natal sendo fundamental para acompanhamento contínuo com vistas a diminuir os riscos e possíveis complicações para a gestante e o feto (SILVA, 2015).
Promoção e prevenção	São atribuições das equipes de saúde realizar ações de promoção e prevenção de agravos em conformidade com os princípios do SUS. Estas ações asseguram a saúde e o bem-estar geral e evitam o surgimento de doenças específicas à gestação, reduzindo sua incidência e prevalência.
Seguimento	As equipes devem realizar o acompanhamento de suas gestantes e ter conhecimento da situação de saúde em qualquer ponto de atenção que se encontrem. É fundamental a troca de informações com os demais níveis de atenção sobre o quadro dos usuários encaminhados favorecendo a continuidade do cuidado.

Quadro 1 – Matriz de análise e julgamento: - Aspectos Operacionais

(continua)

SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO			
INDICADOR Nº1	O “território” é entendido não apenas como uma área geográfica delimitada, mas, também, como um espaço social onde vive uma população definida. Cada território apresenta características próprias, conformando uma realidade que, a cada momento, lhe é peculiar e única (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009 apud SANTOS, 1990). Ao apropriar-se do território os profissionais de saúde criam condições deprepara a captação precoce, busca ativa e planejamento de ações para as gestantes.		
Apropriação do território na AB			
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE
% de equipes da AB com registro de todas as gestantes do território	Nº de equipes da AB do município com registro de todas as gestantes do território	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	PMAQ MÓDULO II.14.2.1
	$\frac{\text{Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII}}{\text{Nº total de equipes da AB}} \times 100$		PMAQ MII

Quadro 1 – Matriz de análise e julgamento: - Aspectos Operacionais

(continuação)

INDICADOR Nº2 Captação precoce	É importante que as gestantes iniciem o pré-natal assim que confirmada a gravidez. Quanto antes as gestantes iniciarem o acompanhamento, melhores serão as chances de identificação de agravos e tratamento em tempo oportuno. A busca ativa de gestantes para o pré-natal vem a contribuir com a inserção e permanência das gestantes nas consultas de pré-natal (BRASIL, 2012).		
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE
% de equipes da AB que realizam busca ativa de gestantes para o pré-natal	Nº de equipes da AB do município que realizam busca ativa das gestantes	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	PMAQ MÓDULO II.14.7.4
	Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)		PMAQ MII

Quadro 1 – Matriz de análise e julgamento: - Aspectos Operacionais (continuação)

INDICADOR Nº3	A UBS é considerada “porta de entrada” preferencial ao SUS. A unidade deve favorecer a entrada das gestantes ao serviço. Estender o horário de funcionamento das UBSs é uma das ações que garantem o acesso das gestantes ao serviço.		
Acesso adequado			
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE
% de UBS que possui horário estendido de funcionamento	Nº de UBS que funciona em horário noturno e/ou horário de almoço	Análise dicotômica, segundo porte populacional. Para Adequado : Até 10 mil hab = 100% >10 mil hab = 80%	PMAQ MÓDULO I.8.3 I.8.1.3
	$\frac{\text{Nº total de UBS que aderiram ao PMAQ}}{\text{Nº total de UBS}} \times 100$		MÓDULO I.3.1

Quadro 1 – Matriz de análise e julgamento: - Aspectos Operacionais (continuação)

INDICADOR Nº4	Gestores municipais aliados às UBSs devem manter uma programação da atenção ao pré-natal que facilite a identificação dos principais problemas de saúde possibilitando a definição de intervenções eficientes e eficazes (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008; CAMPOS; FÁRIA; SANTOS, 2010).			
Programação da atenção				
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO		FONTE
% de equipes da AB que ofertam consultas programadas de pré-natal	Nº de equipes da AB do município que ofertam consultas programadas de pré-natal	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado;	PMAQ MÓDULO II.14.3.1
	<hr/> Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)			

Quadro 1 – Matriz de análise e julgamento: - Aspectos Operacionais

(conclusão)

% de equipes da AB que possuem programação da agenda de acordo com o risco gestacional	Nº de equipes da AB do município que possuem programação da agenda de acordo com o risco gestacional	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado		PMAQ MÓDULO II.14.5.1
	<hr/> Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)			PMAQ MII

Fonte: Elaborado pela autora (2017). Nota: *Indicador com parâmetro definido segundo a distribuição quartil de acordo com o porte populacional.

Quadro 2: Matriz de análise e julgamento: Aspectos Operacionais

(continua)

SUBDIMENSÃO: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO				
INDICADOR Nº5	O diagnóstico precoce da gravidez permite o início imediato do acompanhamento pré-natal beneficiando as gestantes com mais orientações, mais consultas e conseqüentemente mais observação do estado físico e clínico de mãe e bebê (BRASIL, 2013). O diagnóstico precoce do HIV e da sífilis fornece aos profissionais informações do estado de saúde da gestante para que as intervenções e tratamentos ocorram de forma rápida e eficiente, prevenindo maiores complicações a gestante e ao concepto.			
Diagnóstico precoce				
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO		FONTE
% equipes da AB que solicitam o exame de teste rápido de gravidez	Nº de equipes da AB do município que solicitam o teste rápido de gravidez	$\geq 90\% =$ Adequado; 89 a 75%= Pouco Adequado; $<75\% =$ Inadequado	Ambas Adequado= Adequado; Ambas Inadequado= Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado	PMAQ MÓDULO II.15.2.7
	$\frac{\text{Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII}}{\text{Nº total de equipes da AB}} \times 100$			PMAQ MII
% equipes da AB que solicitam o exame de teste rápido de HIV	Nº de equipes da AB do município que solicitam o teste rápido de HIV	$\geq 90\% =$ Adequado; 89 a 75%= Pouco Adequado; $<75\% =$ Inadequado		PMAQ MÓDULO II.15.2.9
	$\frac{\text{Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII}}{\text{Nº total de equipes da AB}} \times 100$			PMAQ MII

Quadro 2: Matriz de análise e julgamento: Aspectos Operacionais

(continuação)

% equipes da AB que solicitam o exame de teste rápido de sífilis	Nº de equipes da AB do município que solicitam o teste rápido de sífilis	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	PMAQ MÓDULO II.15.2.8
	$\frac{\text{Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)}}{\text{Nº de equipes da AB do município que solicitam o teste rápido de sífilis}}$		PMAQ MII
INDICADOR Nº6	A vacinação na gestação protege não apenas a mãe como também o bebê pela passagem de anticorpos, tanto pela via transplacentária, quanto pela amamentação (ROCHA et al., 2016). Revelada a sua importância na proteção contra patógenos que causam infecções, a vacinação é uma importante intervenção a ser desenvolvida pelas equipes rotineiramente durante o acompanhamento pré-natal (ROCHA et al., 2016).		
Imunização			
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE
% de equipes da AB que registram a vacinação das gestantes	Nº de equipes da AB do município que registram a vacinação em dia das gestantes	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	PMAQ MÓDULO II.18.3.3
	$\frac{\text{Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)}}{\text{Nº de equipes da AB do município que registram a vacinação em dia das gestantes}}$		PMAQ MII

Quadro 2: Matriz de análise e julgamento: Aspectos Operacionais

(continuação)

INDICADOR Nº7	Importante para identificação de agravos, os exames laboratoriais fornecem informações fundamentais sobre o estado de saúde dos indivíduos. A sua solicitação pelos profissionais de saúde é imprescindível no acompanhamento às gestantes permitindo o tratamento de intercorrências.			
Identificação de agravos				
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO		FONTE
% de equipes da AB que solicitam exames do pré-natal	Nº de equipes que solicitam exames do pré-natal (glicemia de jejum; VDRL, HIV, hepatite B, toxoplasmose; exame para dosagem de hemoglobina e <u>hematócrito, urocultura</u>) $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII}}{\text{N}^\circ \text{ total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII}} \times 100$	$\geq 90\% =$ Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\% =$ Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado	PMAQ MÓDULO II.15.2.1 II.15.2.2 II.15.2.3 II.15.2.4 II.15.2.5 II.15.2.6 II.15.2.10
% de equipes da AB que recebem os exames das gestantes em tempo oportuno para intervenções necessárias	Nº de equipes da AB do município que recebem os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII}}{\text{N}^\circ \text{ total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII}} \times 100$	$\geq 90\% =$ Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\% =$ Inadequado		PMAQ MÓDULO II.18.5 PMAQ MII

Quadro 2: Matriz de análise e julgamento: Aspectos Operacionais

(continuação)

INDICADOR Nº8 Educação em saúde	Uma atenção adequada durante o pré-natal deve contemplar estratégias de educação em saúde, para modificar comportamentos de risco e contribuir para redução da mortalidade materno-infantil (FERNANDES; VILELA, 2014). As equipes precisam organizar ações de educação em saúde com abordagem de temas específicos do ciclo gestacional promovendo o autocuidado de gestantes e puérperas.		
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE
% de equipes da AB que ofertam ações educativas para gestantes e puérperas	Nº de equipes da AB do município que ofertam ações educativas e de promoção da saúde a gestantes e puérperas (aleitamento materno)	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	PMAQ MÓDULO II.26.2.3
	Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)		PMAQ MII

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Quadro 3: Matriz de análise e julgamento: Aspectos Operacionais

(continua)

SUBDIMENSÃO: SEGUIMENTO			
INDICADOR Nº9	O acompanhamento do ciclo gestacional serve para que os profissionais possam identificar e tratar possíveis intercorrências assegurando a saúde do binômio mãe/bebê. Esta subdimensão avaliará se as equipes realizam um conjunto mínimo de atividades que garantem a qualidade da assistência.		
Acompanhamento do ciclo gestacional			
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO	FONTE
Proporção de NV de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Nº de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $<75\%$ = Inadequado	SINASC
	$\frac{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$		SINASC

Quadro 3: Matriz de análise e julgamento: Aspectos Operacionais

(continuação)

INDICADOR N°10 Referência e Contra referência	A integração entre os diferentes pontos de atenção é fundamental para assegurar a continuidade do cuidado e para fidelização e segurança das gestantes nos serviços que frequentam. A desvinculação entre a UBS e outros pontos de atenção gera desconhecimento do local de parto, peregrinação à procura de vagas nos hospitais assim como descontinuidade da atenção a mulher no pós-parto. Este indicador, portanto, mostrará se as equipes da AB exercem ações de integração com a rede de atenção que permita a referência e contra referência das gestantes entre os serviços.			
MEDIDA	CÁLCULO	PARÂMETRO		FONTE
% de equipes da AB que mantém registro de gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção	N° de equipes da AB do município que mantém registro de gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção <hr/> N° total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)	≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado	Ambas Adequado = Adequado; Ambas Inadequado = Inadequado; Demais situações = Pouco Adequado	PMAQ MÓDULO II.14.6.5 MII

Quadro 3: Matriz de análise e julgamento: Aspectos Operacionais

(continuação)

% de equipes da AB que recebem a contrarreferência das gestantes que tiveram partos	Nº de equipes da AB do município que recebem a contra referência da maternidade ou alerta da data provável do parto ou informações da secretaria municipal de saúde ou outras informações das gestantes que tiveram partos	$\geq 90\%$ = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; $< 75\%$ = Inadequado	PMAQ MÓDULO II.18.8.1 MÓDULO II.18.8.2 MÓDULO II.18.8.3
			PMAQ MII
	<hr/> Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)		

Quadro 3: Matriz de análise e julgamento: Aspectos Operacionais (conclusão)

<p>INDICADOR Nº10</p> <p>Continuidade da atenção</p>	<p>As equipes devem estar preparadas para receber as puérperas, nas unidades dando seguimento à atenção ao pré-natal. O puerpério assim como a gestação é um período de ocorrências fisiológicas, mas que podem gerar complicações. Essas, quando não identificadas nem tomadas as devidas providências, tendem a resultar em morbidade e mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis (MATIAS et all, 2009 apud ANGELO; BRITO, 2012).</p>		
<p>MEDIDA</p>	<p>CÁLCULO</p>	<p>PARÂMETRO</p>	<p>FONTE</p>
<p>% de equipes da AB que realizam consultas de puerpério</p>	<p>Nº de equipes da AB do município que realizam consultas de puerpério 10 dias após o parto</p> <hr/> <p>Nº total de equipes da AB que aderiram ao PMAQ MII (x100)</p>	<p>≥ 90% = Adequado; 89 a 75% = Pouco Adequado; <75% = Inadequado</p>	<p>PMAQ MÓDULO II.18.7</p> <hr/> <p>PMAQ MII</p>

Fonte: Elaborado pelo autora (2017)

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. - 2ªed. - Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

CHORNY, A.H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. Planejamento e programação em saúde. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP, Fundação Osvaldo Cruz, 2008.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, A.S.; Teixeira, P.F.; Processo de trabalho em saúde: protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2009.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.11, p. 4457-4466, 2014.

MATIAS, JP et al. Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, Nov. 2009.

NEVES, M.A.B. Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. In: III Congresso Consad de Gestão Pública; 2010 mar. p. 1-17; Brasília, Brasil. Brasília: CONSAD; 2010.

ROCHA, B.C.C.; CARVALHEIRA, A.P.P.; FERRARI, A.P.; TONETE, V.L.P.; DUARTE, M.T.C.; PARADA, C.M.G.L. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7):2287-2292, 2016.

SANTOS, M. Por uma geografia nova. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

SILVA, R.C. Qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente na perspectiva dos profissionais de saúde. 2015. 136 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P; CAMPOS, K.F.C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.