



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PUERPÉRIO: Uma análise a partir do 1º
e 2º ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso
e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ AB**

Geane Silva

João Pessoa-PB

2019

GEANE SILVA

**ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PUERPÉRIO: Uma análise a partir do 1º
e 2º ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso
e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde, do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Profa. Dra. Juliana Sampaio

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho

João Pessoa-PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586a Silva, Geane.

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PUERPÉRIO: Uma análise a partir do 1º e 2º ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ AB / Geane Silva. - João Pessoa, 2019.

103 f. : il.

Orientação: Juliana Sampaio, Hemílio Fernandes Campos Coêlho.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Pré-natal. 2. Puerpério. 3. Atenção Básica à Saúde. 4. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. I. Sampaio, Juliana. II. Coêlho, Hemílio Fernandes Campos. III. Título.

UFPB/CCEN

GEANE SILVA

**ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PUERPÉRIO: Uma análise a partir do 1º
e 2º ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso
e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB**

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2019

BANCA EXAMINADORA

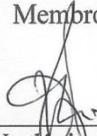


Prof. Dra. Juliana Sampaio
Orientadora (UFPB)



Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Membro Interno (UFPB)



Prof. Dra. Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas
Membro Externo (UFPB)

Dedico este trabalho aos meus pais, Gilvan e Maria do Socorro por serem pra mim exemplos de sabedoria e resistência.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, pois sem ele não seria possível chegar a conclusão dessa intensa caminhada.

A **meus pais Gilvan e Maria do Socorro e aos meus irmãos Gilvan filho e Gilcimar**, por todo amor, apoio, compreensão e incentivo.

A **meu noivo Hony**, por sempre se fazer presente apesar da distância física, por me apoiar incondicionalmente.

Ao **Professor Rodrigo Viana**, por me acolher, por me ensinar com carinho e sabedoria que a vida pode ser mais leve, por enxergar meu potencial e me ajudar a chegar até aqui.

A **meus orientadores**,

Ao **Professor Hemílio Coêlho**, pelo carinho e atenção, por cada palavra de apoio e incentivo, por cada minuto a mim dedicado, pelos ensinamentos, sou grata pela paciência e compreensão que teve comigo diante de minhas limitações em decorrência de tantas mudanças que tive que enfrentar durante esse período.

À **Professora Juliana Sampaio**, pelo acolhimento caloroso, pelo acalento que foi pra mim quando cheguei tão fragilizada, por acreditar em mim e me fazer crescer, por abrir a porta de sua casa para me receber, por abrir espaço em seus dias tão corridos, por me orientar de forma tão precisa, o seu carinho e dedicação pelo que fez e faz por mim. Muito obrigada por acreditar em mim.

À **minha banca examinadora**,

Ao **Professor João Agnaldo**, por me fornecer apoiado diante das mudanças que tive que vivenciar ao mudar de projeto e orientação. Por me aconselhar e valorizar minhas qualidades como discente e por aceitar compor a banca e contribuir com sua experiência e conhecimento.

À **Professora Waglânia de Mendonça**, agradeço por ter acolhido com carinho o convite em compor a banca e contribuir com sua experiência e conhecimentos.

A **Chico**, pelo apoio e dedicação nas questões administrativas do MDS durante todo o mestrado.

Aos meus amigos, **Sauana, Adriana, Késsia e Kleyber** por me encorajarem a continuar nesta caminhada.

RESUMO

A atenção pré-natal, no que diz respeito à saúde da mulher, se constitui como uma das mais importantes estratégias na promoção à saúde da gestante para identificar e intervir de acordo com a avaliação de risco. Para que a atenção a saúde corresponda de forma adequada às necessidades da mulher, torna-se imprescindível a avaliação dos serviços de saúde pública, com destaque para a Atenção Básica, pela responsabilidade de coordenar o cuidado e se configurar como a principal porta de entrada da usuária ao Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) têm se destacado como estratégia de avaliação da AB. Este estudo tem por objetivo geral, avaliar a atenção pré-natal e puerperal, com base no 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa. A amostra foi composta de bases populacionais, cujas unidades amostrais são de 17.202 unidades básicas de saúde para primeiro ciclo; 29.778 unidades básicas de saúde para o segundo ciclo do PMAQ-AB, em todo Brasil. Para as análises dos dados foi utilizado o software estatístico SPSS versão 20.0 tanto para a estatística descritiva quanto para inferencial tais resultados foram apresentados em gráficos e tabelas construídas com o auxílio do programa Office Excel 2010. Os resultados foram apresentados em formato de dois artigos, o primeiro tratou da análise descritiva e o da análise a partir do modelo estatístico. O primeiro artigo teve por objetivo descrever as características da atenção pré-natal e puerperal desempenhada pelas EqESF no ciclo I e ciclo II, elencando as principais fragilidades e potencialidades e comparar as regiões entre si; o segundo teve o objetivo de descrever as características da atenção pré-natal e puerperal desempenhada pelas EqESF no ciclo I e ciclo II, elencando as principais fragilidades e potencialidades apresentadas a luz das iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Pré-natal; Puerpério; Atenção Básica à Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

ABSTRACT

Prenatal care, with regard to women's health, is one of the most important strategies in promoting the health of the pregnant woman to identify and intervene according to the risk assessment. In order for health care to respond adequately to women's needs, it is essential to evaluate public health services, with emphasis on Primary Care, the responsibility to coordinate care and to be the main gateway to user to the Unified Health System (SUS). In view of this, the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) has been highlighted as a strategy for evaluating AB. The purpose of this study is to evaluate prenatal and puerperal care, based on the first and second cycle of PMAQ-AB. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative approach. The sample was composed of population bases, whose sample units are 17,202 basic health units for the first cycle; 29,778 basic health units for the second cycle of PMAQ-AB, throughout Brazil. Statistical software SPSS version 20.0 was used for the analysis of the data for both descriptive and inferential statistics. These results were presented in graphs and tables constructed with the aid of the Office Excel 2010 program. The results were presented in two articles format, first dealt with descriptive analysis and analysis based on the statistical model. The first article aimed to describe the characteristics of prenatal and puerperal care performed by EqESF in cycle I and cycle II, listing the main fragilities and potentialities when comparing the regions with each other; the second one had the objective of describing the characteristics of prenatal and puerperal care performed by EqESF in cycle I and cycle II, listing the main weaknesses and potentialities presented in the light of inequities in health.

Keywords: Prenatal care; Puerperium; Basic Health Care; National Program for Improving Access and Quality of Primary Care.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------------|--|----|
| Tabela 1 - | Indicadores e Pesos da Estratificação do PMAQ..... | 26 |
| Tabela 2 - | Critérios de Estratificação do PMAQ..... | 26 |
| Tabela 3 - | Variáveis do estudo - Módulo I – 1º e 2º Ciclo..... | 32 |
| Tabela 4 - | Variáveis do estudo - Módulo II – 1º e 2º Ciclo..... | 33 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | | |
|----------------|---|---|
| PMAQ-AB | – | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| ESF | – | Estratégia Saúde da Família |
| SUS | – | Sistema Único de Saúde |
| AB | – | Atenção Básica |
| UFPB | – | Universidade Federal da Paraíba |
| UFRGS | – | Universidade do Rio Grande do Sul |
| AP | – | Atenção Primária |
| ESF | – | Estratégia Saúde da Família |
| PNAB | – | Política Nacional de Atenção Básica |
| APS | – | Atenção Primária à Saúde |
| PNH | – | Política Nacional de Humanização |
| SF | – | Saúde da Família |
| APS | – | Atenção Primária a Saúde |
| PSF | – | Programa de Saúde de Família |
| ABS | – | Atenção Básica de Saúde |
| OMS | – | Organização Mundial da Saúde |
| MS | – | Ministério da Saúde |
| UBS | – | Unidades Básicas de Saúde |
| DAB | – | Departamento de Atenção Básica |
| IES | – | Instituições de Ensino Superior |
| NASF | – | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| USF | – | Unidade de Saúde da Família |
| EqESF | - | Equipe da Estratégia de saúde da Família |
| OPAS | - | Organização Pan-Americana de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | GERAL..... | 15 |
| 2.2 | ESPECÍFICOS..... | 15 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 3.1 | INICIATIVAS DE AMPLIAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER..... | 16 |
| 3.2 | A MORTALIDADE MATERNA A PARTIR DA EPIDEMIOLOGIA..... | 19 |
| 3.3 | PMAQ – AB: UMA ESTRATÉGIA DE GARANTIA, ACESSO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE..... | 22 |
| 3.4 | MODELOS DE DECISÃO UTILIZADOS PARA AUXILIAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 26 |
| 3.4.1 | Método para seleção de variáveis Stepwise | 27 |
| 3.5 | Modelo de Regressão Logística Binária..... | 29 |
| 4 | METODOLOGIA | 31 |
| 4.1 | CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO..... | 31 |
| 4.2 | POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 31 |
| 4.3 | VARIÁVEIS DO ESTUDO..... | 31 |
| 4.4 | TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 34 |
| 4.5 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 35 |
| 5 | RESULTADOS | 36 |
| | A ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL DESENVOLVIDA PELA ESF NO BRASIL: EVIDÊNCIAS DAS DESIGUALDADES REGIONAIS... DESIGUALDADE ENTRE OS ESTADOS BRASILEIROS QUANTO AO USO DE PROTOCOLOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES ESPECÍFICAS NO PRÉ-NATAL..... | 37 66 |
| | REFERÊNCIAS | 91 |
| | Apêndice A – Instrumento de coleta de dados – 1º ciclo..... | 95 |
| | Apêndice B – Instrumento de coleta de dados – 2º ciclo..... | 99 |
| | Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética do PMAQ..... | 103 |

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher no pré-natal, abortamento, parto e puerpério contempla uma agenda global e se constitui como foco das discussões entre estudiosos na área de saúde coletiva. A atenção obstétrica é um desafio apontado nas oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU) para os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil (GAFFEY, 2015).

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU) que deveria ter sido alcançada pelo os países participantes no período entre o ano 2000 e 2015, diante disso e das iniciativas levantadas o Brasil tem apresentado a diminuição da mortalidade materna, mas de forma muito lenta o que fez com que ele não alcançasse os objetivos propostos pela a ONU, pelo o não alcance do ODM através de uma iniciatia global foram pactuados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que convoca a todo mundo a voltar seus esforços para a eliminação da mortalidade materna por causas evitáveis entre os anos de 2016 e 2030 (GAFFEY, 2015; SOUZA, 2015).

A morte materna se caracteriza pela a morte de uma mulher durante a gravidez, parto, abortamento ou até 42 dias de puerpério, independentemente da duração e localização da gravidez e quando motivada por qualquer causa relacionada ou agravada por ela, sendo causas obstétricas diretas e indiretas, excluindo as causas acidentais ou incidentais (FERRAZ, 2017; FARIA ET AL, 2012).

A mortalidade materna é reconhecida como um grave problema de saúde pública e 99% do número de óbitos registrados acontecem nos países em desenvolvimento (WHO, 2010). Estes países têm taxa de mortalidade materna de 239 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (NV). Já nos países desenvolvidos, são registrados 12 óbitos maternos por 100.000 NV. A Organização Mundial de Saúde indica uma taxa de razoabilidade de 20 óbitos maternos por 100.00 NV (WHO, 2016).

A Razão de mortalidade materna (RMM) é um indicador que possibilita conhecer a frequência de ocorrência do óbito materno, também denominada de Taxa ou Coeficiente, que relaciona os óbitos obstétricos diretos e indiretos com o número de Nascidos vivos (LAURENTI, 2000; BRASL, 2012b).

Esse indicador de saúde tem fomentado a criação de uma gama de políticas públicas que têm como foco o ciclo gravídico-puerperal e surge com a intenção de ampliar, qualificar e humanizar a atenção voltada à saúde da mulher, além disso, melhorar o acesso a serviços de

planejamento familiar e atenção pré-natal no Sistema Único de Saúde. Relacionadas a isso estão a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha: atenção obstétrica e neonatal. Estas políticas objetivam a integralidade do cuidado e melhoria dos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2000a; 2005a; 2012a).

A implantação dos Comitês de Mortalidade Materna no Brasil, emergiu de forma estratégica, a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em processo que teve início em 1984. Os Comitês assumem a função de analisar os óbitos maternos, levantando o histórico da mulher e assistência por ela recebida nos distintos pontos de atenção à saúde, inclusive o acompanhamento pré-natal, possibilitando conhecer em que contexto cada morte materna se concretiza (MENDES, OSIANO, 2013).

Foi considerando estas prerrogativas, que se ampliou o acesso à maioria das intervenções de saúde direcionadas à mulher e às crianças, o que têm promovido ao longo dos anos, a redução das desigualdades regionais (VICTORA et al., 2011). Quanto ao acesso a atenção pré-natal, a quantidade de consultas realizadas durante o acompanhamento da gestante relaciona-se diretamente à melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil (DOMINGUES et al., 2012; VETTORE; LAMARCA, 2012).

Para que a atenção a saúde corresponda de forma adequada às necessidades da mulher, torna-se imprescindível a avaliação dos serviços de saúde pública, com destaque para a Atenção Básica, pela responsabilidade de coordenar o cuidado e se configurar como a principal porta de entrada da usuária ao Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de avaliação deve trazer como eixo o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Isso permitirá compreender a relação que há entre as necessidades e aquilo que é almejado pela população quanto às ações de saúde e à oferta de recursos (BRASIL, 2012b).

Diante disso, o Ministério da Saúde tem elaborado propostas para a implementação do Planejamento Estratégico institucional, que conta com ferramentas de avaliação do desempenho organizacional, trazendo a Atenção Básica à saúde ofertada pelo SUS, como foco do processo. Dentre as distintas propostas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012b).

Diante da necessidade de melhoria da Atenção pré-natal e puerperal e da importância do PMAQ-AB nesse processo, este trabalho tem como motivação principal a produção de um modelo de tomada de decisão, que ofereça precisão e confiabilidade, que auxilie gestores de

saúde diante da necessidade de decidir a cerca da atenção oferecida às mulheres no ciclo gravídico-puerperal no âmbito da Atenção Básica.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Caracterizar a Atenção pré-natal e puerperal desempenhada pelas EqESF, com base no 1º e 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, considerando as desigualdades regionais.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as principais características da atenção pré-natal e puerperal desenvolvida pela ESF no Brasil, considerando as desigualdades regionais.
- Verificar as principais fragilidades e potencialidades da atenção pré-natal e puerperal das EqESF do Brasil pertencentes ao estrato 6 do PMAQ-AB;
- Comparar a atenção pré-natal e puerperal das EqESF, no decorrer 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB;
- Construir um modelo de tomada de decisão que auxilie a Atenção pré-natal e puerperal realizada pelas equipes da ESF do Brasil;

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 INICIATIVAS DE AMPLIAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta, no decorrer dos anos, iniciativas para ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher, que estão contempladas na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, e relacionadas ao Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Houve também investimentos e normatizações para a regulamentação de ações de vigilância de Óbitos Maternos. Estas ações relacionam-se principalmente com redução das mortes maternas por causas diretas (BRASIL, 2013). No Brasil, a morte materna, por causas indiretas, ainda apresenta números que são consideravelmente altos, configurando-se em um desafio para o país, sendo este, um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2013).

No ano 2000, o Brasil adotou o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Com isso, a cobertura pré-natal aumentou significativamente. O PHPN se propunha a reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, sendo estes os principais objetivos deste programa, que evoca preceitos de dignidade, ética e solidariedade, afirmando a humanização como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2002).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) e construída pela Área Técnica de Saúde da mulher. Esta Política emergiu da necessidade de haver diretrizes técnico-políticas que norteassem a Atenção à saúde das mulheres no Brasil. A PNAISM foi concebida coletivamente e contou com a participação de diferentes departamentos ligados ao MS, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e com seguimentos dos movimentos de mulheres, com o interesse de assimilar as reivindicações dos diversos movimentos sociais. No processo de criação, ela foi apresentada e discutida no Conselho Nacional de Saúde, a fim de ser reconhecida como uma Política de Estado, para que pudesse ser compreendida por todas as instâncias de decisão ligadas ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).

A PNAISM amplia o acesso de grupos historicamente alijados das políticas públicas, que tinham seus direitos ceifados simplesmente por não serem contemplados em suas especificidades e necessidades. É uma política que tem, como premissa, o direito à saúde e o

respeito às diretrizes do SUS. Ela é norteadada pelas discussões de gênero (e suas iniquidades), da integralidade e da promoção da saúde, com o intuito de fomentar avanços no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, com destaque na melhoria da atenção obstétrica, no que diz respeito ao planejamento reprodutivo, na atenção voltada ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2015).

A promoção de uma atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a atenção ao abortamento inseguro para mulheres e adolescentes, se configura em um dos principais objetivos da PNAISM, que tem como estratégia a Rede Cegonha. A fim de qualificar os indicadores e viabilizar as demandas invisíveis das mulheres, a política através deste objetivo direciona o olhar para as questões que afetam a saúde da mulher no que diz respeito à mortalidade materna; morbidade materna grave; gravidez; parto; puerpério; humanização da atenção ao parto; atenção ao abortamento; aborto por anencefalia; aconselhamento pós aborto e humanização da atenção ao abortamento (BRASIL, 2015)

Em 2011, a Rede Cegonha (RC) foi implementada no Brasil como uma estratégia para intervir na situação de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Ela consiste em uma iniciativa inovadora que se destina à gestante usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da configuração de uma Rede de Atenção à Saúde, nos moldes propostos por Mendes (2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) consistem de arranjos organizativos das ações e serviços de saúde, que são integradas através de sistemas técnico, logístico e de gestão, contanto com serviços de diferentes densidades tecnológicas, com o intuito de assegurar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b).

A Rede Cegonha, instituída através da portaria nº 1.459 em 24 de junho de 2011, é organizada por meio de quatro componentes: I - pré-natal; II - parto e nascimento; III - puerpério e atenção integral à saúde da criança e IV - sistema logístico: transporte sanitário e regulação. É uma rede que permanece em constante ajuste pela relevância da redução do número de óbitos maternos, fetais, infantis e pela importância a saúde das mulheres (BRASIL, 2011).

A RC é uma estratégia do Governo Federal que convoca gestores, trabalhadores e comunidade para o enfrentamento das elevadas taxas de mortalidade materna. Propõe a reflexão e transformação do modelo de atenção ao parto e nascimento, propondo o protagonismo da mulher quanto à experiência de uma maternidade segura, envolvendo gravidez e parto (CAVALCANTI, 2013).

A RC objetiva precipuamente a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com ênfase no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses; organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que seja garantido o acesso, acolhimento e resolutividade e por fim, reduzir a mortalidade materna e infantil, enfatizando o componente neonatal. Os princípios da RC são: o respeito, a proteção e a garantidos direitos humanos (BRASIL, 2011).

A RC propõe ações integradas, configurando em uma linha de cuidados integrais que vai desde o diagnóstico precoce da gravidez, ao acompanhamento pré-natal em Unidade Básica de Saúde próxima a residência da mulher, e à vinculação da gestante a uma maternidade de referência. Esta vinculação é importante para evitar à peregrinação de mulheres a procura de admissão para o parto.

A peregrinação em busca de uma maternidade foi referida por 16,2% das mulheres entrevistadas por Domingues et al (2015) e a Região Nordeste foi mais citada, estando associada à maior ocorrência de *near miss*. O *near miss* materno se caracteriza pela condição de quase morte vivida por uma mulher, por complicação no período gravídico puerperal até 42 dias após o término da gravidez (DIAS et al., 2014).

A gestante de risco habitual é acompanhada pela Atenção Básica e é assistida no parto em uma maternidade de baixo risco ou centro de atenção ao parto normal (BRASIL, 2011). As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) consistem em estruturas físicas concebidas como pontos de atenção estratégicos para o acolhimento, acompanhamento longitudinal e continuado da mulher, família e comunidade. Nestas unidades é realizado o acompanhamento à gestante através da Atenção Pré-Natal, que tem por objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação e parto saudável. Nas UBSFs são realizados os acompanhamentos das gestações classificadas em risco habitual, sem impacto para saúde materna, e o acompanhamento das gestações de alto risco, de forma sistemática e em concomitância com as maternidades e outros pontos especializados da rede.

Além das ações de saúde, o pré-natal aborda aspectos psicossociais e realiza atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013). A atenção pré-natal, quando realizada com qualidade, possibilita a identificação e rastreio de situações de risco e intercorrências precocemente. É um cuidado que melhora o desfecho clínico e psicológico durante a gestação, parto e puerpério, promovendo a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil (FESCINA et al, 2011).

Em 2009, a publicação da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde indicou a redução do número de mães que não realizaram o acompanhamento pré-natal de 14% em

2000 para 2,7 em 2006. A proporção de nascidos vivos aumentou entre as mães com registro de sete ou mais consultas no pré-natal, passando de 43,7% no ano 2000 para 54,5% no ano de 2006 (TITALEY, HUNTER, HEYWOOD, 2010; ROSA, SILVEIRA, COSTA, 2014).

Contudo, apesar de toda melhoria evidenciada, um número considerável de mulheres não recebe esse serviço, dependendo do nível de desenvolvimento do local onde reside; da acessibilidade aos serviços de saúde e da organização da rede, considerando também os fatores sociodemográficos. A não realização do acompanhamento pré-natal associa-se diretamente com resultados adversos durante a gestação e parto. Entre mães e recém-nascidos, os resultados adversos identificados com maior frequência são: sífilis congênita, morte neonatal e prematuridade (TITALEY, HUNTER, HEYWOOD, 2010; ROSA, SILVEIRA, COSTA, 2014).

No pré-natal são investigados os problemas atuais, pré-gravídicos e o histórico obstétrico, todos eles considerados importantes para a avaliação do risco gestacional. A anamnese (histórico e exame clínico) permite a identificação de vulnerabilidades que podem favorecer a complicação da gravidez, sejam pelo diabetes ou hipertensão pré-gestacionais, cardiopatias, distúrbios hormonais da tireóide ou infecções, inclusive as de transmissão por via sexual (BRASIL, 2013).

3.2 A MORTALIDADE MATERNA A PARTIR DA EPIDEMIOLOGIA

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde materializado através da constituição de 1988 e regulamentado por leis e decretos, definem-se na universalidade, equidade, integralidade, descentralização e regionalização, bem como o uso da epidemiologia. Além disso, constituem a base jurídica do SUS, pois, esclarecem a estrutura organizativa do sistema, destacando os aspectos importantes para consolidação e contínuo aperfeiçoamento da gestão, das ações e serviços de atenção a saúde (BITTENCOURT et al., 2013).

A 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas de saúde (CID 10) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), definem a mortalidade materna como:

“Morte de uma mulher durante a gravidez ou no prazo de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e do local da gravidez, de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou sua gestão, mas não de causas acidentais” (WHO, 2014).

Cerca de três quartos das mortes maternas no Brasil decorrem de causas diretas e evitáveis. A razão de mortalidade materna (RMM) é um indicador de desenvolvimento humano, econômico, social e qualidade da assistência à saúde (REIS, 2011). Quando o óbito materno decorre de causas evitáveis, denuncia a precariedade econômica, cultural e tecnológica presentes em determinada sociedade, além disso, configura-se na violação dos direitos reprodutivos, sendo uma importante agenda mundial (SOUZA, 2011).

A redução dos agravos e mortalidade motivados pela gravidez relaciona-se diretamente ao acesso de mulheres ao atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, sendo favorecido a partir de uma rede de atenção obstétrica organizada, que defina pontos de atenção e responsabilidade correspondentes (BRASIL, 2012). Como possível solução a esta problemática, se faz necessária a implantação de Redes de Atenção a Saúde, que sejam organizadas de forma horizontal, em que todos os pontos que compõem sejam concebidos como importantes e definidos por suas densidades tecnológicas, tendo a Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação (MENDES, 2011).

Em 1987, aconteceu a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, que realizada em Nairobi, no Quênia, gerou a problematização da magnitude da situação e consequente tomada de decisão, quando então, a Mortalidade Materna passou a ser concebida como um problema de saúde da mulher e para, além disso, um preocupante problema de saúde pública, recorrente nos países em desenvolvimento. Frente a isto, foi recomendada a definição de uma política capaz de ofertar assistência integral a saúde da mulher e a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna, além do estabelecimento de um conjunto de resoluções (BRASIL, 2009).

No Brasil, os Comitês de Morte Materna foram implantados como estratégia do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse processo iniciou em 1984 pelo Ministério da Saúde, porém o desenvolvimento dos Comitês de Morte Materna aconteceu de fato a partir de 1987.

Os Comitês de Morte Materna não se constituem em ações coercitivas ou punitivas, são organismos intersetoriais, de caráter educativo e atuação sigilosa. Sua formação é composta por instituições governamentais e da sociedade civil organizada. Os comitês contam com a multiprofissionalidade com o objetivo de analisar os óbitos maternos e dar direcionamentos quanto às intervenções para a redução na região de sua abrangência.

No intervalo entre 1990 a 2015, muitas ações e uma série de medidas foram implementadas no sentido de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, incluindo a otimização das informações específicas sobre os óbitos maternos e dos

dados inseridos no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (BITTENCOURT et al., 2013).

Existem desigualdades quanto às complicações que levam a morte durante a gravidez, parto e puerpério entre países desenvolvidos como Canadá, Japão e países da Europa, se comparados a países em desenvolvimento, como os países da América Latina, África e Ásia. Na África e na Ásia, um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde mostrou que as principais complicações decorrem de causas hemorrágicas, variando de 30% a 34%. A mesma revisão mostra que na América Latina, a principal causa de morte materna decorre das síndromes hipertensivas e em segundo lugar as causas hemorrágicas (KHAN, ET al., 2006; BITTENCOURT et al., 2013).

Nesta direção, no ano 2000 a Organização das Nações Unidas (ONU) firmou um pacto com 190 países, e na ocasião discutiram os entraves que impedem o desenvolvimento socioeconômico dos países. Com a intenção de acabar com a pobreza foram estabelecidos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), retratando o compromisso social com a sobrevivência e com os direitos inalienáveis de grupos vulneráveis, em especial mulheres e crianças (BARROS, 2010). A meta era reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2015).

Os objetivos foram: 1) Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) Atingir o ensino básico universal; 3) Igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade na infância; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7) Garantir a sustentabilidade ambiental, e; 8) Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento (ABOUZHR, 2013). No Brasil, do ano 2000 até o ano de 2015, muitos investimentos foram realizados para que ações de saúde fossem efetivadas no sentido de trazer a diminuição da morbimortalidade materna (BRASIL, 2013).

Contudo o combate a mortalidade materna continua permanendo como foco da saúde global, diante disso novos objetivos foram traçados Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) sucede o ODM e convoca a todo mundo a voltar seus esforços para a eliminação da mortalidade materna por causas evitáveis entre os anos de 2016 e 2030 e a proposta desse no pacto é reduzir a mortalidade materna para pelo 20 a cada 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2015).

A redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, esta diretamente relacionada com o acesso das mulheres à atenção de planejamento reprodutivo e diante da gestação à atenção pré-natal, com um acompanhamento efetivo e de qualidade, e tempo hábil e de acordo com o nível de complexidade demanda por cada gestante (BRASIL, 2012 a).

Em 2011, no 51º Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi aprovado o Plano de Ação para acelerar a redução da morbidade materna grave e da mortalidade materna entre 2012 a 2017. Este plano centra-se na melhoria na interação do setor saúde com quatro áreas estratégicas: 1. Prevenção da gravidez indesejada e seus agravos; 2. Acesso universal a serviços para o parto; 3. Qualificação profissional; e 4. Fortalecimento dos sistemas de informações (SERRUYA, 2012).

A busca pela redução da mortalidade materna deve ser constante e travada por toda sociedade, por instituições de diversos portes, pela comunidade, pelos dispositivos presentes nos mais distintos cenários. No entanto, nos serviços de atenção à saúde, o significado da redução da morbimortalidade materna precisaser lembrado e discutido constantemente, pois é lá que mulheres e familiares buscam por uma atenção integral, digna e qualificada (SOUZA, 2015). Neste sentido, iniciativas têm sido pactuadas e implementadas com o objetivo de compreender o cenário que envolve a morte de mulheres em função da gravidez.

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública e assim têm permanecido mesmo diante dos investimentos e diminuição dos casos de causas obstétricas diretas (DIAS *et al*, 2015). A mortalidade é um dos mais relevantes indicadores de saúde, expressa o final de um processo vital e reflete a qualidade da saúde pública, apontando possíveis falhas na rede de assistência em distintos momentos ao longo da vida do indivíduo. Para que este indicador seja medido é preciso à consolidação dele em uma base de dados (BRASIL, 2014).

Os indicadores de saúde facilitam a quantificação e identificação das necessidades, pois possibilita a avaliação das informações que são produzidas através dos sistemas de informações. São importantes, pois subsidiam a tomada de decisão no que diz respeito às prioridades e o estabelecimento de ações e programas baseados nos indicadores de saúde (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

3.3 PMAQ – AB: UMA ESTRATÉGIA DE GARANTIA, ACESSO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assume como uma de suas principais responsabilidades, a avaliação dos serviços de saúde através do desenvolvimento de programas que garantam qualidade aos serviços de saúde, uma preocupação que surgiu na década de 80 (VUORI, 1981). A OMS considera que os serviços de promoção à saúde, se concretizam através de programas, de políticas, do planejamento e da execução de atividades,

que são iniciativas que devem ser embasadas nos princípios da concepção holística, da intersetorialidade, do empoderamento, da participação social, da equidade, de ações de estratégias múltiplas e da sustentabilidade (WHO, 2008)

A realização da avaliação em saúde favorece a adequação dos serviços de atenção à saúde a partir de suas reais necessidades. O Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado através da Portaria 1.654 do Ministério da Saúde (MS) e publicado em 19 de julho de 2011, e surgiu como uma estratégia para fomentar e direcionar o fortalecimento da Atenção Básica (AB), através de mudanças nos processos de trabalho, nas condições e nos modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (RODRIGUES et al., 2012; BRASIL, 2012).

O Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica tem como foco estimular uma gestão que monitorize e avalie os processos de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde que passaram pela adesão e contratualização junto ao programa. O PMAQ-AB foi pioneiro ao vincular o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e qualidade pelas equipes e se constitui em um processo massivo ao promover mudança nos métodos de repasse de recurso para Atenção Básica (AB) (RODRIGUES et al., 2012; BRASIL, 2012; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ-AB estimula a institucionalização de processos que podem ampliar a capacidade dos gestores nas três instâncias, federais, estaduais e municipais, e além disso, fomentar a oferta de serviços que assegurem acesso e qualidade pelas Equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades reais da população e território (BRASIL, 2012).

Para a realização de avaliação externa (AE), o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS temo apoio da Rede de Pesquisa em Atenção Primária a Saúde (APS) e recebe a cooperação de mais de 40 Instituições de Ensino Superior (IES) em todo país. As IES têm a responsabilidade de organizar toda a logística necessária para a realização da AE, e isso compreende a assimilação do instrumento de coleta para a avaliação, estabelecimento e desenvolvimento de estratégias para a atividade de campo em todo Brasil (FAUSTO et al., 2014).

O PMAQ-AB assume responsabilidade ética em todas as suas fases, comprometendo-se com a transparência do processo e com a socialização das informações, com o objetivo de estimular e ampliar o uso das informações e a participação de diferentes setores da sociedade (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Os padrões de qualidade propostos pelo PMAQ-AB devem ser embasados pelos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social, que orientam o

Sistema Único de Saúde (SUS). As limitações atuais da AB que o PMAQ-AB se propõe a trabalhar se traduzem na infraestrutura dos serviços de saúde, nos sistemas que forneçam apoio ao diagnóstico, na informatização das informações e no fortalecimento das formas de gerir as equipes de saúde de atenção básica (MENDES, 2010).

Nesta perspectiva, o PMAQ-AB se constitui através de um extenso processo de mobilização, que envolve gestores municipais, estaduais e federais, e profissionais de saúde, a fim de promover mudanças nos processos de trabalho que repercutam no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Para tanto, envolve um processo de auto avaliação das equipes e avaliação de diferentes dimensões que são vinculadas ao repasse de recurso em função do Pagamento por desempenho. Diante disso, o PMAQ-AB se propõe e reconhece diretrizes de ação e resultados vislumbrados para as situações (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O PMAQ-AB é uma estratégia robusta e se destaca de outras ferramentas de avaliação implantadas no Brasil, que se valem das conformações burocráticas e punitivas. Em contrapartida, o PMAQ-AB pode se tornar um mecanismo que auxilie os gestores e profissionais da Atenção Básica, o que faz desse programa algo além da aplicação de um instrumento avaliativo (SIMON, 2015).

No que tange à avaliação externa do PMAQ-AB, esta consiste em um conjunto de ações direcionadas para a investigação das condições de acesso e de qualidade dos serviços de saúde. Dessa fase resultará a certificação das unidades básicas de saúde que se caracteriza pela aplicação de um instrumento organizado em módulos I, II, e III no 1º ciclo e no 2º ciclo foram acrescentados os módulos IV, V e VI.

O módulo I, refere-se à observação da infraestrutura da Unidade Básica de Saúde, com o objetivo de avaliar a infraestrutura, materiais, insumos e os medicamentos da farmácia básica; o módulo II refere-se à entrevista com profissional de nível superior da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde, com o objetivo de colher informações sobre o processo e organização do trabalho das equipes e do serviço, bem como do cuidado dispensado aos usuários.

O módulo III refere-se à entrevista na Unidade de Saúde com o usuário (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013). O módulo IV consiste na entrevista com o profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e verificação de documentos na Unidade de Saúde, com o intuito de capturar informações a cerca do processo de trabalho no NASF no desenvolvimento do cuidado para os usuários e junto à equipe de saúde da família (BRASIL, 2012). O Módulo

V consiste na Observação da Unidade de Saúde Bucal; e o Módulo VI em entrevista com o profissional de Saúde Bucal (PINTO; SOUSA; FERLA 2014).

Assim, o instrumento contempla os seguintes elementos: População de referência e Planejamento das ações da equipe de atenção básica; Coordenação do Cuidado da Rede de Atenção e Resolutividade; Acolhimento à Demanda Espontânea; Visita e Cuidado domiciliar; oferta de serviços; e Participação do usuário (BRASIL, 2015).

Em todo o Brasil, 17.202 EqESF participaram do 1º Ciclo do PMAQ-AB, o que corresponde a aproximadamente 50% das equipes registradas no ano de 2012; e esse foi o limite pré-estabelecido pelo programa. No 2º Ciclo, foi ampliada a possibilidade de adesão de equipes ao programa e deste novo momento participaram 29.778 EqESF.

O PMAQ-AB com a finalidade de garantir maior equidade na comparação das equipes de EqESF no processo de certificação, classifica os municípios em estratos, considerando aspectos sociais, econômicos e demográficos, construindo um índice que varia de 0 a 10 composto por cinco indicadores:

Com o objetivo de garantir a equidade na comparação das EqESF no processo de certificação, o PMAQ-AB classificou, nos dois primeiros ciclos, os municípios em estratos, para tanto, foi construído um índice que varia de 0 a 10, composto pelos indicadores apresentados na Tabela 1. O PIB per capita utilizado foi o do ano de 2008, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido à grande disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de 0 a 5 para a metade dos municípios que recebem os menores valores do PIB per capita. A outra metade recebeu pontuação distribuída de 5 a 10. Os dados referentes a densidade demográfica também foram disponibilizados pelo IBGE e da mesma forma que para o PIB, este indicador apresentou forte variabilidade entre o menor e o maior valor. Por essa razão, foi necessário utilizar a mesma técnica de normalização para atribuir a pontuação referente a esse indicador. Os dados referentes à cobertura da população com planos de saúde, por município, são do ano de 2009 e foram disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde. Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, conforme o percentual de pessoas com plano de assistência médica. O percentual da população em extrema pobreza foi calculado pelo IBGE, com base no universo preliminar do censo demográfico de 2010. Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, de acordo com o percentual de pessoas que não estão em extrema pobreza. Por sua vez, o percentual da população com Bolsa Família foi informado pelo Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome e tem como referência o ano de 2010. Cada município obteve uma pontuação de 0 a 10, conforme o percentual de pessoas que não recebem o Bolsa Família. Para a composição do índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos, sendo que foi considerada, para cada município, a menor pontuação entre o percentual da população com bolsa família e o percentual da população em extrema pobreza (BRASIL, 2013, p. 40 - 41).

Tabela 1 - Indicadores e Pesos da Estratificação do PMAQ

| INDICADOR | PESO |
|--|------|
| Produto Interno Bruto per Capita | 2 |
| Percentual da população com plano de saúde | 1 |
| Percentual da população com Bolsa Família | 1 |
| Percentual da população em extrema pobreza | 1 |
| Densidade demográfica | 1 |

Fonte: BRASIL, 2013, p. 41

Mediante os cálculos realizados e considerando a pontuação total e porte populacional, os municípios foram distribuídos em seis estratos, os quais podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2 - Critérios de Estratificação do PMAQ

| Estrato | Critérios de estratificação |
|---------|--|
| 1 | Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes |
| 2 | Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes. |
| 3 | Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes. |
| 4 | Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes |
| 5 | Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes |
| 6 | Municípios com população acima de 500 mil habitantes e com pontuação igual ou superior a 5,4. |

Fonte: BRASIL, 2013, p. 41

3.4 MODELOS DE DECISÃO UTILIZADOS PARA AUXILIAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo decisório exige a aplicação de distintos modelos de tomada de decisão, que deve ser pertinente a uma determinada situação. Estes modelos auxiliam cientificamente gestores a tomarem decisões a partir da realidade diagnosticada e refletida no modelo apropriado (LOUSADA, VALENTIM, 2011).

O termo modelo tem sentido amplo e é utilizado em diferentes modos de análises. No âmbito das avaliações econômicas em saúde, o termo modelo se refere a qualquer estrutura matemática que se propõe a representar desfechos em saúde, econômicos de pacientes ou populações nos mais variados cenários (LOUSADA, VALENTIM, 2011). Os modelos de decisão representam a complexidade da realidade de forma mais compreensível, tornando mais simples a análise de problemas considerados complexos (SOAREZ, SOARES, NOVAES, 2014).

Os modelos de decisão se propõem a dividir o problema em componentes de menor tamanho sem, impedir a visão do todo, e isso se dá pelo mapeamento dos dados mais relevantes e a relação entre eles as saídas do modelo e a força de impacto que estes componentes de menor tamanho tem na decisão final. É importante destacar que um modelo de decisão é uma representação simplificada de uma realidade, consiste de um método científico, e por isso não deve ser concebido como uma verdade inquestionável (SOAREZ, SOARES, NOVAES, 2014).

Escolha do modelo consiste em uma das etapas mais importantes de qualquer investigação que precise uma modelação estatística, o modelo deve ser simples, mas deve conseguir descrever bem os dados observados. Na presença de um numero elevado de variáveis que podem ser potencialmente relevantes para explicar a variabilidade da variável resposta, há uma gama considerável de modelos com distintas combinações das variáveis explicativas para explicar o fenômeno estudado, isso torna o processo de escolha mais demorado e difícil. Como o intuito de facilitar o processo, neste trabalho foi utilizado o método de seleção *stepwise* (ALVARENGA, 2015).

3.4.1 Método para seleção de variáveis Stepwise

O método *stepwiseselection* consiste em um procedimento para seleção de variáveis de forma automática com a realização de movimentos em qualquer direção, seja ela *backward*, *forward* ou *both*, estas direções permitem o descarte ou até mesmo o acréscimo de variáveis nas diversas etapas de manipulação dos dados.

A direção *backward* inicia-se a partir de um modelo completo e a cada passo verifica se uma variável deve ser ou não retirada do modelo. O modelo completo consiste no maior modelo que temos a chance de considerar, desse modo, dada uma amostra composta por n observações, a quantidade máxima de parâmetros para esse modelo é igual a n , significando que há um parâmetro para cada observação (ALVARENGA, 2015).

A direção *forward* tem seu início a partir de um modelo nulo que é um modelo simples e diferente do *backward*, possui apenas um parâmetro que representa o mesmo valor médio μ para todas as observações y_i . A direção *forward* acrescenta uma de cada vez às variáveis que podem ser significativas para esclarecer a variabilidade da variável resposta (ALVARENGA, 2015).

O método *bothstepwise* consiste na combinação dos dois métodos supracitados (*forward e backward*) (ALVARENGA, 2015).

A etapa de acréscimo ou retirada de uma variável do modelo é a etapa de julgamento da significância das variáveis ou comparação dos modelos e para que esse julgamento seja consistente é necessária a utilização de medidas estatísticas adequadas (ALVARENGA, 2015).

Diante disso, a seleção sistemática de variáveis é uma etapa delicada, que deve considerar teoria e a experiência que, de forma geral, norteará a seleção do conjunto de variáveis que deverão ser incluídas no modelo de regressão. O conjunto de variáveis predictoras que comporão o modelo final deverá ser constituído a partir da análise dos dados. Esse processo permite a construção de um modelo de regressão que seja o mais realista possível, com o objetivo de alcançar o equilíbrio entre o menor número possível de regressores (variáveis independentes) e o ajuste com quantos regressores forem necessários (SENRA et AL, 2007; DAWSON, TRAPP, 2003).

Esquema 1: Etapas para seleção de variáveis Stepwise

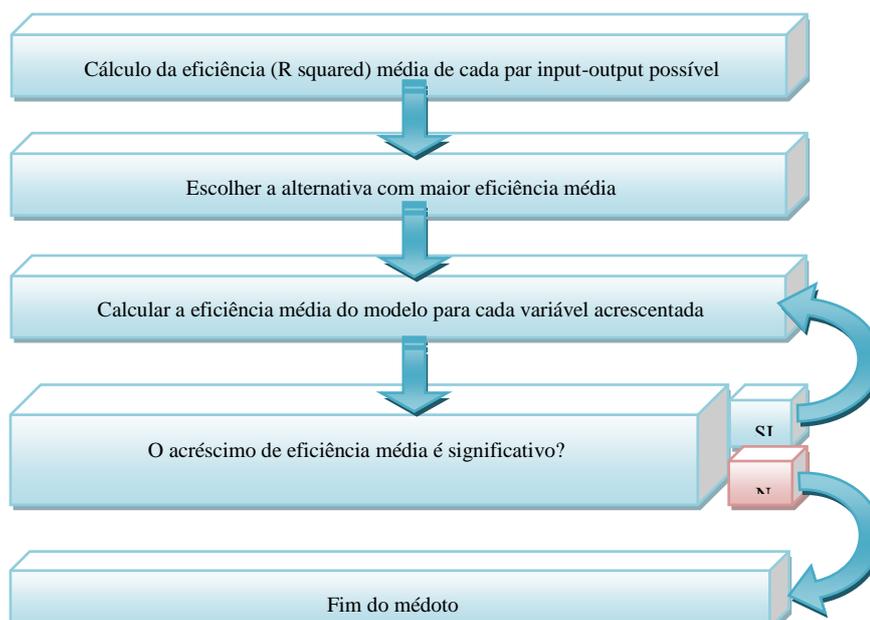


Figura 1 - métodos I-O Stepwise Exaustivo

4.5 MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA

A regressão Logística consiste em uma técnica recomendada para as situações em que a variável dependente é de natureza binária ou dicotômica. O modelo de regressão Logística pertence à classe dos Modelos Lineares Generalizados (MLG), é uma classe extensa e incluem modelos de regressão comum para variáveis dependentes que tenha distribuição normal, modelos alternativos para variáveis contínuas, que não pressupõe normalidade, e modelos para variáveis dependentes, discretas e categóricas (AGRESTI; FINLAY, 2012).

O objetivo da Regressão Logística é encontrar um modelo matemático capaz de relacionar e explicar o comportamento da variável resposta, provando que existe uma relação linear entre uma determinada variável resposta (Y) e k variáveis independentes (x_1, \dots, x_n) (LAZZARI, 2013).

Na regressão logística, a variável dependente Y pode assumir apenas dois valores, atribuindo-se $x_i=1$ ao evento de interesse e $x_i=0$ ao evento complementar, denominamos “sucesso” e “fracasso” respectivamente, e representada pela função

$$P(Y = 1) = \frac{1}{1 + e^{-g(x)}}$$

Onde, $g(x) = B_0 + B_1X_1 + \dots + B_pX_p$

Os coeficientes B_0, B_1, \dots, B_p são estimados pelo método da máxima verossimilhança e a partir do conjunto dados, esse método encontra uma combinação de coeficientes que maximiza a probabilidade da amostra ter sido observada. Ao considerar determinada combinação de coeficientes e variar apenas os valores de x, é possível observar que a curva logística tem o formato da letra s, sendo esta uma característica da regressão logística (Hosmer e Lemeshow, 1989). Um coeficiente positivo eleva a probabilidade enquanto que um negativo a diminui.

Assim temos as seguintes situações

1. Quando $g(x) \rightarrow +\infty$, $P(Y=1) \rightarrow 1$, se $P(y=1) > 0,5$ então $Y = 1$
2. Quando $g(x) \rightarrow -\infty$, $P(Y=1) \rightarrow 0$, se $P(y=1) < 0,5$ então $Y = 0$

Após a estimação dos coeficientes da regressão, é importante verificar a qualidade do modelo ajustado. Inicialmente, avaliar os coeficientes verificando se há associação

estatisticamente significativa entre as variáveis independentes e variável resposta. A estatística Wald e a estatística da razão de verossimilhança são testes utilizados para avaliar a qualidade do modelo (ALVAREGA, 2015).

O teste Wald é utilizado para testar a hipótese nula, que são:

$$\begin{aligned}H_0: \beta_j &= \beta_j^{(0)} \\H_1: \beta_j &\neq \beta_j^{(0)},\end{aligned}$$

A estatística de teste e a respectiva distribuição, sob a validade de H0 são:

$$Z_t = \frac{\hat{\beta}_j - \beta_j^{(0)}}{ep(\hat{\beta}_j)}, \quad (0,1)$$

Com o teste da razão de verossimilhanças é possível comparar a qualidade do ajustamento modelo, verificando se o modelo é globalmente significativo ao avaliar a significância dos coeficientes estimados simultaneamente.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

É um estudo quantitativo, descritivo e transversal com base de dados secundária, originadas do processo de avaliação externa do 1º e 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que aconteceram respectivamente nos anos de 2012 - 2013 e 2013 - 2014 em todo o país.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fizeram parte deste estudo todos os municípios que foram certificados e classificados pelo o próprio PMAQ-AB no estrato 6, distribuídos entre as cinco regiões do Brasil, o que corresponde no 1º Ciclo a 4.089 EqESF, divididas entre 125 cidades e 20 estados e no 2º Ciclo a 6.713 EqESF, divididas entre 137 cidades e 22 estados.

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram utilizados dados dos Módulos I e II do PMAQ-AB, obtidos através da avaliação externa do 1º e 2º Ciclo relacionado ao indicador de Saúde da Mulher na observância do foco estratégico da Atenção Básica referente ao pré-natal e puerpério.

As variáveis foram organizadas e identificadas segundo os módulos originais do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB. Foram selecionadas 27 variáveis do módulo I e 22 variáveis e do módulo II. O critério de seleção destas variáveis foi: a) estarem relacionadas ao cuidado pré-natal e puerperal; e b) estarem presentes nos dois ciclos, para que fosse possível realizar comparações estatísticas. Este recorte metodológico, apesar de necessário para garantir a qualidade estatística das comparações entre os módulos, foi também um limitador do estudo, na medida em que não permitiu a inclusão de outras variáveis importantes para a análise da qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério na AB.

Contudo, foram selecionadas variáveis que se relacionavam com estrutura, insumos e materiais para o auxílio do acompanhamento da gestante e monitoramento da puérpera; e variáveis acerca de ofertas, ações e serviços desenvolvidos para as gestantes, bem como a

verificação dos registros de acompanhamento realizados pelos profissionais (TABELAS 3 e 4).

Tabela 3 - Variáveis do estudo - Módulo I – 1º e 2º Ciclo

| Nº | CICLO 1 | CICLO 2 | VARIÁVEIS |
|-----|---------|----------|---|
| 1. | I.9.15 | I.10.1.7 | Sala de vacina |
| 2. | I.11.2 | I.12.2 | Aparelho de pressão adulto |
| 3. | I.11.8 | I.12.5 | Balança antropométrica de 150 kg |
| 4. | I.11.12 | I.12.9.1 | Estetoscópio adulto |
| 5. | I.11.14 | I.12.10 | Foco de luz para exame ginecológico |
| 6. | I.11.17 | I.12.13 | Glicosímetro |
| 7. | I.11.20 | I.12.14 | Mesa para exame ginecológico com perneira |
| 8. | I.11.25 | I.12.17 | Sonar |
| 9. | I.11.28 | I.12.18 | Termômetro clínico |
| 10. | I.12.5 | I.16.7 | Fita métrica |
| 11. | I.12.7 | I.16.8 | Espéculo descartável |
| 12. | I.12.10 | I.16.11 | Espátula de Ayres |
| 13. | I.12.12 | I.16.13 | Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) |
| 14. | I.12.15 | I.16.15 | Lâmina de vidro com lado fosco |
| 15. | I.12.16 | I.16.16 | Porta lâmina |
| 16. | I.12.17 | I.16.17 | Tiras reagentes de medida de glicemia capilar |
| 17. | I.13.1 | I.13.2 | Caderneta da gestante |
| 18. | I.14.5 | I.18.14 | Dispensação de ácido fólico |
| 19. | I.14.11 | I.18.13 | Dispensação de sulfato ferroso |
| 20. | I.15.2 | I.14.3 | Vacina na unidade dupla tipo adulto - dT |
| 21. | I.15.4 | I.14.5 | Vacina na unidade Influenza sazonal |
| 22. | I.15.5 | I.14.6 | Vacina na unidade Hepatite B |
| 23. | I.16.1 | I.15.1 | Teste rápido de sífilis |
| 24. | I.16.2 | I.15.2 | Teste rápido gravidez |
| 25. | I.16.3 | I.15.3 | Teste rápido HIV |
| 26. | | | ESTADO |
| 27. | | | REGIÃO |

Tabela 4 - Variáveis do estudo - Módulo II – 1º e 2º Ciclo

| Nº | CICLO 1 | CICLO 2 | VARIÁVEIS |
|-----|------------|------------|---|
| 1. | Ii_19_25_2 | II_16_2_11 | Qual o tempo de espera dos encaminhamentos de exames de ultrassom no pré-natal? |
| 2. | II_23_1 | II_14_4_3 | A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade? (Utiliza protocolo) |
| 3. | II.23.4 | | A equipe alimenta regularmente o SIS-PRENATAL? |
| 4. | II_23_7_1 | II_18_3_1 | No acompanhamento das gestantes há registro sobre profissional responsável pelo acompanhamento da gestante |
| 5. | II_23_7_2 | II_18_3_2 | No acompanhamento das gestantes há registro sobre consulta odontológica da gestante |
| 6. | II_23_7_3 | II_18_3_3 | No acompanhamento das gestantes há registro sobre vacinação em dia da gestante |
| 7. | II_23_7_4 | II_18_3_4 | No acompanhamento das gestantes há registro sobre coleta de citopatológico realizada na gestante |
| 8. | II_23_8 | II_18_4 | A equipe orienta as gestantes em relação à vacina contra tetano? |
| 9. | II_23_9_1 | II_15_2_1 | Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes (sorológico para Sífilis) |
| 10. | II_23_9_2 | II_15_2_2 | Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes (sorológico anti-HIV) |
| 11. | II_23_9_3 | II_15_2_3 | Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes (sorológico para hepatite B) |
| 12. | II_23_9_4 | II_15_2_4 | Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes (sorológico para toxoplasmose) |
| 13. | II_23_9_5 | II_15_2_5 | Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes (dosagem de hemoglobina e hematócrito) |
| 14. | II_23_9_6 | II_15_2_6 | Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes (glicose) |
| 15. | II_23_9_7 | II_15_2_10 | Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes (urocultura ou sumário de urina tipo I) |
| 16. | II_23_10 | II_18_5 | A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno? |

Continua

Continuação

| Nº | CICLO 1 | CICLO 2 | VARIÁVEIS |
|-----|------------|-------------|--|
| 17. | II_23_11 | II_18_6 | É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde? |
| 18. | II_23_14_1 | II_18_7_1_1 | Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? (Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher) |
| 19. | II_23_14_2 | II_18_7_1_2 | Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? (Visita domiciliar de membro da equipe) |
| 20. | II_23_14_3 | II_18_7_1_3 | Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? (Consulta em horário especial em qualquer dia da semana) |
| 21. | II_23_14_4 | II_18_7_1_4 | Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? (Outros) |
| 22. | ESTADO | | Estado de referência |
| 23. | REGIAO | | Região de referência |

4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Em um primeiro momento, os dados foram sistematicamente organizados em planilhas do programa Excel, posteriormente foi realizada a análise da estatística descritiva, com a realização do Teste Qui-quadrado com o nível de significância de 5%. Para as análises foi utilizado o software estatístico SPSS versão 20.0 e apresentados em gráficos e tabelas construídas com o auxílio do programa Office Excel 2010.

Em um segundo momento foi realizado as análises inferências através do modelo estatístico de Regressão Logística Binária e para esse momento as variáveis testadas foram apenas as do módulo II presente no 1º e 2º ciclo. Foi utilizado os testes de coeficientes de modelo Omnibus que verifica a hipótese de que todos os coeficientes do modelo de regressão são nulos; e o Teste de Hosmer e Lemeshow que é um teste que avalia a qualidade do ajuste do modelo de Regressão Logística com significância de 5%.

A Regressão Logística Binária foi aplicada nos dois bancos. Para o 1º ciclo, a variável dependente foi “A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade”. Foram testadas 24 variáveis independentes, e destas permaneceram no modelo ajustado 10 variáveis.

Para o 2º ciclo, a variável dependente foi “A equipe utiliza protocolo de estratificação de risco? (Pré-natal)”. Foram testadas 24 variáveis independentes, das quais permaneceram no modelo ajustado 11 variáveis.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa por se tratar da análise de um banco de dados de acesso público não precisou de Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

5 RESULTADOS

A saúde da mulher no Brasil passou ao longo dos anos por distintos processos de construção. Dentre estas construções esta a formulação de programas, políticas, estratégias e ações voltadas a prestar uma atenção à saúde que contemple a mulher em sua integralidade.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi construído com o objetivo de melhorar a gestão e a qualidade dos serviços de saúde. Faz parte do programa a avaliação do trabalho das equipes de saúde, através de informações fornecidas pela autoavaliação das equipes de saúde e da avaliação externa realizada por entrevistadores treinados para realizar avaliação em loco com os profissionais dos serviços de saúde.

A partir dos dados dessa avaliação, o presente estudo possibilitou refletir a cerca das iniquidades em saúde reveladas pelas discrepâncias presentes entres as regiões do Brasil, que mesmo com as necessárias ponderações ainda são visíveis.

Os resultados foram divididos em 3 seções, sendo que as seções 7.1, 7.2 que foram escritas em formato de artigo:

- A seção 7.1 abordou as características da atenção pré-natal e puerperal desempenhada pelas EqESF no ciclo I e ciclo II, elencando a principais fragilidades e potencialidades e a comparar as regiões entre si;
- A seção 7.2 abordou as características da desigualdade entre os estados brasileiros quanto ao uso de protocolos de estratificação de risco e desenvolvimento de ações específicas no pré-natal.

ARTIGO 1

TÍTULO: A ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL DESENVOLVIDA PELA ESF NO BRASIL: EVIDÊNCIAS DAS DESIGUALDADES REGIONAIS

RESUMO

A atenção pré-natal é uma importante estratégia na promoção da saúde da gestante no âmbito da atenção básica. Um acompanhamento de qualidade age diretamente em desfechos negativos de morbi-mortalidade materna, especialmente nas causas evitáveis. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) propõe estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do processo de trabalho das EqESF para trazer melhorias aos serviços de saúde ofertados à população. O objetivo deste artigo é descrever as principais características da atenção pré-natal e puerperal desenvolvida pela ESF no Brasil, considerando suas desigualdades regionais. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, cuja população avaliada foi constituída por todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família que participaram da avaliação externa do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB. Os dados foram analisados a partir da utilização o software estatístico SPSS versão 20.0 e submetidos à análise estatística descritiva e analítica, por meio da aplicação do teste do qui-quadrado de Pearson, sendo significativa $p \leq 0,05$. Como principais resultados aponta-se que em todas as regiões do país, a atenção ao pré-natal e puerpério encontra dificuldade de estrutura e processo. Contudo, as regiões norte, nordeste e centro-oeste se destacaram por realizarem menos ações e serviços durante o pré-natal e puerpério, ao contrário das regiões sul e sudeste que apresentaram os melhores desempenhos. Estes dados destacam as diferenças entre as regiões do país e a importância do desenvolvimento de políticas públicas mais equânimes, que enfrentem estas disparidades regionais.

Descritores: Estratégia Saúde da Família, avaliação em saúde, gestação, cuidado pré-natal

ARTICLE 1

Title: Prenatal and puerperal care developed by the FHS in Brazil: evidence of regional inequalities.

ABSTRACT

Prenatal care is an important strategy in promoting the health of pregnant women in basic care. Quality monitoring acts directly on negative outcomes of maternal morbidity and mortality, especially on preventable causes. The Program for the Improvement of Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB) proposes strategies for qualification, follow-up and evaluation of the work process of the EqESF to bring improvements to the health services offered to the population. The objective of this article is to describe the main characteristics of prenatal and puerperal care developed by the FHT in Brazil, considering their regional inequalities. This is a population-based cross-sectional study whose population was evaluated by all the Family Health Strategy teams that participated in the external evaluation of the 1st and 2nd Cycle of PMAQ-AB. The data were analyzed using statistical software SPSS version 20.0 and submitted to descriptive and analytical statistical analysis, using the Pearson chi-square test, being significant $p \leq 0.05$. As main results it is pointed out that in all regions of the country, attention to prenatal and puerperium finds difficulty in structure and process. However, the northern, northeastern and central-west regions stood out for performing fewer actions and services during the prenatal and puerperal periods, unlike the south and southeast regions that presented the best performances. These data highlight the differences between the regions of the country and the importance of developing more equitable public policies that address these regional disparities.

Keywords: Family Health Strategy, health evaluation, gestation, prenatal care

INTRODUÇÃO

A atenção qualificada e humanizada à saúde da mulher no pré-natal, abortamento, parto e puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal. Ela inclui ações de prevenção de agravos e promoção à saúde da gestante e do feto, possibilitando determinar situações de riscos para ambos. Além disto, no âmbito da Rede Cegonha, a atenção à saúde mulher, durante a gravidez, parto e puerpério, preconiza o diagnóstico e tratamento adequado dos agravos que possam surgir ou se intensificar neste período (BRASIL, 2005; TOMASI et al, 2017)

Uma atenção pré-natal e puerperal ofertada com qualidade pode intervir positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade materno-infantil (ANJOS, BOING, 2016). A identificação do risco pelo profissional em tempo hábil permite a orientação e os devidos encaminhamentos para outros pontos da Rede de Atenção a Saúde (RAS) adequada em cada momento da gravidez (BRASIL, 2012; HILL, 2004). De acordo com o Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) em 2018, os 894 óbitos maternos por causas diretas aconteceram no Brasil e estas causas relacionavam-se com a atenção pré-natal inadequada e mais de 50% das mortes aconteceu no Norte e Nordeste (BRASIL, 2019).

A assistência às gestantes no Brasil aconteceu com a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que estabeleceu número de consultas, captação precoce das gestantes, determinando a idade gestacional para ingresso ao pré-natal, exames laboratoriais, ações de educação em saúde, entre outros procedimentos. Esse processo ampliou as discussões sobre as práticas em saúde e bases conceituais, conforme àquelas mais empregadas em outros países (ANVERSA ET AL, 2012)

A Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2006, foi designada como um modelo assistencial, cujo objetivo é a reorganização da atenção primária à saúde (APS). Estudos evidenciam que nos países com maior orientação, organização e investimento para atenção primária à saúde, apresentam melhores índices de saúde, custos menores e maior satisfação dos usuários do sistema (BRASIL, 2017; PINTO, GIOVANELLA, 2018).

Segundo o Departamento de Atenção Básica – DAB, do Ministério da Saúde, em julho de 2007, a ESF registrava 24.173 equipes e uma cobertura populacional de 41.7%. Em novembro de 2018, o número de equipes era de 43.454, representando uma cobertura populacional de 65% (BRASIL, 2019). Com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos anos, no Brasil, ampliou-se a cobertura da atenção pré-natal de forma expressiva,

mas com ritmos e coberturas populacionais diferentes entre as regiões e municípios (MALTA et al, 2015).

O pré-natal é uma das mais importantes estratégias na promoção à saúde da gestante. Ainda assim, estudos sobre a qualidade da assistência evidenciam que são necessários importantes avanços, em detrimento das desigualdades na atenção ofertada nos distintos territórios pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (TOMASI et al, 2015; MENDOZA-SASSI et al., 2011; VIANA, 2013).

No Brasil, nas últimas décadas, é possível identificar iniciativas promovidas pelo Ministério da Saúde pela institucionalização de um mecanismo de avaliação da Atenção Básica, que para, além do processo avaliativo, possibilite a qualificação dos registros das informações, das solicitações de exames clínicos, obstétricos e laboratoriais padronizados, uso de protocolos que aperfeiçoem a determinação do risco e a tomada de decisão por parte dos profissionais. Estes são considerados aspectos importantes para a concretização e oferta de um cuidado direcionado e eficiente no âmbito da atenção básica (PROTÁSIO ET AL, 2015; TOMASI et al, 2015).

Em 2011, através da portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do processo de trabalho das equipes, com objetivo de incentivar, tanto as equipes, quanto aos gestores, a melhorar os serviços de saúde ofertados à população do território. Em contrapartida, para as equipes que apresentem melhoria dos padrões de qualidade no atendimento, o programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes que são monitorados através da avaliação externa (BRASIL, 2012a).

O Programa PMAQ-AB atualmente finalizou seu terceiro ciclo. O 1º ciclo aconteceu entre os anos de 2012 e 2013; o 2º ciclo, entre os anos de 2013 e 2014; e o 3º ciclo entre os anos de 2015 e 2018. No presente estudo serão trabalhados os dados resultantes da avaliação externados dois primeiros ciclos. Destaca-se que nas duas primeiras versões, o programa dividia-se em quatro fases: Fase 1 - 'Adesão e contratualização'; Fase 2 - 'Desenvolvimento'; Fase 3 - 'Avaliação Externa'; e Fase 4 - 'Recontratualização' (BRASIL, 2012a).

A primeira fase acontece mediante a contratualização de compromissos e indicadores, firmados entre as equipes e gestores com o Ministério da Saúde, através da pactuação local, regional e estadual e a participação social. A segunda fase está estruturada em quatro dimensões centrais: 1-autoavaliação; 2-monitoramento; 3-educação permanente e 4-Apoio Institucional e o objetivo desta fase é o desenvolvimento de estratégias relacionadas aos

compromissos firmados, com o intuito de melhorar o acesso e a qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

A terceira fase é a avaliação externa, que consiste em um conjunto de ações direcionadas para a investigação das condições de acesso e de qualidade dos serviços de saúde. Dessa fase resultará a certificação das unidades básicas de saúde. Esta acontece com o apoio de instituições de ensino e pesquisa, na organização e no desenvolvimento dos trabalhos de campo, que se caracteriza pela aplicação de um instrumento organizado em seis módulos.

O Módulo I - Observação na Unidade de Saúde; Módulo II - Entrevista com Profissional da Equipe; Módulo III - Entrevista com o Usuário; Módulo IV – Entrevista com os Profissionais do NASF; Módulo V – Observação da Unidade de Saúde Bucal; e Módulo VI – Entrevista com o Profissional de Saúde Bucal (PINTO; SOUSA; FERLA 2014).

A quarta fase é a repactuação entre gestores municipais e as equipes, a partir das realidades evidenciadas pela avaliação externa.

O PMAQ-AB, com a finalidade de garantir maior equidade na comparação das equipes de EqESF no processo de certificação, realizados nos dois primeiros ciclos do Programa, classificou os municípios em estratos, considerando aspectos sociais, econômicos e demográficos, construindo um índice que variou de 0 a 10, composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) per Capita; Percentual da população com plano de saúde; Percentual da população com Bolsa Família; Percentual da população em extrema pobreza; e Densidade demográfica. Considerando esses aspectos, e mediante o cálculo para estratificação, os municípios foram distribuídos em seis estratos com as seguintes características: 1- até 10.000 habitantes (hab.); 2 - 10.001 a 20.000 hab.; 3- de 20.001 até 50.000 hab.; 4 - de 50.001 até 100.000 hab.; 5 - de 100.001 até 500.000 hab.; e 6 mais de 500.000 hab (BRASIL, 2013, p37).

Participaram do 1º Ciclo 17.482 Equipes Estratégia de Saúde da Família (EqESF) caracterizando 53,1% de adesão de EqESF. No 2º Ciclo, participaram 30.523 EqESF, apresentando 88,7% de adesão de EqESF, notadamente um crescimento de aproximadamente 36% de um ciclo para o outro. Nesse contexto, com base nos dados obtidos no 1º e 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, o objetivo deste artigo é descrever as principais características da atenção pré-natal e puerperal desenvolvida pela ESF no Brasil, considerando suas desigualdades regionais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, que utilizou dados secundários obtidos a partir da aplicação do Instrumento de Avaliação Externa do 1º e 2º do PMAQ-AB.

Fizeram parte deste estudo os municípios que foram certificados e classificados no estrato 6, distribuídos entre as cinco regiões do Brasil, o que corresponde no 1º Ciclo a 4.089 EqESF, divididas entre 125 cidades e 20 estados; e no 2º Ciclo a 6.713 EqESF, divididas entre 137 cidades e 22 estados.

Foram utilizados os dados do Módulo I e II referentes ao 1º e 2º Ciclo do PMAQ – AB, que tratavam respectivamente, da observação da infraestrutura da Unidade de Saúde e entrevista com o profissional da EqAB. As variáveis selecionadas foram todas as que se relacionavam com a atenção pré-natal e puerperal, e que se repetiram nos dois ciclos. Este segundo critério de inclusão foi necessário para a realização das comparações entre os ciclos. Destaca-se, contudo, que, mesmo sendo necessário, tal critério se tornou um limitador do estudo ao excluir da análise outras variáveis importantes para a compreensão da qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério na AB.

As variáveis selecionadas versaram sobre: a estrutura, insumos e materiais para o auxílio do acompanhamento da gestante e monitoramento da puérpera; a oferta de ações e serviços desenvolvidos para as gestantes; bem como a verificação dos registros de acompanhamento realizados pelos profissionais. Elas foram organizadas e identificadas, segundo os módulos originais do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, sendo selecionadas 27 variáveis do módulo I e 22 variáveis do módulo II.

As análises aconteceram através da estatística descritiva (média e porcentagem). Com o intuito de comparar o 1º e 2º Ciclo, para verificar as associações entre a atenção pré-natal/puerperal e as regiões do país, foi utilizado o Teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram analisados a partir da utilização do software estatístico SPSS, versão 20.0.

A presente pesquisa por se tratar da análise de um banco de dados de acesso público (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php) diante disso não precisou de Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, por não ferir o que traz a resolução 466/2012.

RESULTADOS

No 1º Ciclo, das 4.089 EqESF classificadas no estrato 6 do PMAQ-AB e incluídas no estudo, a região Norte teve 66 equipes, divididas entre o Amazonas com 34 e o Pará com 32. A região Nordeste teve 544 equipes, divididas entre Bahia com 79, Ceará com 52, Paraíba com 88, Pernambuco com 244, Rio Grande do Norte com 31, Piauí com 5 e Sergipe com 45. A região Centro-Oeste teve 217 equipes, divididas entre Distrito Federal com 28, Goiás com 152, Mato Grosso do Sul com 33 e Mato Grosso com 4. A região Sudeste teve 2.713 equipes, divididas entre São Paulo com 1.285, Rio de Janeiro 611, Minas Gerais com 726 e Espírito Santo com 91. Por fim, a região Sul teve 549 equipes, divididas entre Paraná com 190, Santa Catarina com 237 e Rio Grande do Sul com 122 EqESF. No 1º Ciclo, os estados de Alagoas e Maranhão não tiveram municípios classificados no estrato 6.

No 2º Ciclo, das 6.713 EqESF classificadas no estrato 6 e incluídas no estudo, a região Norte teve 226 equipes, divididas entre o Amazonas com 152 no Amazonas e o Pará com 74. A região Nordeste teve 1.115 equipes, divididas entre Bahia com 224, Ceará com 120, Paraíba com 177, Pernambuco com 286, Rio Grande do Norte com 108, Piauí com 15, Sergipe com 76, Alagoas com 39 e Maranhão com 70. A região Centro-Oeste teve 409 equipes, divididas entre Distrito Federal com 118, Goiás com 154, Mato Grosso do Sul com 74 e Mato Grosso com 63. A região Sudeste teve 4.011 equipes, divididas entre São Paulo com 1.838, Rio de Janeiro 1.176, Minas Gerais com 876 e Espírito Santo com 121. Por fim, a região Sul teve 952 equipes, divididas entre Paraná com 431, Santa Catarina com 294 e Rio Grande do Sul com 227 EqESF.

Gráfico 1 - nível de participação das EqESF por região no 1º Ciclo;

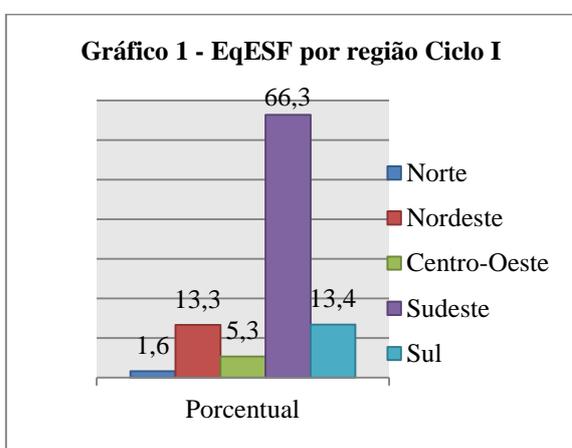
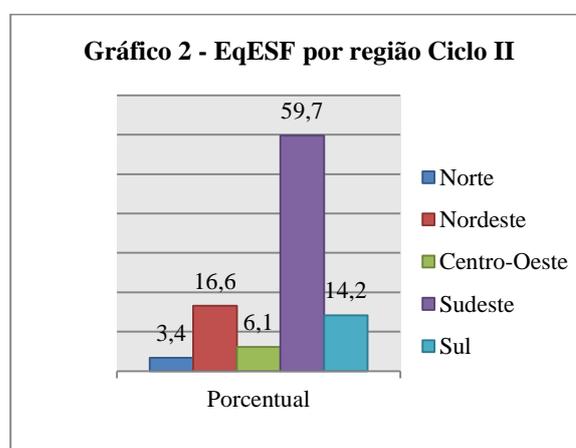


Gráfico 2 - nível de participação das EqESF por região no 2º Ciclo.



Os **gráficos 1 e 2** mostram o nível de participação das EqESF por região no 1º e no 2º Ciclo e o aumento do número de adesão ao programa de um ciclo para outro. A região sudeste concentra, nos dois ciclos, o maior número de equipes e representa mais de 60% das equipes participantes no programa.

Entre maio de 2013 e maio de 2014, a região norte registrava uma cobertura de 53,59% de ESF; a região nordeste de 75,1%; a região Centro-oeste de 56,02%; a região sudeste de 44% e a região sul de 56% (MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2019). Estes dados evidenciam que, mesmo o Nordeste sendo a região com maior cobertura de ESF, ela não apresenta o maior número de municípios classificados no estrato 6.

A análise das variáveis presentes no módulo I acerca da estrutura, insumos e materiais forneceram um panorama geral quanto ao abastecimento de equipamentos importantes que auxiliam na avaliação clínica, acompanhamento e manejo da mulher, durante a gestação e após o parto.

Com relação ao abastecimento de insumos para a realização do exame citopatológico, para a região Norte, o estudo revelou que no 1º ciclo havia o abastecimento de espelho descartável, espátula de Ayres, fixador de lâmina e lâmina de vidro em 70% dos serviços. No que se refere ao recipiente porta lâmina, apenas 53,7% dos serviços dispunham desse material. No 2º ciclo, a média de abastecimento desses materiais se manteve em 70%, exceto para o abastecimento do recipiente porta lâmina que caiu para 50% nos serviços participantes do estudo.

Na região Nordeste, no 1º ciclo, havia o abastecimento de espelho descartável, espátula de Ayres, fixador de lâmina e lâmina de vidro em 80% dos serviços. No que se refere ao recipiente porta lâmina, apenas 67,8% dos serviços dispunham desse material. No 2º ciclo, a média de abastecimento desses materiais se manteve em 80%, exceto para o abastecimento do recipiente porta lâmina que apresentou melhora, mas presente em apenas 70% nos serviços participantes do estudo.

A região Centro-oeste, no 1º ciclo, havia o abastecimento de espátula de Ayres e lâmina de vidro em 80% dos serviços. No que se refere ao espelho descartável, fixador de lâmina e recipiente porta lâmina, respectivamente, 68%, 58% e 70% dos serviços dispunham desses materiais. No 2º ciclo, a média de abastecimento desses materiais apresentou acentuada melhora no abastecimento de 90% desses materiais nos serviços participantes.

Nas regiões Sudeste e Sul, no 1º ciclo, havia abastecimento de espelho descartável, espátula de Ayres, fixador de lâmina, lâmina de vidro e recipiente porta lâmina em 80% dos

serviços. No 2º ciclo o abastecimento desses materiais se manteve em 90% dos serviços participantes.

Quanto ao abastecimento de tiras de glicemia, fita métrica, fornecimento da caderneta da gestante, dispensação de ácido fólico e sulfato ferroso, todas as regiões, no 1º ciclo, mostraram que 80% dos serviços dispunham desses materiais. No 2º ciclo, a região Sul apresentou melhora com o abastecimento de 96% desses materiais nos serviços, enquanto que as demais regiões se mantiveram com 80%.

Quanto aos materiais que auxiliam na avaliação clínica da gestante, a região Norte apresentou, no 1º ciclo, uma média de dois aparelhos de pressão, dois estetoscópios, um termômetro, uma balança antropométrica de 150 kg, um glicosímetro, uma mesa para exame ginecológico e um sonar por equipe. No 2º ciclo, a média do aparelho de pressão baixou de dois para um, e os demais equipamentos se mantiveram em um por equipe.

A região Nordeste apresentou, no 1º ciclo, uma média de três aparelhos de pressão, três estetoscópios, um termômetro, uma balança antropométricas de 150 kg, um glicosímetro, uma mesa para exame ginecológico e um sonar por equipe. No 2º ciclo, a média do aparelho de pressão baixou de três para um, os demais equipamentos se mantiveram em um por equipe.

A região Centro-oeste apresentou, no 1º ciclo, uma média de três aparelhos de pressão, três estetoscópios, um termômetro, duas balanças antropométricas de 150 kg, dois glicosímetros, uma mesa para exame ginecológico e um sonar por equipe. No 2º ciclo, a média baixou para um de cada material por equipe, exceto o estetoscópio que aumentou de três para cinco.

A região Sudeste apresentou, no 1º ciclo, uma média de seis aparelhos de pressão, seis estetoscópios, um termômetro, três balanças antropométricas de 150kg, dois glicosímetros, uma mesa para exame ginecológico e dois sonares por equipe. No 2º ciclo, a média baixou para um de cada material por equipe, exceto o estetoscópio que aumentou de seis para sete.

A região Sul apresentou, no 1º ciclo, uma média de cinco aparelhos de pressão, cinco estetoscópios, um termômetro, dois balanças antropométricas de 150 kg, dois glicosímetros, uma mesa para exame ginecológico e um sonar por equipe. No 2º ciclo, a média baixou para um de cada material por equipe, exceto o estetoscópio que aumentou de cinco para sete.

No que se refere a sala de vacina, no 1º ciclo, na região Norte não haviam salas de vacinas nos serviços participantes, que apresentou média 0. Nas demais regiões, a média foi de uma sala de vacina por unidade de saúde. No 2º ciclo todas as unidades de saúde participantes possuíam em seu estabelecimento uma sala de vacina.

Quanto aos imunobiológicos preconizados para a gestante, o estudo revelou que houve significativo incremento, do 1º para o 2º ciclo, no abastecimento das vacinas dupla tipo adulto (dT), influenza sazonal e hepatite B em todas as regiões. No 1º ciclo, as regiões Norte e Centro-oeste apresentaram os índices mais baixos e estes variaram entre 21,8% e 87,2%. No 2º, a variação em todas as regiões foi de 78,6% e 99,3% de abastecimento vacinal nos serviços de AB participantes.

A análise dos dados oriundos do módulo II propiciou a identificação de algumas dinâmicas de trabalho direcionadas ao cuidado com a gestante, entre estas, os registros acerca do acompanhamento da gestante; dos exames realizados; da gestão e organização do processo de trabalho voltado ao pré-natal.

No 1º ciclo, na região Norte, 92% das equipes registravam informações sobre o profissional responsável pelo acompanhamento da gestante durante o pré-natal e também registravam informações sobre a vacinação em dia da gestante. 40% das equipes registravam a consulta odontológica e 78,8% registravam informações sobre a coleta de citopatológico na gestante. No 2º ciclo, houve queda nos registros realizados pelas equipes sobre a consulta odontológica e coleta de citopatológico, respectivamente, sendo 37,1% e 70,6% das equipes participantes.

No 1º ciclo, nas regiões Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul, 92% das equipes registrava informações sobre o profissional responsável pelo acompanhamento da gestante durante o pré-natal e também registravam informações sobre a vacinação em dia da gestante. No tocante aos registros sobre a consulta odontológica, na região Nordeste 71,1% das equipes realizava esse tipo de registro; na região Sudeste e Sul 70%; enquanto que na região Centro-oeste apenas 50% possuía essa prática. No que se refere à coleta de citopatológico na gestante, nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, 88% das equipes a registravam; e na região Centro-oeste 75, %.

No 2º ciclo, as regiões Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul mantiveram-se com 92% das equipes realizando registros sobre o profissional responsável pelo acompanhamento da gestante no pré-natal e vacinação em dia. Quanto aos registros de consulta odontológica, a região Nordeste teve 67,7% das equipes realizando esse tipo registro; a região Centro-oeste teve 67,1%; a região Sudeste teve 73,9% e a região Sul teve 88,1% das equipes registrando a consulta odontológica. Quanto à coleta de citopatológico na gestante, nas regiões Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul, o índice de registros foi de 84%.

Quanto à realização de exames, no 1º e 2º ciclo, as sorologias para sífilis, anti-HIV, hepatite B, toxoplasmose e exames laboratoriais para dosagem de hemoglobina e hematócrito,

glicose e urocultura ou sumário de urina são realizados em todas as regiões, com uma variação no índice de realização de 93% a 100%.

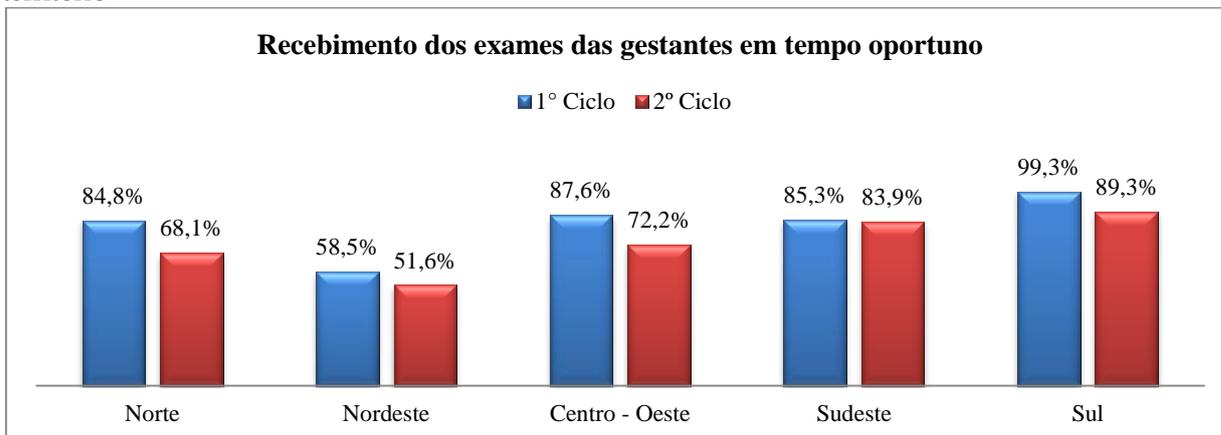
Com relação ao tempo de espera para a realização de uma ultrassonografia obstétrica, o estudo apontou que, no 1º ciclo, a região Norte apresentou uma média estatisticamente aparada de 26,31 dias, a região Nordeste de 24,5 dias, a região Centro-oeste de 19 dias, a região Sudeste de 32,8 dias e a região Sul de 28,7 dias. No 2º ciclo, a região Norte apresentou uma média estatisticamente aparada de 31 dias, a região Nordeste de 27,1 dias, a região Centro-oeste de 41,5 dias, a região Sudeste de 29,7 dias e a região Sul de 23,7 dias.

Quanto à gestão e organização de ações da equipe, para o desenvolvimento da atenção ao pré-natal, o estudo revelou que no 1º ciclo, na região Norte 80,3% das equipes organizava ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade. Foi observado que 100% das equipes utiliza a caderneta da gestante e realizava orientações sobre a vacina contra dT. Na região Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul, 95% das equipes organizavam ofertas de serviço e encaminhamentos das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade. Foi observado que em média 97% das equipes nestas regiões utilizavam a caderneta da gestante e realizavam orientações sobre a vacina contra dT.

No 2º ciclo do PMAQ-AB, diferente do 1º ciclo, as equipes foram questionadas quanto à utilização de protocolo de estratificação de risco para o pré-natal. Neste quesito, a região Norte teve 55,2% das equipes utilizando o protocolo; a região Nordeste teve 71,9% de utilização; a região Centro-oeste teve 69,9% do uso; e as regiões Sudeste e Sul tiveram 87% das equipes utilizando o protocolo de estratificação de risco para o pré-natal. Ainda para o 2º ciclo, foi observado que nas cinco regiões do Brasil, 99% das equipes utilizavam a caderneta da gestante e realizavam orientações a cerca da vacina dT.

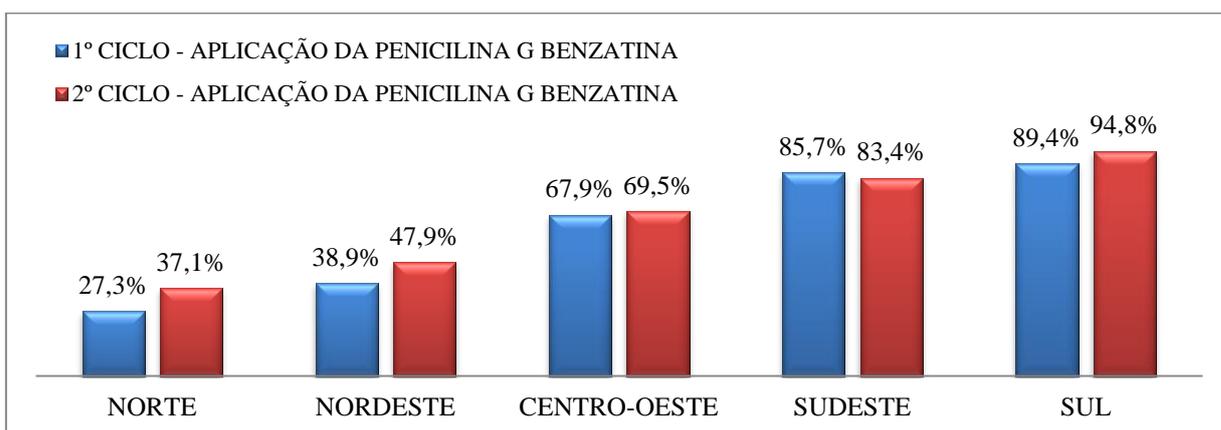
Quanto a alimentação do sistema de informação sobre o pré-natal, no 1º ciclo, a região Norte teve 77,3% das equipes realizando esta ação; e as demais regiões tiveram 92% das equipes participantes do estudo realizando a alimentação do SisPré-natal. No 2º ciclo, a região Norte teve 81,9% das equipes realizando a alimentação do sistema, e as demais regiões tiveram 92% das equipes realizando este registro.

Gráfico 3: 1º e 2º CICLO/PMAQ – AB: Recebimento dos exames das gestantes em tempo oportuno no território



O **gráfico 3** mostra que, no 1º ciclo, na região Norte, 84,8% das equipes recebiam os exames das gestantes em tempo oportuno; no Nordeste 58,5%; na região Centro-oeste 87,6%; na região Sudeste 85,3% e na região Sul 90,3% das equipes conseguiram ter os resultados exames das gestantes em tempo oportuno. Já, no 2º ciclo, na região Norte 68,8% das equipes recebiam os exames das gestantes em tempo oportuno; no Nordeste 51,6%; na região Centro-oeste 72,2%; na região Sudeste 83,9% e na região Sul 89,3% das equipes conseguiram ter os resultados exames das gestantes em tempo oportuno.

Gráfico 4: Realização de aplicação da penicilina G benzatina



O **gráfico 4** mostra, no 1º ciclo, a realização de aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde e os dados revelaram que a região Norte teve 27,3% de aplicação do fármaco; a região Nordeste teve 38,9%; a região Centro-oeste teve 67,9%; a região Sudeste teve 85,7% e a região Sul teve 89,4% de aplicação da penicilina G benzatina. No 2º ciclo, os dados revelaram que a região Norte teve 37,3% de aplicação do fármaco; a região Nordeste

teve 47,9%; a região Centro-oeste teve 69,5%; a região Sudeste teve 83,4% e a região Sul teve 94,8% de aplicação da penicilina G benzatina, que é um eficiente antibiótico utilizado no tratamento de distintas patologias, e dentre elas, a sífilis, em todos os seus estágios.

A análise do módulo II, para o 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB, aplicado aos profissionais de saúde possibilitou identificar ainda as principais ações realizadas por eles, para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto.

Gráfico 5: 1º CICLO/PMAQ – AB: Ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto por região

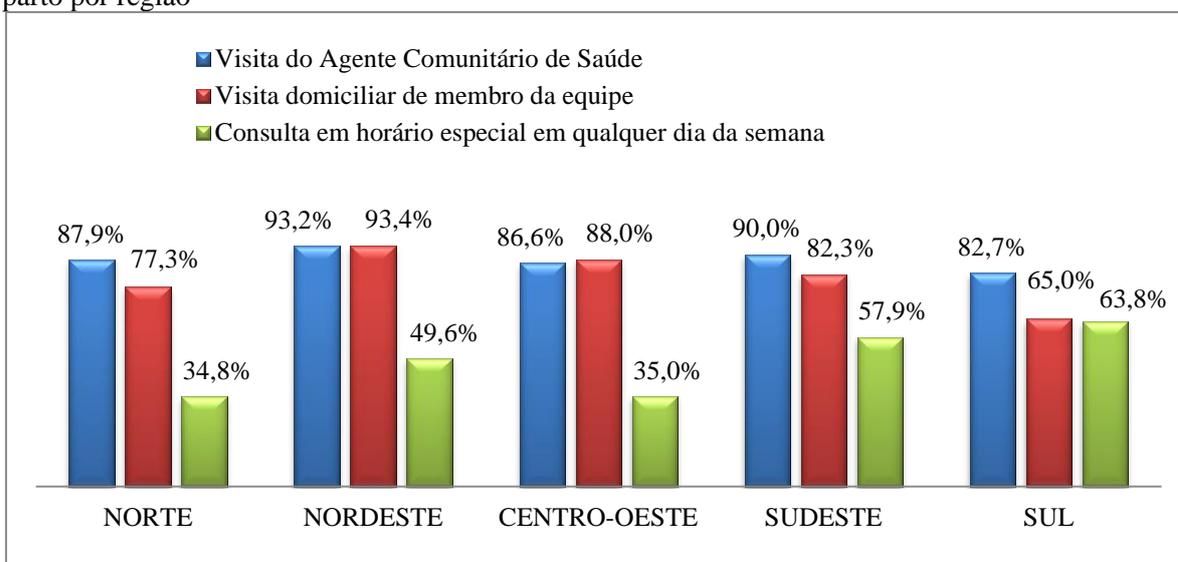
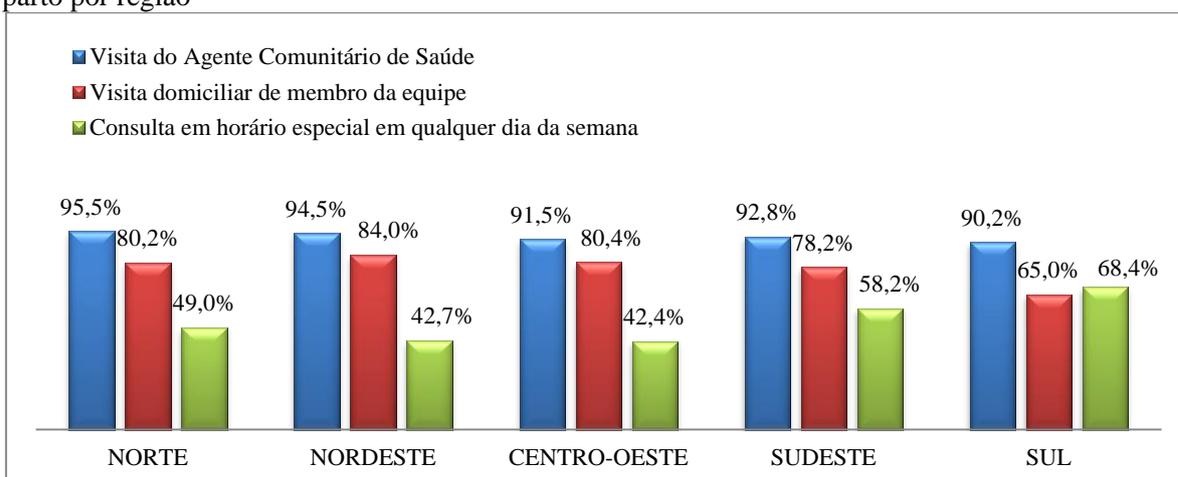


Gráfico 6: 2º CICLO/PMAQ – AB: Ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto por região



Os **gráficos 5 e 6** mostram que, no 1º ciclo, na região Norte 87,9% das equipes realizavam visita do agente comunitário de saúde; 77,3% visita domiciliar de membro da equipe e 34,8% consulta em horário especial em qualquer dia da semana. Na região Nordeste,

93,2% realizava visita do agente comunitário de saúde; 93,4% visita domiciliar de membro da equipe e 86,6% consulta em horário especial em qualquer dia da semana. Na região Centro-oeste, 88% das equipes realizavam visita do agente comunitário de saúde; 35% realizavam visita domiciliar de membro da equipe e 50,4% consulta em horário especial em qualquer dia da semana. Na região Sudeste, 90% das equipes realizavam visita do agente comunitário de saúde; 82,3% visita domiciliar de membro da equipe e 57,9% consulta em horário especial em qualquer dia da semana. Na região Sul, 82,7% das equipes realizava visita do agente comunitário de saúde; 65% visita domiciliar de membro da equipe e 63,8% consulta em horário especial em qualquer dia da semana.

No 2º ciclo, na região Norte 95,5% das equipes realizavam visita do agente comunitário de saúde; 80,2% visita domiciliar de membro da equipe e 49% consulta em horário especial em qualquer dia da semana. Na região Nordeste, 94,5% das equipes realizavam visita do agente comunitário de saúde; 84% visita domiciliar de membro da equipe e 42,7% consulta em horário especial em qualquer dia da semana. Na região Centro-oeste, 91,5% realizava visita do agente comunitário de saúde; 80,4% visita domiciliar de membro da equipe e 42,4% consulta em horário especial em qualquer dia da semana. Na região Sudeste, 92,8% realizava visita do agente comunitário de saúde; 72,8% visita domiciliar de membro da equipe e 58,2% consulta em horário especial em qualquer dia da semana. Na região Sul, 90,2% realizava visita do agente comunitário de saúde; 65% visita domiciliar de membro da equipe e 68,4% consulta em horário especial em qualquer dia da semana.

DISCUSSÃO

No presente estudo, realizamos uma descrição das principais características da atenção pré-natal e puerperal, desenvolvida pela ESF no Brasil, buscando refletir sobre as desigualdades regionais identificadas.

A melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal coopera para a prevenção de óbitos maternos e infantis, que ocorrem consideravelmente por causas evitáveis. Para o período que corresponde a 2012, 2013 e 2014, anos em que foram realizadas as avaliações externas do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB, à taxa de mortalidade materna na região Norte foi de 71,8 por 100 mil nascidos vivos, na região Nordeste 70,67, na região Centro-oeste 56,05, na região Sudeste 49,03 e na região Sul 40,08, enquanto que para o mesmo período, a taxa nacional foi de 56,98 por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2019).

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) produziu o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, no sentido de diminuir esses indicadores a um nível considerado aceitável pela Organização de Saúde, que compreende uma relação inferior a 20 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012). No ano de 1990 a RMM foi de 47,7, e em 2013 atingiu um pico de 58,1. O pacto, por sua vez, propunha que em 2015 a RMM fosse reduzida para 35,8 o que não aconteceu. Ainda assim, em 2015 o Brasil apresentou declínio no número de óbitos maternos atingindo uma RMM de 44 por 100 mil nascidos vivos. Apesar que não atingirem os níveis epidemiológicos pactuados, estes dados colocaram o Brasil em uma tendência decrescente na mortalidade materna global (NICHOLAS e col., 2015).

É importante reforçar que as taxas de mortalidade materna evidenciam a desigualdade da assistência à saúde ofertada por cada região, o que segundo os dados apresentados, não está relacionado apenas à cobertura populacional dos serviços de saúde. As regiões Norte e Nordeste possuem taxas maiores que a taxa nacional. No período em que ocorreu o 2º ciclo do PMAQ-AB, a região Norte possuía 53,6 % de cobertura populacional pela a ESF, a região Nordeste já apresentava 75,1% de cobertura, enquanto que as demais regiões permaneciam com coberturas de aproximadamente 50% (BRASIL, 2019).

A região Nordeste, apesar de possuir a maior cobertura de serviços à população, só teve a participação neste estudo (por estarem no estrato 6 do PMAQ-AB) de 544 cidades; a região Norte 66 cidades; a região Centro-oeste 217; a região Sul 549 e a região Sudeste 2713 cidades. Esse dado mostra que considerável número das equipes estão situadas em municípios de baixo porte e que as maiores cidades, com melhores índices de acordo com critério do PMAQ-AB para estratificação, encontram-se na região Sudeste (BRASIL, 2019).

Através dos resultados apontados neste estudo é possível ratificar ainda que a cobertura populacional por si só não é suficiente para diminuir a morbidade e mortalidade materna, haja vista que é a qualidade da atenção ofertada às mulheres que poderá propiciar melhores condições de saúde. Os resultados aqui discutidos enfatizam o entrelaçamento entre qualidade dos serviços de saúde e desenvolvimento regional, dado que, as desigualdades sócias e econômicas refletem diretamente na qualidade da atenção à saúde.

A cobertura pré-natal foi ampliada significativamente no Brasil após a adoção do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, desde o ano 2000, cuja estratégia principal é assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, e aos recém-nascidos (SERRUYA, 2006). Apesar da melhoria implementada, parte considerável da população alvo não recebe esse serviço. Além disso, a

não realização do pré-natal de qualidade tem sido associada a resultados indesejados na gravidez e parto entre mães e recém-nascidos, problemas como a sífilis congênita, morte neonatal e prematuridade (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Outros fatores contribuem para a tendência da redução da mortalidade materna, entre eles: aumento do nível de escolaridade entre mulheres; diminuição do número de filhos por mulher; diminuição da desigualdade social; ampliação da rede básica de saúde; ampliação da atenção ao planejamento reprodutivo e do pré-natal e facilitação do acesso e da qualidade da assistência em hospitais para o parto e puerpério (BITTENCOURT et al., 2013).

Compreende-se, assim, que os desfechos perinatais sofrem influência de determinantes sociais, econômicos e culturais que são considerados como determinantes distais em nível macro; às condições de vida e trabalho configuram-se em determinantes intermediários e refletem o estado nutricional da mulher durante a gravidez, parto e puerpério; já os determinantes reconhecidos como proximais associam-se aos comportamentos individuais, refletido nas complicações perinatais (BITTENCOURT et al., 2013).

A promoção da cidadania das mulheres pressupõe o direito à saúde e aos direitos reprodutivos. Os indicadores de saúde materna revelam a qualidade do cuidado prestado por diferentes níveis de atenção e a garantia da cidadania e dos direitos reprodutivos das mulheres. Melhores condições de vida, de trabalho, a redução da discriminação e das diversas formas violências, bem como o acesso a serviços e assistência de saúde com qualidade, de forma digna e integral evitariam muitos óbitos maternos que ocorrem por complicações decorrentes da gestação, parto e puerpério (BITTENCOURT et al., 2013).

Mortes maternas por causas obstétricas diretas são aquelas que resultam de complicações durante a gravidez, parto e pós-parto, até 42 dias. No Brasil, em distintas regiões, as causas obstétricas diretas, como abortamento, hemorragias, síndromes hipertensivas específicas da gravidez e infecção no puerpério configuram-se como as principais causas de óbitos, apresentando maiores níveis quanto a Razão de Mortalidade Materna (RMM) (BRASIL, 2019).

Grande parte das causas obstétricas diretas mencionadas acima é considerada evitável, estando sensível à atenção básica, passíveis de serem identificadas durante o acompanhamento pré-natal, quando este acontece de maneira adequada às necessidades da gestante. As causas obstétricas diretas decorrem de complicações relacionadas à gravidez, parto ou puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer umas das causas mencionadas (BRASIL, 2019; VIELLAS, 2013). Como exemplo pode ser citado às mortes por hemorragia obstétrica, por distúrbios

hipertensivos da gravidez, por complicações anestésicas e/ou de partos cirúrgicos (WHO, 2014).

O estudo aponta como fatores favoráveis à qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério na AB, nos dois ciclos, o fornecimento de equipamentos que auxiliam a equipe na avaliação clínica das gestantes; a disponibilização e utilização da caderneta da gestante; a dispensação da suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso; e o abastecimento das vacinas preconizadas durante a gravidez. Todos estes materiais e insumos apresentaram uma variação de 83% a 99% para o 2º ciclo, o que evidencia melhora de um momento para o outro. Este dado parece apontar para um incremento da AB, o que pode ser reflexo de políticas públicas de incentivo, como o PMAQ-AB.

É importante ressaltar que no ano de 2014 o ministério da saúde lançou uma nova caderneta da gestante, mais didática para a gestante e profissionais, esse instrumento passou ter maior distribuição na rede de serviços o que pode ter contribuído para os resultados do 2º Ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2014).

A disponibilização desses insumos é fundamental para a qualidade da atenção pré-natal e puerperal. No que diz respeito aos equipamentos disponíveis para a avaliação clínica da gestante, vale destacar que os aparelhos para aferição da pressão são essenciais para avaliar clinicamente a gestante e diagnosticar a hipertensão gestacional. A hipertensão é um dos principais agravos à saúde nesta fase, que se inicia com a gravidez sem presença de proteinúria que por vezes por também não ser evidenciada. Quando a hipertensão é identificada após a 20ª semana e o exame de urina evidencia presença de proteinúria, a gestante passa a ser diagnosticada com pré-eclampsia. Estas duas condições se diferenciam da hipertensão crônica, diagnosticada antes ou até a 20ª semana de gestação. Gestantes hipertensas são propensas ao agravamento de seu quadro diante de uma avaliação ineficaz, podendo evoluir para pré-eclampsia sobreposta ou eclampsia. Esta avaliação é clínica e apoiada pelos exames laboratoriais preconizados para o pré-natal (KERBER, MELERE, 2017).

O aparelho de sonar Doppler é outro equipamento que auxilia na avaliação clínica do feto através da ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) que passam a ser audíveis por esse equipamento a partir da 12ª semana. A fita métrica é um instrumento de avaliação clínica de baixo custo, mas que propicia a identificação do crescimento do fundo uterino que ao longo do tempo entre uma consulta e outra, permitirá determinar se o crescimento corresponde à idade gestacional, e permite identificar sinais de oligodrâmio ou polidrâmio, condições favorecidas por outras doenças de base. A medição da altura uterina suscitará a

suspeita do agravo que só será confirmado após a realização de uma ultrassonografia obstétrica (BRASIL, 2012).

A ultrassonografia obstétrica é exame de rotina que auxilia e apoia achados clínicos e laboratoriais. No entanto, não melhora o prognóstico perinatal isoladamente. Quando realizada precocemente, este exame permite diagnosticar a gestação múltipla e definir de forma mais acurada a idade gestacional (MELETTI, et al 2010).

Com base nessas informações clínicas, destaca-se que o estudo mostrou que a média de espera pelos exames de rotina na gestação variou entre 19 e 41 dias entre os ciclos. Esse não é um resultado que define as condições de qualidade do pré-natal, porque a ultrassonografia não é um exame de indicação rotineira e não há evidências que apontem que sua freqüente realização pela gestante melhore o prognóstico perinatal. A decisão para realização das ultrassonografias deve partir da avaliação individualizada de cada gestação. (AMORIM, MELO, 2009).

Outro bom indicador da qualidade da atenção pré-natal e puerperal identificada no presente estudo diz respeito à caderneta da gestante, presente em praticamente todas as unidades participantes dos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB. Ela se constitui em uma rica fonte de informação, pois contém os registros principais da atenção pré-natal, como o número de consultas, vacinas aplicadas, procedimentos e exames realizados, e registro das avaliações clínicas e odontológicas (POLGLIANI, NETO, ZANDONADE, 2014). Quando preenchida de forma objetiva e adequada, a caderneta é fundamental para a equipe que receberá a gestante na maternidade, para o parto, lhe proporcionando um panorama geral do quadro gestacional. Ela é assim, o principal instrumento de referência e contra-referência, no âmbito do SUS, sendo seu preenchimento obrigatório (ZANCHI ET AL, 2013).

A suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso também indica a qualidade da atenção, na medida em que é disponibilizada em todas as regiões e se constitui em uma rotina das unidades de saúde. A partir das recomendações ministeriais, o protocolo de ácido fólico e sulfato ferroso foram instituídos no âmbito do SUS com o objetivo de assegurar padrões adequados de maturação e desenvolvimento fetal (LUNARDI-MAIA, SCHUELTER-TREVISI, GALATO, 2014). As vacinas são disponíveis em mais 80% das unidades de saúde avaliadas nos dois ciclos do PMAQ-AB e esse é um fato importante no sentido da proteção imunológica que as vacinas propiciam não só para a mãe, mas também para o recém-nascido (ROCHA ET AL, 2016).

Para que vacinas sejam administradas é importante que o estabelecimento de saúde tenha um local apropriado a fim de seja garantida a conservação e administração das vacinas,

se faz necessário também a qualificação da equipe de enfermagem para o gerenciamento, manutenção e manipulação adequada dos imunobiológicos (SIQUEIRA ET AL, 2017).

No tocante à realização dos exames laboratoriais preconizados para as gestantes, em todas as regiões do Brasil obteve-se um índice de 93% a 100% para os dois ciclos. Contudo, se contrapõe a este dado, o não recebimento destes em tempo oportuno no território. No 1º ciclo, na região Nordeste apenas 58,6% das equipes da ESF recebia em tempo oportuno os exames das gestantes, o que se diferencia nas demais regiões que apresentaram índices melhores. Entretanto, no 2º ciclo, quanto ao recebimento dos exames, as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste permaneciam com baixo acesso aos resultados dos exames, com piora nas regiões Nordeste e Centro-oeste.

Este dado é preocupante, pois aponta uma baixa na qualidade do cuidado às gestantes no pré-natal e está diretamente relacionado com a rede de apoio ao diagnóstico, e consequentemente, com a qualidade e eficiência da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A importância da Atenção Básica no pré-natal se justifica por sua função de coordenadora do cuidado, ao atuar como centro de comunicação entre diversos pontos de atenção. A RAS é composta de arranjos organizativos que se forma a partir de ações e serviços de saúde, os quais se diferenciam por suas densidades tecnológicas e missões assistenciais, que se complementam de maneira articulada com base na territorialidade e traz a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta preferencial de acesso ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012b).

Outra ação preconizada na atenção à gestante na AB é a coleta de citopatológico. Este consiste em um procedimento estratégico que reflete a oportunidade do rastreamento do câncer de colo de útero, durante o período gravídico puerperal. É um procedimento que exige uma série de materiais que estão presentes em grande parte das regiões. No entanto, na região Norte apenas 54% das equipes dispõem de fixadores e porta-lâminas, quando o ideal seria que estes materiais fossem abastecidos em igual número dos demais materiais para citopatológico, para que não inviabilizasse a realização da coleta ou interferisse no acondicionamento e preservação do material, não prejudicando a qualidade do diagnóstico (SANTANA, SANTOS, MACHADO, 2013) De acordo com Olegário, 2019, em sua pesquisa realizada em João Pessoa – Paraíba, apenas 16% das cadernetas foram preenchidas.

Outro fato negativo é a não disponibilização nos serviços de atenção básica dos testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV. Essa falta pode interferir na captação precoce da gestante e na identificação de agravos à saúde, tanto da mãe quanto do recém-nascido. O estudo mostrou que, tanto no 1º, quanto no 2º ciclo, havia a baixa disponibilização dos testes rápidos nos

serviços participantes. Esta situação se contrapõe ao que é preconizado pelo próprio Ministério da Saúde que implementou os testes rápidos como exames de rotina no pré-natal, a fim de auxiliar, de forma precoce, no diagnóstico (BRASIL, 2019). Os testes rápidos tiveram maior distribuição em os anos de 2013, e esse dado pode ter contribuído para melhoria dos resultados do 2º Ciclo de avaliação do PMAQ-AB (BRASIL, 2013).

O diagnóstico da sífilis é, na maioria dos casos, feito pela sorologia, e diante disso, salienta-se a importância de testar a gestante, já na primeira consulta de pré-natal, se possível; ainda no primeiro trimestre. Esta sorologia deve ser repetida em torno das 28 semanas de gestação. O diagnóstico pode ser feito tanto por testes convencionais, quanto por testes rápidos treponêmicos ou não treponêmicos (BRASIL, 2016). A não disponibilização da testagem rápida, retarda o diagnóstico da sífilis, que conseqüentemente retarda o tratamento que é feito com a administração da penicilina G benzatina, tanto em grávidas, quanto nos seus parceiros sexuais e nas crianças que foram infectadas verticalmente (PADOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018).

No Brasil a sífilis aumentou significativamente, sendo considerada uma epidemia. A sífilis congênita é uma doença que pode ser prevenida, desde que a gestante seja diagnosticada e prontamente tratada, junto com seu parceiro. Os resultados deste estudo revelam a baixa administração da penicilina G benzatina, fármaco indicado para o tratamento da sífilis em adultos, gestantes e crianças, e o principal recurso de controle da sífilis congênita. A não aplicação deste medicamento acontece principalmente nas regiões Norte e Nordeste.

Em 2013, no Brasil, a detecção de novos casos de sífilis em gestantes teve taxa de 7,4 casos por 1.000 nascidos vivos, enquanto que a de sífilis congênita teve taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos. Em 2016, essas taxas já atingiam, respectivamente, 12,4 e 6,8 casos por 1.000 nascidos vivos. O intrigante é que em 2016, 81,6% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram o pré-natal e apenas 57% delas tiveram o diagnóstico durante esse acompanhamento, 37% delas tiveram esse diagnóstico durante o parto e 0,5% não tiveram diagnóstico algum (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). A Portaria Nº 3.161 publicada em 27 de dezembro de 2011, dispõe sobre a administração da penicilina G benzatina nas unidades de atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, e das estratégias do Ministério com estados e municípios (BRASIL, 2011).

Acontece que entre as regiões do Brasil existe o desabastecimento dos testes rápidos para sífilis e também a não realização do tratamento adequado, pela falta de aplicação da penicilina G benzatina. Estudo sobre a prevenção da sífilis na AB aponta que a falta desse

procedimento pode ser influenciada pelo desconhecimento da equipe quanto o diagnóstico e tratamento; pela resistência por parte da equipe de enfermagem em realizar a administração do fármaco na unidade básica de saúde e pela dificuldade do manejo adequado diante do diagnóstico da sífilis (LAZARINI, BARBOSA, 2015).

Além do mais, a sífilis é uma doença de notificação compulsória que, ao ser identificado, deve ser e informada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Na medida em que um agravo à saúde não é identificado e notificado, epidemiologicamente torna-se inviável mensurar a sua magnitude com precisão. Os indicadores de saúde facilitam a quantificação e identificação das necessidades de saúde, ao possibilitar a avaliação das informações que são produzidas através dos sistemas de informações. São importantes, pois subsidiam a tomada de decisão no que diz respeito às prioridades e o estabelecimento de ações e programas (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

Em 2011, a Portaria nº 3.161 dispõe sobre a administração da penicilina G benzatina das unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Menciona ainda que a administração desse fármaco deve ser realizada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico (BRASIL, 2011).

No entanto no Parecer técnico nº003 lançado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2013, faz a ressalva de que a penicilina só deverá ser administrada em locais que tenham profissionais habilitados e que nestes locais haja condições mínimas de socorro a reações adversas imediatas, entre estes equipamentos estão material para suporte respiratório e oxigenoterapia, fármacos como adrenalina e hidrocortizona para sob prescrição médica (COFEN, 2013).

Tantos posicionamentos controversos geram entre os profissionais de enfermagem insegurança quanto a administração da penicilina G benzatina, mesmo diante da prescrição médica e necessidade do paciente e usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) (LAZARINI, BARBOSA, 2015).

Contudo, a fim de resolver esta situação o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 03 de 2017 lançou uma nota técnica a fim de esclarecer aos profissionais de enfermagem e as demais categorias como médicas e farmacêuticas sobre a importância da penicilina G benzatina nas Unidades Básicas de Saúde principalmente para o tratamento da sífilis. Muitos dos profissionais de enfermagem possuem receio que os impedem de realizar a administração desse fármaco, alegam a incidência de sérias reações e o não aparato para suporte de emergência na UBS (COFEN, 2017).

A nota enfatiza a qualidade do fármaco e tras evidências que para a reação mais grave, o choque anafilático, a taxa de letalidade é de 1 em cada 50.000 a 100.000 tratamentos, ou seja, 0,0001%. O COFEN afirma que de maneira alguma se justifica a não administração da penicilina na atenção básica, frente às consequências geradas pelo não tratamento ou tratamento inadequado da doença (COFEN, 2017)

O estudo mostrou que em todas as regiões há registro de informações no Sispré-natal. Contudo, não é possível identificar se o registro foi de qualidade ou não. O sispré-natal é um sistema de informação que possibilita acompanhar o pré-natal e a assistência à gestante, com o objetivo de melhorar a atenção pré-natal e puerperal, a partir de critérios estabelecidos desde a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, e aprimorados com a instituição da Rede Cegonha em 2011 (CAVALCANTE ET AL, 2015).

A rede Cegonha se utiliza do sispre-natal para o acompanhamento da gestante e desde que foi instituída, financia 100% do custeio dos exames do pré-natal. Os valores são repassados fundo a fundo e a 1º parcela é realizada com base na estimativa de gestantes atendidas que foram informadas através do plano de ação regional (CGR); a 2º parcela do recurso é realizada mensalmente de acordo com o número de gestantes cadastradas e com resultados de exames verificados em tempo oportuno (BRASIL, 2011). Este incentivo financeiro pode ser um dos principais fatores que favorecem a utilização do sistema de informação na atenção ao pré-natal, apontando a importância desse tipo de pagamento por performance (MENDELSON et al, 2017)

Outro fato negativo para qualidade do pré-natal no país é o baixo uso de protocolos para estratificação do risco gestacional nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, identificado no 2º ciclo. O Ministério da Saúde elaborou, em parceria com sociedades nacionais e internacionais de especialidades médicas, protocolos clínicos para manejo adequado das múltiplas situações e/ou possíveis intercorrências diagnosticadas, durante o período gravídico puerperal. Estes protocolos foram amplamente divulgados entre os serviços e profissionais de saúde (SOUZA, 2011). A identificação do risco auxilia no planejamento e manejo adequado da gestante, fortalecendo a rede de cuidados perinatais, com qualificação e reestruturação dos processos assistenciais que se inicia na primeira consulta de pré-natal e se estende ao parto, puerpério e ao recém-nascido (DEMITTO et al, 2017).

Por fim, o estudo identificou que a principal ação utilizada para a garantia da consulta puerperal até o décimo dia após o parto é a visita do agente comunitário de saúde (ACS). O ACS trabalha com adscrição de indivíduos e familiares em área definida geograficamente, desenvolve ações de integração entre equipe de saúde e comunidade, informa a população a

cerca das datas e horários de consultas e exames agendados, além de se manter atento na busca ativa de usuários que necessitam de atendimentos específicos (BRASIL, 2017).

Quando capacitado e diante da necessidade, o ACS pode realizar atendimentos básicos de monitoramento da saúde, entre eles estão a aferição da pressão arterial e aferição da temperatura axilar, durante uma visita domiciliar (BRASIL, 2017). Ao comprovar que é a visita domiciliar realizada pelo ACS a principal estratégia para alcançar a puérpera, até o décimo dia após o parto, se reconhece a importância desse profissional junto à equipe de saúde da família. A relevância da consulta à puérpera nesse período especificamente delimitado está na identificação de complicações que podem ser provenientes da gravidez e/ou parto (ANVISA, 2017).

Uma das principais causas obstétricas diretas de morbidade e mortalidade materna é a infecção puerperal, que por vezes é de difícil determinação, logo após o parto, mas que pode ser identificada pelo ACS através dos sinais de morbidade febril puerperal que é caracterizada pela presença de febre de no mínimo 38°C, durante dois dias quaisquer dos primeiros 10 dias após o parto, não considerando as primeiras 24 horas iniciais (ANVISA, 2017).

Importante ressaltar que a visita não deve se restringir a apenas aferição da pressão arterial ou temperatura corporal, a realização de procedimentos por si só, sem anamnese e análise pode não ser suficiente para perceber o risco e vulnerabilidade da puérpera. O Agente Comunitário de Saúde ele não é um profissional com formação em saúde, essencialmente a sua atribuição é exercer atividades de prevenção a luz da educação popular em Saúde através de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Dito isso e contrariamente ao que recomenda a nova PNAB 2017, o Cofen afirma que o ACS só realizará a execução de procedimentos técnicos que exigem conhecimento e capacidade técnica específica se estes possuírem a respectiva formação e autorização legal (COFEN, 2018).

Ações básicas e realizadas com qualidade, durante a visita domiciliar do ACS, vão além de estreitar laços entre a comunidade e a equipe de saúde. Suas ações podem evitar o agravamento da situação de saúde das mulheres, e seus recém-nascidos, em sua área adscrita. Este dado se torna preocupante no atual cenário nacional, no qual a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) traz a revisão das diretrizes para a organização desse nível atenção e aponta para fragilização do trabalho da equipe de saúde da família, ao flexibilizar a quantidade de ACS junto a estes profissionais além de delegar funções para as quais não estão capacitados (MAROSINI, FONSECA, LIMA 2018).

A PNAB de 2011 trazia em seu texto a adequação da necessidade e quantidade do número ACS junto à equipe e ao território, objetivando a equidade. Quando o critério de flexibilização dos parâmetros populacionais indicava o favorecimento dos que apresentassem maior necessidade de atenção, o texto dizia que “quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe” (BRASIL, 2011).

A nova PNAB de 2017 desconsidera a relação que existia entre quantidade e qualidade, ao relativizar, através da indefinição, a quantidade de ACS por equipe e indicar que a quantidade deve ser baseada em critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a legislação vigente. Com esta indefinição, é possível que haja a formação de equipes com um único ACS. Quando a nova PNAB traz a indefinição do número de ACS e a flexibilização dos critérios de cobertura, fomenta a reconstituição de barreiras ao acesso à atenção à saúde de parte da população fragilizando o trabalho da equipe de atenção a saúde (MAROSINI, FONSECA, LIMA 2018; BRASIL, 2017).

Considerando os dados de maneira global, o estudo identificou melhorias em muitos aspectos da assistência ao pre-natal e puerpério na AB do Brasil. No entanto, em alguns fatores importantes, as regiões Norte e Nordeste destacam-se negativamente. Nestas regiões, grande parte das equipes não tem acesso aos exames das gestantes em tempo oportuno, os serviços não disponibilizam de testes rápidos e não acontece à aplicação da penicilina G benzatina. Contudo, é importante salientar que, apesar disso, estas regiões melhoraram entre um ciclo e outro.

Em uma situação intermediária, encontra-se a região Centro-oeste, por apresentar melhora na maior parte dos processos, apresentando índices mais baixos no 2º ciclo, a cerca do recebimento dos exames em tempo oportuno. As regiões Sudeste e Sul são as que se destacam positivamente nos dois ciclos, na maioria dos aspectos analisados e se mantiveram com os mesmos percentuais de qualidade.

Assim, é importante destacar que há muito o que ser reorganizado e modificado para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Em especial, é preciso investir na qualificação das EqESF para um trabalho de prevenção de agravos e promoção da saúde, direcionado ao território. Tal desafio implica em organizar os processos de trabalho das equipes de saúde da família, de maneira democrática, de modo a valorizar cada profissional.

CONCLUSÃO

É importante destacar que fizeram parte desse estudo apenas as equipes que fazem parte de cidades classificadas no estrato 6 do PMAQ-AB. Isto quer dizer que os resultados apresentados se referem à realidade de equipes situadas nas cidades com melhores condições econômicas, demográficas e sociais do país. Ao destrinchar os dados, e realizar as comparações, são perceptíveis as desigualdades na qualidade dos serviços de saúde nas cinco regiões do Brasil. Isso mostra que as regiões melhoram de forma desigual.

O PMAQ-AB possui um perfil meritocrático e isto pode estar contribuindo com as desigualdades observadas neste estudo. Isto porque, o programa apesar de seus critérios para garantir mais equidade na certificação das unidades básicas de saúde, certifica e repassa incentivos financeiros, a partir do desempenho das equipes. Com isso, é possível observar que nos dois primeiros ciclos do programa, os maiores incentivos financeiros foram direcionados à região Sudeste e, em especial, à cidade de São Paulo, que apresentou aproximadamente 50% do total de cidades classificadas no estrato 6.

É importante que haja o fomento de políticas públicas que sejam capazes de considerar as condições específicas de cada região, a fim de diminuir as desigualdades. É preciso tornar os processos de incentivos financeiros mais justos, ao considerarem uma avaliação pautada na equidade. Assim, será possível, de fato, trabalhar nas desigualdades identificadas, para seja possível qualificar a atenção à saúde e equiparar os serviços pertencentes de Atenção Básica que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente àquela atenção ofertada as mulheres durante gravidez, parto e puerpério.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Melania Maria Ramos; MELO, Adriana Suely de Oliveira. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal: parte 2. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 7, p. 367-374, July 2009 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000700008&lng=en&nrm=iso>. accesson 06 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000700008>.
- ANJOS, Juliana Cristine dos; BOING, Antonio Fernando. 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.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 835-850, Dec. 2016 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400835&lng=en&nrm=iso>. accesson 21 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>.

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, Apr. 2012.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso>. accesson 21 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.

BRASIL, Ministério da saúde. PORTARIA Nº 3.161, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Agência Nacional de VIGILÂNCIA SANITÁRIA. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CRITÉRIOS Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. CASOS DE SÍFILIS IDENTIFICADOS NAS GESTANTES. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisgestantebr.def>, acesso em 30 de janeiro de 2019. BRASIL. PORTARIA Nº 3.161, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2011

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012

BRASIL. e-Gestor - Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>, acessado em 20/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>, acessado em 19/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. 2011c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816. Acesso em: janeiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS; 2013.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 set.

BRASIL. Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>,

acessado em 20/01/2019.

CAVALCANTI, Bárbara Maranhão Calábria; Teixeira , Caroline Santos; PRADO, Milena Cristina Martins Coelho; RODRIGUES, Mirella. Avaliação da qualidade do registro do sispre natal: uma comparação com os dados do prontuário. *Revenferm UFPE online.*, Recife, 9(Supl. 10):1461-8, dez., 2015. Disponível em

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10859/12084>

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Parecer COFEN n. 003, de 2013. Dispõe sobre a administração da penicilina por profissionais de enfermagem nos serviços de atenção básica [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2013.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Parecer COFEN n. 003, de 2017. Dispõe sobre esclarecimento a cerca da administração da penicilina por profissionais de enfermagem nos serviços de atenção básica [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2017.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Parecer COFEN n. 01 de 2018. Dispõe sobre GRUPO DE TRABALHO SOBRE PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE AGENTES DE SAÚDE – PROFAGS [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2018.

Demitto MO, Gravena AAF, Dell’Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High riskpregnanciesandfactorsassociatedwith neonatal death. *RevEscEnferm USP.* 2017;51:e03208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208>

HILL Z, KIRKWOOD BR, EDMOND K. Family andcommunitypracticesthatpromotechildsur - vival, growthanddevelopment: a reviewoftheevidence. Geneva: World Health Organization; 2004.

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html, acesso em 30 de janeiro de 2019.

KERBER, Guenevere de Franceschi; MELERE, Cristiane. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **RevCuid**, Bucaramanga , v. 8, n. 3, p. 1899-1906, Dec. 2017 .

Availablefrom<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000301899&lng=en&nrm=iso>. accesson 06 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.454>.

KOFFMAN MD, BONADIO IC. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA DA CIDADE DE SÃO PAULO. *Rev Saúde MaternInfant* 2005; 5 Suppl1:S23-32

LAZARINI, Flaviane Mello; BARBOSA, Dulce Aparecida. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2845, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100305&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 fev. 2019. Epub 30-Jan-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>.

LUNARDI-MAIA, Tânia; SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana; GALATO, Dayani. 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.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 541-547, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001200541&lng=en&nrm=iso>. accesson 06 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/So100-720320140005051>.

MENDELSON A, KONDO K, DAMBERG C, LOW A, MOTÚAPUAKA M, FREEMAN M, et al. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. **Ann Intern. Med**, 166(5):341-53, 2017.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso>. accesson 06 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

OLEGÁRIO, Walnizia Kessia Batista. Dissertação; Fatores de risco associados com as complicações hipertensivas em gestantes, Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGMDS, fevereiro 2019.

PADOVANI, Camila; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de; PELLOSO, Sandra Marisa. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3019, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100335&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 fev. 2019. Epub 09-Ago-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>.

POLGLIANI, Rúbia Bastos Soares; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; ZANDONADE, Eliana. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 269-275, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000600269&lng=en&nrm=iso>. accesson 06 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140004907>.

ROCHA, Bárbara Cristina Casemiro da et al. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2287-2292, July 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702287&lng=en&nrm=iso>. accesson 06 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.16862015>.

SANTANA, JanneEyre Oliveira de; SANTOS, Mônica; MACHADO, IzadoraLisbôa Dantas. A importância da realização do papanicolaou em gestantes: uma revisão de literatura. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. Aracaju. v. 1. n.17. p. 39-48. out. 2013.

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos; ABREU, Andréia Patrícia de Sousa Brasil; CAMPOS, Tarcylla Gomes. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. *Revenferm UFPE online.*, Recife, 11(Supl. 7):2939-45, jul., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/8458/19206>

SIQUEIRA, Leila das Graças et al . Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 3, p. 557-568, Sept. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300557&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300013>.

Sistema de Informações sobre Mortalidade. Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal. <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>, acessado em 19/01/2019.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TOMASI, Elaine et al . Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, e00195815, 2017 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso>. accesson 21 Jan. 2019. Epub Apr 03, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.

VETTORE, Marcelo Vianna et al . Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 5, p. 1021-1034, May 2011.

ARTIGO 2

TÍTULO: DESIGUALDADE ENTRE OS ESTADOS BRASILEIROS QUANTO AO USO DE PROTOCOLOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES ESPECÍFICAS NO PRÉ-NATAL

RESUMO

A atenção pré-natal é umas das principais estratégias para a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. É a estratégia de saúde da família a responsável por um cuidado de qualidade durante a gestação, parto e puerpério. O uso de protocolos para estratificação de risco embasa a tomada de decisão do profissional e permite de forma objetiva identificar gestantes de risco ou que estejam em situação de vulnerabilidade. O objetivo desse estudo é caracterizar a desigualdade entre os estados brasileiros quanto ao uso de protocolos de estratificação de risco e desenvolvimento de ações específicas no pré-natal. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, a partir de dados secundários do componente de avaliação externa do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB. Os dados evidenciaram que o uso da caderneta da gestante, o registro de informações durante o acompanhamento pré-natal, o recebimento de exames em tempo oportuno, aplicação da penicilina G benzatina e as estratégias de captação da mulher até o 10º dia pós parto, configurada pela visita domiciliar do ACS ou de outro membro da equipe e flexibilização dos horários das consultas, ao nível de significância de $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%, estão relacionadas com o desenvolvimento de ações baseadas na estratificação de risco e uso de protocolo no pré-natal. Os estados com desempenhos desfavoráveis foram àqueles situados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, o que fomenta a necessidade de construção de políticas públicas que enfrentem as desigualdades em saúde dos serviços de atenção básica, considerando de forma mais precisa as características regionais e locais, afim de que seja aprimorado o acesso e a qualidade da atenção pré-natal.

Descritores: Pré-Natal; Avaliação em Saúde; Desigualdades em Saúde

ARTICLE 2

Title: Inequality among Brazilian states regarding the use of protocols for risk stratification and development of specific actions in prenatal care

ABSTRACT

Prenatal care is one of the main strategies for reducing maternal and infant morbidity and mortality. It is the family health strategy that is responsible for quality care during pregnancy, delivery and puerperium. The use of protocols for risk stratification underlies professional decision-making and allows for the objective identification of pregnant women at risk or who are in a situation of vulnerability. The objective of this study is to characterize the inequality among Brazilian states regarding the use of risk stratification protocols and the development of specific actions in prenatal care. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study based on secondary data from the external evaluation component of the 1st and 2nd cycle of PMAQ-AB. The data evidenced that the use of the pregnant woman's book, the registration of information during the prenatal follow-up, the receipt of examinations in a timely manner, the application of penicillin G benzathine and the strategies of the woman's uptake until the 10th day postpartum, configured by the home visit of the ACS or another team member and flexibilization of the consultation schedules, at a significance level of $p < 0.05$ and a 95% confidence interval (CI), are related to the development of actions based on the stratification of risk and use of protocol in prenatal care. The states with unfavorable performance were those located in the North, Northeast and Central West regions, which fosters the need to build public policies that address health inequalities in basic health services, taking into account regional and local characteristics, in order to improve the access and quality of prenatal care.

Keywords: Prenatal; Health Evaluation; Inequalities in Health

INTRODUÇÃO

O objetivo da atenção pré-natal é contribuir para a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil (TOMASI ET AL, 2017; MENDOZA-SASSI, 2011).O desenvolvimento de ações resolutivas e capazes de acolher as gestantes são características de um pré-natal de qualidade na rede de atenção básica. Além disso, esta mesma rede deve coordenar o cuidado e facilitar o acesso na própria atenção básica, bem como a outros pontos da rede, em seus distintos níveis de atenção a saúde, a fim de oferecer um cuidado direcionado às necessidades da mulher durante a gravidez, parto e pós-parto (BRASIL, 2005).

No sentido de expandir e melhorar as práticas de atenção e gestão do cuidado durante o acompanhamento gravídico-puerperal que a Rede Cegonha (RC) propõe o uso de ferramentas que favoreça um novo modelo de atenção ao parto, um modelo que garanta às mulheres e às crianças uma assistência que permita a vivência da experiência da maternidade e nascimento com segurança, dignidade e respeito, ratificando que gravidez e parto não são processos patológicos, mas algo natural e fisiológico que se consistiu em uma experiência única para gestante (BRASIL, 2014).

Diante disso, a RC propõe a reorganização dos processos de trabalhos nos serviços de saúde que cuidam da mulher desde a gravidez ao pós-parto. A RC propõe algumas diretrizes, entre elas a garantia de algumas do acolhimento e classificação de risco, qualificação e acesso a assistência, através do uso de protocolos como ferramenta de apoio a tomada de decisão; a garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até outros níveis de atenção, incluindo a maternidade de referência para a gestante. O uso de protocolos de classificação de risco obstétrico no pré-natal junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF), proporciona a identificação da paciente crítica ou de maior gravidade o que permite a otimização do atendimento, pois ele orienta uma análise simples mas sistematizada que permite identificar situações que coloquem a vida sob ameaça (BRASIL, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) consiste no principal modelo de atenção à saúde para consolidação do pré-natal na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS). É importante conhecer as ações que são desenvolvidas pelas equipes de saúde durante o pré-natal, para que seja possível refletir sobre os avanços e desafios que ainda precisam ser enfrentados nos serviços de saúde pública (DIAS DA COSTA et al, 2009; PICCINI et al, 2007).

A avaliação da adequação das ações desenvolvidas durante a atenção pré-natal tem sido objeto de muitos estudos. O acesso e a qualidade da atenção pré-natal se configuram como desafios, que para superá-los se faz necessário o monitoramento e avaliação da rotina das ações implementadas pelas equipes de saúde da família (EqSF) (SERRYA, ET AL 2004; VIELLAS, 2014; BRASIL, 2011;).

Dentre os esforços para fortalecer a institucionalização da avaliação em saúde no Brasil que em 2011, através da portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que foi instituído com o propósito de acompanhar e avaliar o processo de trabalho das equipes, através de conjunto de estratégias de qualificação, com objetivo de incentivar equipes e gestores, a melhorarem os serviços de saúde ofertados à população do território (BRASIL, 2012a).

O PMAQ-AB já se encontra em seu terceiro ciclo. O 1º ciclo aconteceu entre os anos de 2012 e 2013, o 2º ciclo entre os anos de 2013 e 2014 e o 3º ciclo entre os anos de 2015 e 2018. Neste estudo será trabalhado os dados resultantes da avaliação externados dois primeiros ciclos. Nessas duas primeiras versões, o programa dividia-se em quatro fases: Fase 1 - 'Adesão e contratualização'; Fase 2 - 'Desenvolvimento'; Fase 3 - 'Avaliação Externa'; e Fase 4 - 'Recontratualização' (BRASIL, 2012^a).

A primeira fase aconteceu mediante a contratualização de compromissos e indicadores, firmados entre as equipes e gestores com o Ministério da Saúde, através da pactuação local, regional e estadual e a participação social. A segunda fase foi estruturada em quatro dimensões centrais: 1-autoavaliação; 2-monitoramento; 3-educação permanente e 4-Apoio Institucional e o objetivo desta fase era o desenvolvimento de estratégias relacionadas aos compromissos firmados, com o intuito de melhorar o acesso e a qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

A terceira fase foi a avaliação externa, que consistiu em um conjunto de ações direcionadas para a investigação das condições de acesso e de qualidade dos serviços de saúde. Dessa fase resultou a certificação das unidades básica de saúde. Esta avaliação aconteceu com o apoio de instituições de ensino e pesquisa, na organização e no desenvolvimento dos trabalhos de campo, que se caracterizou pela aplicação de um instrumento organizado em seis módulos.

O Módulo I - Observação na Unidade de Saúde; Módulo II - Entrevista com Profissional da Equipe; Módulo III - Entrevista com o Usuário; Módulo IV – Entrevista com

os Profissionais do NASF; Módulo V – Observação da Unidade de Saúde Bucal; e Módulo VI – Entrevista com o Profissional de Saúde Bucal (PINTO; SOUSA; FERLA 2014).

A quarta fase do PMAQ-AB foia repactuação entre gestores municipais e as equipes, a partir das realidades evidenciadas pela avaliação externa.

O PMAQ-AB, com a finalidade de garantir maior equidade na comparação das equipes de EqESF no processo de certificação, classificou os municípios em estratos, considerando aspectos sociais, econômicos e demográficos, construindo um índice que varia de 0 a 10, composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) per Capita; Percentual da população com plano de saúde; Percentual da população com Bolsa Família; Percentual da população em extrema pobreza; e Densidade demográfica. Considerando esses aspectos, e mediante o cálculo para estratificação, os municípios são distribuídos em seis estratos com as seguintes características: 1- até 10.000 habitantes (hab.); 2 - 10.001 a 20.000 hab.; 3- de 20.001 até 50.000 hab.; 4 - de 50.001 até 100.000 hab.; 5 - de 100.001 até 500.000 hab.; e 6 mais de 500.000 hab (BRASIL, 2013, p37).

Participaram do 1º Ciclo 17.482 Equipes Estratégia de Saúde da Família (EqESF) caracterizando 53,1% de adesão de EqESF; no 2º Ciclo participaram 30.523 EqESF apresentando 88,7% de adesão de EqESF, notadamente um crescimento de aproximadamente 36% de um ciclo para o outro.

Muitos estudos já realizados apontam para a baixa qualidade no acompanhamento às gestantes durante a atenção pré-natal ofertada pelos serviços de atenção básica. Concomitante a isto, as desigualdades sociais, demográficas e regionais interferem no acesso, acompanhamento e manejo adequado da atenção pré-natal (COSTA, WALTER; 2005; NEUMAN, TANAKA, VICTORA, 2003; PARADA, 2005; TOMASI ET AL, 2017; MENDOZA-SASSI, 2011).

Os estudos apontam ainda que as regiões Norte e Nordeste detêm as piores condições no que se refere a qualidade e acesso. A região Norte se destaca também pela a baixa cobertura e pela falta de profissionais de saúde. Tambémé comum às duas regiões,os níveis de pobreza que acentuam as desigualdades que são sanitárias e, sobretudo, sociais (TOMASI et al, 2017; VIELLAS et al, 2004).

O uso de instrumento para estratificação do risco gestacional e identificação de mulheres em situação de vulnerabilidade proporciona a otimização do diagnóstico e conduta. Para que protocolos sejam implantados se faz necessários movimentos que envolvam a responsabilização de profissionais e efetivação de vínculos de confiança; aperfeiçoamento do trabalho em equipe, abandono do atendimento por ordem de chegada, otimização de espaços e

informação às gestantes e familiares dos tempos de espera previstos para o atendimento (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, com base nos dados obtidos no 1º e 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, o objetivo deste artigo é caracterizar a desigualdade entre os estados brasileiros quanto ao uso de protocolos de estratificação de risco e desenvolvimento de ações específicas no pré-natal.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal, que utilizou dados secundários obtidos a partir da aplicação do Instrumento de Avaliação Externa do 1º e 2º do PMAQ-AB. Foram utilizados dados que correspondem a entrevista realizada com o profissional da EqAB, referentes ao módulo II do instrumento de coleta de dados usado pela Avaliação Externa do PMAQ-AB. Fizeram parte deste estudo os municípios que foram certificados e classificados no estrato 6 do programa, distribuídos entre as cinco regiões do Brasil. Isto corresponde, no 1º Ciclo, a 4.089 EqESF, divididas entre 125 cidades e 20 estados; e no 2º Ciclo a 6.713 EqESF, divididas entre 137 cidades e 22 estados.

Foram selecionadas variáveis que se relacionavam com a atenção pré-natal e puerperal acerca de ofertas, ações e serviços desenvolvidos pelas EqAB, bem como a verificação dos registros de acompanhamento realizados por estes profissionais.

As variáveis foram organizadas e identificadas, segundo os módulos originais do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB. Fazem parte de estudo apenas as variáveis que se relacionavam com a atenção pré-natal e puerperal que estavam presentes nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, totalizando um quantitativo de 22 variáveis. É importante destacar que os municípios classificados no estrato 6 estão condensados na variável estado. Outro dado relevante é que entre um ciclo e outro o que variou foi apenas à variável principal.

As análises aconteceram através da elaboração de dois modelos explicativos de regressão logística binária, um para o 1º ciclo e outro para o 2º ciclo do PMAQ-AB. Nestes modelos, as variáveis foram introduzidas em blocos, permanecendo nos modelos apenas aquelas que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$). O método backward stepwise foi utilizado para a introdução de variáveis nos modelos. Foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%, com a realização do cálculo de ajustamentos das razões de chances.

Para a regressão logística binária, realizada para o 1º ciclo, a variável dependente foi “A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade”. Para o 2º ciclo, a variável dependente foi “A equipe utiliza protocolo para estratificação e avaliação de risco no pré-natal”.

As 22 variáveis independentes foram organizadas didaticamente em três grupos: 1º se relaciona com a realização de registros durante o acompanhamento das gestantes pela equipe; o 2º se refere a realização de exames nas gestantes e o 3º se refere as ações estratégicas para garantia da consulta puerperal até o 10º após o pré-natal.

O 1º grupo: Realização de registros e ações: A equipe alimenta regularmente o SIS/Pré-Natal; A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento; A equipe realiza registros sobre: profissional responsável pelo acompanhamento da gestante, consulta odontológica da gestante, vacinação em dia da gestante, citopatológico realizada na gestante, orientação por parte da equipe sobre a vacina dT, recebimento de exames em tempo oportuno no território e realização da aplicação da peniciliza G benzatina.

2º grupo: Realização de exames de: sorológico para Sífilis, sorológico anti-hiv, sorológico para hepatite b, sorológico para toxoplasmose, dosagem de hemoglobina e hematócrito, glicose e urocultura ou sumário de urina tipo I.

3º grupo: Realização de: visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher, visita domiciliar de membro da equipe, consulta em horário especial em qualquer dia da semana e outras estratégias não definidas no instrumento aplicado pelo PMAQ-AB.

RESULTADOS

A amostra deste estudo para o 1º ciclo do PMAQ-AB constituiu-se de 4.089 equipes de saúde da Atenção Básica. A tabela 2 contempla um resumo das respostas conforme as variáveis independentes incluídas na investigação.

Tabela 5: 1º CICLO – Variáveis selecionadas para regressão logística binária

| REALIZAÇÃO DE AÇÕES E REGISTROS PELA EQUIPE AB | | n | % |
|--|---------|----------|----------|
| A equipe alimenta regularmente o SIS/Pré-Natal | Sim (1) | 3.916 | 95,9 |
| | Não (0) | 166 | 4,1 |
| A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento | Sim (1) | 4.004 | 97,2 |
| | Não (0) | 85 | 2,1 |
| Sobre profissional responsável pelo acompanhamento da gestante | Sim (1) | 3.920 | 95,9 |
| | Não (0) | 169 | 4,1 |
| Sobre consulta odontológica da gestante | Sim (1) | 2.805 | 68,6 |
| | Não (0) | 1.284 | 31,4 |
| Sobre vacinação em dia da gestante | Sim (1) | 3.954 | 96,7 |
| | Não (0) | 135 | 3,3 |
| Sobre coleta de citopatológico realizada na gestante | Sim (1) | 3.605 | 96,7 |
| | Não (0) | 135 | 3,3 |
| Realização de orientação as gestantes em relação à vacina contra tétano | Sim (1) | 4.068 | 99,6 |
| | Não (0) | 18 | 0,4 |
| Equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno | Sim (1) | 3.365 | 12 |
| | Não (0) | 491 | 82,5 |
| É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde | Sim (1) | 3.183 | 77,1 |
| | Não (0) | 894 | 21,9 |
| EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS NAS GESTANTES | | | |
| Sorológico para Sífilis | Sim (1) | 4.050 | 1,0 |
| | Não (0) | 39 | 99,0 |
| Sorológico anti-HIV | Sim (1) | 4.049 | 1,0 |
| | Não (0) | 40 | 99,0 |
| Sorológico para hepatite B | Sim (1) | 4.025 | 98,4 |
| | Não (0) | 64 | 1,6 |
| Sorológico para toxoplasmose | Sim (1) | 4.037 | 98,7 |
| | Não (0) | 52 | 1,3 |
| Dosagem de hemoglobina e hematócrito | Sim (1) | 4.043 | 98,9 |
| | Não (0) | 46 | 1,1 |
| Glicose | Sim (1) | 4.038 | 98,8 |
| | Não (0) | 51 | 1,2 |

| | | | |
|---------------------------------------|---------|-------|------|
| Urocultura ou sumário de urina tipo I | Sim (1) | 3.961 | 96,9 |
| | Não (0) | 128 | 3,1 |

AÇÕES PARA GARANTIR A CONSULTA PUERPERA ATÉ O 10º DIA APÓS O PARTO

| | | | |
|---|---------|-------|------|
| Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher | Sim (1) | 3.650 | 81,7 |
| | Não (0) | 750 | 18,3 |
| Visita domiciliar de membro da equipe | Sim (1) | 3.339 | 81,7 |
| | Não (0) | 750 | 18,3 |
| Consulta em horário especial em qualquer dia da semana | Sim (1) | 2.289 | 56,0 |
| | Não (0) | 1800 | 44,0 |
| Outras ações | Sim (1) | 460 | 88,8 |
| | Não (0) | 3.629 | 11,2 |
| Estado | 20 | | |
| Região | 5 | | |

No 1º ciclo, a participação das equipes foi limitada a 50% do total de equipes de saúde da família registradas no país. Logo, para este ciclo houve a representação de 20 estados que tiveram cidades em que equipes foram classificadas no estrato 6. Embora haja a representação da maioria dos deles, o estado de maior representatividade numericamente é São Paulo, correspondendo 31,4% (n=1.285) equipes, Minas Gerais com 17,8% (n=726), Rio de Janeiro com 14,9% (n=611), Pernambuco com 6,0% (n=244), Santa Catarina com 5,8% (n=237), Paraná 4,6% (n=190), Goiás 3,7% (n=152), Rio Grande do Sul 3,0% (n=122), Espírito Santo 2,2% (n=91), Paraíba 2,2% (n=88), Bahia 1,0% (n=79), Sergipe 1,1% (n=45), Amazonas 0,8% (n=34), Mato Grosso do Sul 0,8% (n=33), Pará 0,8% (n=32), Rio Grande do Norte 0,8% (n=31), Distrito Federal 0,7% (n=28), Piauí 0,1% (n=5) e Mato Grosso 0,1% (n=4).

Tabela 6. 1º CICLO: Pré-Natal e Puerpério na AB

| VARIÁVEIS | B | P | OR | 95% C.I. para | |
|--|-------|------|-------|--------------------|----------|
| | | | | EXP(B) Inferior | Superior |
| A equipe alimenta regularmente o SIS/Pré-Natal | 1.08 | .000 | 1.950 | [0.68 | 4.17] |
| A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento | 1.15 | .002 | 2.160 | [0.50 | 5.63] |
| Sobre profissional responsável pelo acompanhamento da gestante | 0.85 | .008 | 1.330 | [0.25 | 3.35] |
| Sobre consulta odontológica da gestante | 0.63 | .001 | .870 | [0.29 | 1.71] |
| Sobre vacinação em dia da gestante | 0.79 | .011 | 1.200 | [0.20 | 3.03] |
| Sorológico para toxoplasmose | 1.07 | .033 | 1.920 | [0.09 | 6.82] |
| É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde | 0.68 | .001 | .970 | [0.33 | 1.92] |
| Visita domiciliar de membro da equipe | 0.43 | .033 | .540 | [0.04 | 1.29] |
| Consulta em horário especial em qualquer dia da semana | 0.54 | .003 | .720 | [0.20 | 1.46] |
| ESTADOS | | | | | |
| São Paulo - Estado de referência na regressão | | .004 | | | |
| Bahia | -0.32 | .568 | .280 | [-.76 | 1.20] |
| Ceará | 17.71 | .997 | | | |
| Distrito Federal | -0.98 | .121 | .620 | [.89 | 0.29] |
| Espirito Santo | -0.99 | .046 | .630 | [.86 | 0,98] |
| Goiás | -0.49 | .230 | .390 | [.72 | 0.36] |
| Minas Gerais | -0.64 | .015 | .470 | [.68 | 0.88] |
| Mato Grosso do Sul | 17.64 | .998 | | | |
| Mato Grosso | 18.36 | .999 | | | |
| Pará | -0.63 | .318 | .470 | [.85 | 0.84] |
| Paraíba | 1.79 | .087 | 4.990 | [.23 | 45.50] |
| Pernambuco | -0.19 | .629 | .170 | [.62 | 0.80] |
| Piauí | 18.40 | .999 | | | |

| | | | | | |
|---------------------|-------|------|-------|------|-------|
| Paraná | 0.15 | .810 | .160 | [.65 | 2.84] |
| Rio de Janeiro | 0.81 | .034 | 2.250 | [.06 | 3.78] |
| Rio Grande do Norte | 17.90 | .998 | | | |
| Rio Grande do Sul | -0.50 | .265 | .610 | [.75 | 0.46] |
| Santa Catarina | -0.89 | .008 | .410 | [.21 | 0.79] |
| Sergipe | -0.31 | .763 | .730 | [.90 | 4.55] |
| Amazonas | -1.59 | .001 | .200 | [.48 | .92] |
| Constante | -2.66 | .000 | | | |

Na **tabela 6** apresnta-se o resultado da regressão logística binária para o 1º ciclo e estão dispostas as nove variáveis que se mostraram relacionadas com a variável principal e fazem parte da equação. A variável principal é a organização pela equipe de ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes, baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade.

A realização da alimentação do SIS/Pré-natal aumenta em 195% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 417%.

A utilização da caderneta da gestante para o acompanhamento pela equipe aumenta em 216% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 563%.

A presença do registro sobre o profissional responsável pelo acompanhamento da gestante aumenta em 133% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 335%.

Os registros sobre consulta odontológica realizada durante o acompanhamento gestacional aumentam em 87% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 171%.

Os registros que comprovam o cumprimento da administração de vacinas nas gestantes aumentam em 120% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 303%.

A realização da sorologia para toxoplasmose aumenta em 192% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 682%.

A realização pela equipe da aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde aumenta em 97% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 192%.

A realização de visita domiciliar de membro da equipe como estratégia para garantir a consulta puerperal até o 10º dia após o parto aumenta em 54% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 129%.

A disponibilização de consulta para a puérpera em horário especial em qualquer dia da semana como estratégia para garantir a consulta puerperal até o 10º dia após o parto aumenta em 72% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 146%.

Na regressão logística realizada para o 1º ciclo, para verificar o desempenho dos estados, tem como representação de referência para comparações o estado de São Paulo, por ser o estado que concentra o maior número de equipes participantes.

A regressão apresentada na tabela 2 revela que os estados da Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Sergipe se equiparavam ao estado de São Paulo quanto à organização de ofertas de serviço e encaminhamentos das gestantes, baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade. Diante disso, o fato das equipes pertencerem a estes estados não interferem na organização de ofertas de serviços baseadas no risco para as gestantes. Estes achados apresentaram significância estatística de $p > 0,05$.

No entanto, o estado Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Amazonas apresentaram-se como preditores de risco. Pertencer ao estado Espírito Santo diminui em 63% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 98% (OR= 0,630; IC 95%= 0,86 – 0,98).

Pertencer ao estado Minas Gerais diminui em 68% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 88% (OR= 0,470; IC 95%= 0,68 – 0,88).

Pertencer ao estado Rio de Janeiro diminui em 225% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 378% (OR= 2,250; IC 95%= 0,06 – 3,78);

Pertencer ao estado Santa Catarina diminui em 41% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 79% (OR= 0,410; IC 95%= 0,21 – 0,79);

Pertencer ao estado Amazonas diminui em 20% a chance de que a equipe organize ofertas de serviços e encaminhamentos das gestantes, e essa chance é de no máximo de 92% (OR= 0,200; IC 95%= 0,48 – 0,92);

Tabela 7: 2º CICLO – Variáveis selecionadas para regressão logística binária

| REALIZAÇÃO DE AÇÕES E REGISTROS PELA EQUIPE AB | | n | % |
|--|---------|----------|----------|
| Alimentação regular do SIS/Pré-Natal | Sim (1) | 6.123 | 95,1 |
| | Não (0) | 318 | 4,9 |
| Utilização da caderneta da gestante para o acompanhamento | Sim (1) | 6.343 | 98,5 |
| | Não (0) | 98 | 1,5 |
| Registro sobre vacinação em dia da gestante | Sim (1) | 6.157 | 95,6 |
| | Não (0) | 284 | 4,4 |
| Registro sobre coleta de citopatológico realizada na gestante | Sim (1) | 5.593 | 86,8 |
| | Não (0) | 848 | 13,2 |
| Recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno | Sim (1) | 4.904 | 78,6 |
| | Não (0) | 1.332 | 21,4 |
| Aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde | Sim (1) | 4.965 | 77,1 |
| | Não (0) | 1.476 | 22,9 |
| Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher | Sim (1) | 5.289 | 92,7 |
| | Não (0) | 419 | 7,3 |
| Visita domiciliar de membro da equipe | Sim (1) | 4.410 | 77,3 |
| | Não (0) | 1.298 | 22,7 |
| Consulta em horário especial em qualquer dia da semana | Sim (1) | 3.199 | 44 |
| | Não (0) | 2.509 | 56 |
| Outras ações | Sim (1) | 1.628 | 28,5 |
| | Não (0) | 4.080 | 71,5 |

No 2º ciclo, houve um aumento considerável no número de equipes que aderiram ao PMAQ-AB. Neste ciclo, assim como no 1º ciclo, o estado de maior representatividade numericamente foi São Paulo, correspondendo a 27,4% (n=1.838) equipes, Minas Gerais com 13,0% (n=876), Rio de Janeiro com 17,5% (n=1.176), Pernambuco com 4,3% (n=286), Santa Catarina com 4,4% (n=294), Paraná 6,4% (n=431), Goiás 2,3% (n=154), Rio Grande do Sul 3,4% (n=227), Espírito Santo 1,8% (n=121), Paraíba 2,6% (n=177), Bahia 3,3% (n=234),

Sergipe 1,1% (n=76), Amazonas 2,3% (n=152), Mato Grosso do Sul 1,1% (n=74), Pará 1,1% (n=74), Rio Grande do Norte 1,6% (n=108), Distrito Federal 1,8% (n=118), Piauí 0,2% (n=15) e Mato Grosso 0,9% (n=63).

Tabela 8. 2º Ciclo: Pré-Natal e Puerpério na AB

| VARIÁVEIS | B | Sig. | OR | 95% C.I. para EXP(B) | |
|--|--------|------|-------|----------------------|----------|
| | | | | Inferior | Superior |
| Alimentação regular do SIS/Pré-Natal | .799 | .016 | 1.220 | [.16 | 3.25] |
| Utilização da caderneta da gestante para o acompanhamento | .485 | .000 | .620 | [.34 | .96] |
| Registro sobre vacinação em dia da gestante | .803 | .000 | 1.230 | [.54 | 2.23] |
| Registro sobre coleta de citopatológico realizada na gestante | .226 | .068 | 1.250 | [.98 | 1.60] |
| Recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno | .359 | .000 | .430 | [.18 | .74] |
| Aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde | .903 | .000 | 1.470 | [1.02 | 2.01] |
| Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher | .431 | .004 | .540 | [.14 | 1.07] |
| Visita domiciliar de membro da equipe | .282 | .006 | .330 | [.08 | .62] |
| Consulta em horário especial em qualquer dia da semana | .313 | .000 | .370 | [.15 | .63] |
| ESTADO | | .000 | | | |
| São Paulo - Estado de referência na regressão | | | | | |
| Amazonas | -1.769 | .000 | .830 | [.73 | .89] |
| Bahia | -1.760 | .000 | .830 | [.73 | .89] |
| Ceará | -2.254 | .000 | .900 | [.79 | .95] |
| Distrito Federal | -1.401 | .000 | .750 | [.57 | .86] |
| Espirito Santo | .254 | .676 | .290 | [.61 | 3.26] |
| Goiás | -2.283 | .000 | .900 | [.84 | .93] |

| | | | | | |
|---------------------|--------|------|------|------|-------|
| Maranhão | -1.509 | .000 | .780 | [.53 | .90] |
| Minas Gerais | -.465 | .016 | .370 | [.08 | .57] |
| Mato Grosso do Sul | -1.721 | .000 | .820 | [.66 | .91] |
| Mato Grosso | -1.101 | .001 | .670 | [.37 | .83] |
| Pará | -2.037 | .000 | .870 | [.76 | .93] |
| Paraíba | -.632 | .012 | .470 | [.13 | .67] |
| Pernambuco | -1.239 | .000 | .710 | [.57 | .80] |
| Piauí | -2.365 | .000 | .900 | [.71 | .97] |
| Paraná | -.501 | .037 | .390 | [.03 | .62] |
| Rio de Janeiro | -.962 | .000 | .620 | [.48 | .72] |
| Rio Grande do Norte | -.691 | .022 | .500 | [.09 | .72] |
| Rio Grande do Sul | -2.062 | .000 | .870 | [.81 | .91] |
| Santa Catarina | -.598 | .027 | .450 | [.07 | .68] |
| Sergipe | .456 | .536 | .580 | [.63 | 5.69] |
| Alagoas | -2.403 | .000 | .910 | [.79 | .96] |
| Constante | -1.209 | .003 | .700 | | |

Na **tabela 8** está apresentado o resultado da regressão logística binária para o 2º ciclo e estão dispostas as nove variáveis que se mostraram relacionadas com a variável principal e fazem parte da equação. A variável principal é a utilização pela equipe de protocolo para estratificação de risco no pré-natal.

Os resultados mostraram que a alimentação regular do SIS/Pré-Natal aumenta em 122% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 325% (OR= 1.22; IC 95%= 0,16 – 3,25).

A utilização da caderneta da gestante para o acompanhamento aumenta em 62% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 96% (OR= 0.620; IC 95%= 0,34 – 0,96).

Realizar registro sobre vacinação em dia da gestante aumenta em 123% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 223% (OR= 1.23; IC 95%= 0.54 – 2.23).

Realizar registrossobre coleta de citopatológico realizada na gestante não interfere na chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal.

Quando a equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno há o aumento em 43% na chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 74% (OR= 0.430; IC 95%= 0.18 – 0.74).

A aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde aumenta em 1.47% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 201% (OR= 1.47; IC 95%= 1.02 – 2.01).

A utilização da visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher como estratégia de garantia da consulta puerperal até o 10º dia após o parto aumenta em 54% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 107% (OR= .540; IC 95%= .14 – 1.07).

Utilizar a visita domiciliar de membro da equipe como estratégia de garantia da consulta puerperal até o 10º dia após o parto aumenta em 33% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 62% (OR= .330; IC 95%= .08 – .62).

A realização de consulta em horário especial em qualquer dia da semana como estratégia de garantia da consulta puerperal até o 10º dia após o parto aumenta em 37% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 63% (OR= .370; IC 95%= .15 – .63).

A regressão apresentada na tabela 4 mostra a diferença entre os 22 estados brasileiros quando o estado de referência é São Paulo. O fato de a equipe pertencer ao estado do Amazonas diminui em 83% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 89% (OR= .830; IC 95%= .73 – .89).

Pertencer ao estado da Bahia diminui em 83% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 89% (OR= .830; IC 95%= .73 – .89).

Pertencer ao estado do Ceará diminui em 90% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 95% (OR= .900; IC 95%= .79 – .95).

Pertencer ao estado Distrito Federal diminui em 75% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 86% (OR= .750; IC 95%= .57 – .86).

O estado Espírito Santo não apresenta diferença estatística significativa se comparado a São Paulo na utilização de protocolo para estratificação de risco no pré-natal.

Pertencer ao estado Goiás diminui em 90% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 93% (OR= .900; IC 95%= .84 – .93).

Pertencer ao estado Maranhão diminui em 78% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 90% (OR= .780; IC 95%= .53 – .90).

Pertencer ao estado Minas Gerais diminui em 37% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 57% (OR= .370; IC 95%= .08 – .57).

Pertencer ao estado Mato Grosso do Sul diminui em 82% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 91% (OR= .820; IC 95%= .66 – .91).

Pertencer ao estado Mato Grosso diminui em 67% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 83% (OR= .670; IC 95%= .37 – .83).

Pertencer ao estado Pará diminui em 87% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 93% (OR= .870; IC 95%= .76 – .93).

Pertencer ao estado Paraíba diminui em 47% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 67% (OR= .470; IC 95%= .13 – .67).

Pertencer ao estado Pernambuco diminui em 71% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 80% (OR= .710; IC 95%= .57 – .80).

Pertencer ao estado Piauí diminui em 90% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 97% (OR= .900; IC 95%= .71 – .97).

Pertencer ao estado Paraná diminui em 39% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 62% (OR= .390; IC 95%= .03 – .62).

Pertencer ao estado Rio de Janeiro diminui em 62% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 72% (OR= .620; IC 95%= .48 – .72).

Pertencer ao estado Rio Grande do Norte diminui em 50% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 72% (OR= .500; IC 95%= .09 – .72).

Pertencer ao estado Mato Grosso do Sul diminui em 82% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 91% (OR= .820; IC 95%= .66 – .91).

Pertencer ao estado Rio Grande do Sul diminui em 87% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 91% (OR= .820; IC 95%= .81 – .91).

Pertencer ao estado Santa Catarina diminui em 45% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 68% (OR= .450; IC 95%= .07 – .68).

O estado Sergipe não apresenta diferença estatística significativa se comparado a São Paulo na utilização de protocolo para estratificação de risco no pré-natal.

Pertencer ao estado Alagoas diminui em 91% a chance de que a equipe utilize protocolo para estratificação de risco no pré-natal e essa chance é de no máximo de 96% (OR= .910; IC 95%= .79 – .96).

DISCUSSÃO

O resultado da regressão logística, tanto para o 1º, quanto para o 2º ciclo, evidenciou a importância dos registros durante o acompanhamento pré-natal. Mostrou ainda que aquela equipe que possui o hábito de registrar as informações, ações e condutas detêm de uma melhor condição para organizar ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade.

A alimentação do Sistema de Informação do Pré-natal de forma regular pela equipe foi selecionada como uma importante variável no modelo de regressão. No 1º ciclo, se fez importante para a organização de ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade e 2º ciclo mostra que aumenta as chances da equipe utilizar protocolo para estratificação de risco no pré-natal.

A informação é uma ferramenta essencial para a programação de ações dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela torna possível o desenvolvimento de decisões e ações voltadas à atenção pré-natal e puerperal. Os sistemas de informação, como o SIS/Pré-natal,

subsidiar a tomada de decisão dos gestores e trabalhadores e corroboram para a melhoria da assistência materna e infantil (BARBOSA, 2014).

Através do SIS/Pré-natal é possível monitorar e identificar se estão sendo cumpridas ações mínimas essenciais para assistência pré-natal adequada, entre essas ações a captação precoce, cumprimento do calendário vacinal, realização dos exames preconizados e resultados destes exames em tempo oportuno. O SIS/Pré-natal foi instituído através da Política de Humanização do Parto e Nascimento, que estabeleceu incentivo financeiro e o atrelou ao cumprimento de ações mínimas essenciais às gestantes informadas no sistema de informações do pré-natal (BARBOSA, 2014).

Outra variável importante apontada neste estudo foi o uso da caderneta da gestante não implica diretamente na realização de um registro qualificado, mas quando utilizada de forma adequada, com a realização dos registros sobre procedimentos, exames, vacinas, estado clínico da gestante, ela se torna uma ferramenta potente ao permitir verificar se as necessidades das gestantes estão sendo atendidas nos serviços de saúde. Os registros contidos na caderneta da gestante refletem diretamente a qualidade da atenção pré-natal e puerperal prestada e auxiliam na explicação dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e infantil (SANTOS NETO, 2012).

A caderneta ou cartão da gestante é um documento e seu uso é obrigatório nos serviços de saúde pública no Brasil. Ela deve estar sempre disponível nos serviços que realizam o cuidado com a gestante. Seu uso auxilia no acompanhamento adequado e fornece informações que asseguram a integração entre os serviços da rede de atenção à saúde e a comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado à gestação em cada nível de atenção (PARIS, 2013).

A caderneta da gestante é utilizada em estudos que objetivam avaliar a qualidade da atenção pré-natal, a fim de fundamentar políticas públicas de saúde materna e infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de seu papel no encaminhamento para o parto, as cadernetas funcionam como fonte de dados para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (SANTOS NETO, 2012).

Outras variáveis importantes apontadas no modelo de regressão para o 1º ciclo se relacionam aos registros sobre: o profissional responsável pelo acompanhamento, a consulta odontológica e a vacinação em dia das gestantes. Estes registros contribuem diretamente para a organização de ofertas e serviços para as gestantes, com base na estratificação do risco e vulnerabilidade identificada pela equipe. No 2º ciclo, o modelo apontou que dentre os registros realizados durante o acompanhamento pré-natal, o de maior relevância foi o registro

sobre a vacinação em dia da gestante e que este corrobora com o uso de protocolos para estratificação de risco durante o pré-natal.

Durante o acompanhamento pré-natal e puerperal se faz importante a formação de uma rede social de apoio para gestante. Essa rede é formada pela gestante e seus familiares, mas também pelo profissional responsável pelo o acompanhamento. Este se torna referência para a gestante através do vínculo, que é característico da estratégia de saúde da família. É importante o registro sobre o profissional responsável da gestante, pois além dele ser referência para a mulher, é alguém que a rede de saúde pode identificar como parceiro do cuidado durante o referenciamento dessa gestante a outros pontos de atenção (OLIVEIRA, DESSEN, 2012).

O registro da consulta odontológica foi relevante no modelo de regressão do 1º ciclo do PMAQ-AB. Durante a gestação, este registro se faz importante pelo fato de que o corpo da mulher sofre inúmeras adaptações fisiológicas que transforma biológica, psicológica e socialmente a mulher, e estas situações podem predispor as mulheres a riscos à saúde bucal. As transformações hormonais na gestação favorecem processos inflamatórios na cavidade oral e o controle desses processos é importante para o não agravamento do quadro, contribuindo para uma gestação saudável (NETO ET AL, 2012).

Uma das variáveis de registro mais importantes e relevantes nos dois ciclos do PMAQ-AB foi sobre vacinação em dia da gestante. As vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde são a dT ou dTpa-VIP, Hepatite B e Influenza. As gestantes e mulheres em idade fértil recebem a vacinação para controle do tétano neonatal, através da vacina dupla (dT), composta pelo toxóide tetânico e pelo diftérico, que é imunobiológico seguro e eficaz. O tétano neonatal se constitui em um sério problema de saúde pública. Embora epidemiologicamente esteja controlado, a Organização Pan-Americana da Saúde recomenda que a cobertura vacinal seja mantida no patamar de 95% (OPAS, 2017).

O recebimento dos exames das gestantes em tempo oportuno no território pela equipe de atenção à saúde foi significativa e contribuiu nos dois ciclos para a realização do planejamento de oferta de serviços e ações baseadas no risco identificado, bem como para o uso de protocolo para estratificação do risco gestacional. O custeio para realização dos exames do pré-natal é 100% realizado pela Rede Cegonha. Os valores são repassados fundo a fundo e a 1º parcela é realizada com base na estimativa de gestantes atendidas que foram informadas através do plano de ação regional (CGR). A 2º parcela do recurso é realizada mensalmente de acordo com o número de gestantes cadastradas e com resultados de exames verificados em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

A realização dos exames é importante para o diagnóstico de possíveis riscos perinatais que podem colocar em risco a vida da mãe e do recém-nascido. No entanto, só a realização não basta se estes exames não chegarem às mãos dos profissionais da atenção básica e responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal em tempo hábil. Se isso não ocorre, a qualidade do cuidado é inviabilizada, dificultando o tratamento adequado da gestante de acordo com a idade gestacional e necessidades identificadas (VIELLAS et al, 2014; BRASIL, 2012).

Outra variável significativa estatisticamente para os dois ciclos foi à realização da aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde, que consiste no fármaco indicado para o tratamento da sífilis em adultos, gestantes e crianças, e o principal recurso de controle e prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

Como exposto nos resultados das ações voltadas para garantia da consulta puerperal até 10º dia após o parto, no 1º ciclo a visita domiciliar de membro da equipe e a consulta em horário especial em qualquer dia da semana foram significantes e contribuíam para o planejamento da equipe. No 2º ciclo foi significativa no modelo a visita domiciliar do agente comunitário de saúde para captação da mulher, visita domiciliar de membro da equipe e a consulta em horário especial em qualquer dia da semana. Quando o cuidado é orientado à partir do uso de protocolos para a estratificação do risco gestacional, esse cuidado se estende às necessidades da mulher até o puerpério, a fim de que prevenido ou identificados agravos possam surgir mais tardiamente mas em decorrência da gravidez e neste sentido impactar nos índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2014).

As estratégias para a garantia da consulta puerperal até o 10º dia após o parto têm por objetivo identificar possíveis complicações decorrentes da gestação. Dentre estas complicações está a infecção puerperal ou sinais de morbidade febril puerperal que pode ser facilmente diagnosticada da estratégia de saúde família. A infecção puerperal, que por vezes é de difícil determinação, logo após o parto, mas que pode ser identificada pelo ACS através dos sinais de morbidade febril puerperal, que é caracterizada pela presença de febre de no mínimo 38°C, durante dois dias quaisquer dos primeiros 10 dias após o parto, não considerando as primeiras 24 horas iniciais (ANVISA, 2017).

Ações básicas e realizadas com qualidade, durante a visita domiciliar do ACS, vão além de estreitar laços entre a comunidade e a equipe de saúde. Suas ações podem evitar o agravamento da situação de saúde das mulheres, e seus recém-nascidos, em sua área adscrita (MAROSINI, FONSECA, LIMA 2018).

Com relação às diferenças entre os estados brasileiros quanto realização do planejamento de oferta de ações e serviços às gestantes baseadas no risco e referente ao 1º ciclo, a regressão logística mostrou que dos 20 estados representado no estrato 6, a maior parte dos deles não apresentaram diferença estatística significativa ao serem comparadas com São Paulo, estado de referência, com exceção dos estados Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Amazonas.

O modelo de regressão para o 2º ciclo mostrou consideráveis diferenças com relação ao uso de protocolo para estratificação de risco para o pré-natal. Ao contrário do percebido no 1º ciclo, os únicos estados que não apresentaram diferença estatística ao serem comparados a São Paulo foram Espírito Santo e Sergipe.

É importante destacar que os critérios de participação das equipes no PMAQ-AB se diferenciam do 1º para o 2º ciclo. No 1º ciclo, que foi a primeira versão do programa, a participação foi restrita a apenas 50% das equipes. No 2º ciclo as equipes puderam de forma espontânea aderir ao programa. Essa nova forma de adesão favoreceu o aumento de equipes participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB.

No 2º ciclo as razões de chances do uso do protocolo para estratificação do risco no pré-natal variou entre 0,27 a 0,9 vezes a menos que São Paulo. Com estas informações é possível afirmar que há diferenças na qualidade de atenção pré-natal desenvolvida nos diferentes estados brasileiros, que se diferenciam pela falta de planejamento e o não uso de ferramentas que auxiliam o diagnóstico do risco como protocolos específicos. Os estados pertencentes às regiões Norte e Nordeste foram aqueles com menores chances de utilizarem protocolos no pré-natal.

Da região Norte participaram do estrato 6, equipes do Amazonas e Pará. De acordo com outros estudos, a região Norte apresenta a menor cobertura de serviços de saúde no país e sofre com a falta de pessoal de saúde, além de enfrentar elevados níveis de pobreza (VIELLAS, 2014). Situação parecida acontece com a região Nordeste, apesar de ser a região com maior cobertura de estratégia de saúde da família (GUIMARÃES ET AL, 2018). Os estados da região Centro-Oeste apresentaram resultados similares às regiões Norte e Nordeste. As regiões Sudeste e Sul detêm os melhores resultados se comparados a São Paulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação do acesso a ESF e a qualificação da atenção pré-natal e puerperal cooperam significativamente com resultados positivos na redução da morbidade e mortalidade

materna e infantil. Os resultados aqui analisados revelaram a importância dos registros sobre a assistência ofertada a gestante. O estudo possibilita afirmar que a presença do adequado registro coopera para uma assistência qualificada.

No entanto, para além dos registros está às questões operacionais que envolvem toda a rede de atenção à saúde, seja através dos sistemas de informações, seja em nível local, no recebimento dos exames das gestantes em tempo oportuno.

A qualificação da equipe é outro fator suscitado pelo estudo, quando ele ratifica a importância da realização das vacinas e aplicação da penicilina G benzatina; ações simples e relevantes na prevenção de agravos a saúde materna e infantil. O estudo também aponta a importância do agente comunitário de saúde como estratégia para captação de mulheres para a consulta de puerpério até o 10º dia após o parto. Outra estratégia importante e com o mesmo objetivo é a oferta de consulta em horários especiais; iniciativas que facilitam o acesso da gestante aos serviços de saúde.

As diferenças identificadas entre os diversos estados brasileiros refletem condições de vida da população. Políticas públicas que considere a equidade diante da necessidade das gestantes, pode contribuir com a redução das desigualdades, principalmente para mulheres que necessitam dos serviços públicos de saúde para realizar o acompanhamento pré-natal.

O estudo apresenta limitações, pois analisou apenas um recorte daquilo que é avaliado pelo PMAQ-AB a cerca da atenção pré-natal e puerperal, considerando apenas variáveis presentes nos dois primeiros ciclos. Apesar disso, ele enfatiza a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas capazes de considerar as dificuldades geográficas, sociais e econômicas dos estados, com o intuito de melhorar os indicadores de saúde e de fato se instituir uma atenção equânime pautada na realidade de cada região do país.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. CASOS DE SÍFILIS IDENTIFICADOS NAS GESTANTES. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/sifilisgestantebr.def>, acesso em 30 de janeiro de 2019. BRASIL. PORTARIA Nº 3.161, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2011
2. BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, 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.
4. SOUZA, Joao Paulo. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 549-551, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200549&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:768-74. 10. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2015; 37:140-7.
7. Dias-da-Costa G, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1347-57. 5.
8. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. 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* 2011; 27:787-96.
9. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6:307- 18. 12.
10. OLIVEIRA, Maíra Ribeiro de; DESSEN, Maria Auxiliadora. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 29, n. 1, p. 81-88, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100009>.

11. GAFFEY MF, DAS JK, BHUTTA ZA. Millennium Development Goals 4 and 5: past and future progress. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2015;S1744-165X(15)00077-3.
12. OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – Região das Américas elimina o tétano materno e neonatal, 2017. disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5500:regiao-das-americas-elimina-o-tetano-materno-e-neonatal&Itemid=820 acesso em 11/02/2019.
13. PARIS GF, PELLOSO SM, MARTINS PM. [Quality of prenatal care in public and private services]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* outubro de 2013;35(10):447-52.
14. PICCINI RX, FACCHINI LA, TOMASI E, THUMÉ E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7:75-82.
15. SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al . Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3057-3068, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100022&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100022>.
16. SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al . O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 28, n. 9, p. 1650-1662, Sept. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900005&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900005>.
17. SERRUYA SJ, LAGO TG, CECATTI JG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. *Rev Bras Gi - necol Obstet* 2004; 26:517-25. 8.
18. TOMASI E, FERNANDES PAA, FISHER T, SIQUEIRA FCV, SILVEIRA DS, THUMÉ E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00195815.
19. VIELLAS EF, DOMINGUES RMSM, DIAS MAB, Gama SGN, THEME FILHA MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S85-100.

REFERÊNCIAS

- ABBAD, Gardênia; TORRES, Cláudio Vaz. Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 7, n. spe, p. 19-29, 2002.
- AFRESTI, A. FINLAY, B. Métodos estatísticos para as ciências sociais. Penso, 2012.
- BITTENCOURT, S. D. A. ET AL. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. 1. Ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2013.
- BONCIANI, Rosa Dalva Faustinone. Mortalidade materna: uma análise da utilização de lista de causas presumíveis. São Paulo; 2006. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentode Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle da Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Dawson B, Trapp RG. Epiinfo [computerprogram] Version NCSS/PASS 2000: statistical software Dawson edition. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2003.
- MELETI, Daniela; CAETANO, Ana Carolina Rabachini; NARDOZZA, Luciano Marcondes Machado; ARAUJO JUNIOR, Edward; MORON, Antonio Fernandes. A ultrassonografia rotineira em pré-natal de baixo risco colabora com a diminuição das mortalidades maternas e neonatais / Does routine ultrasound in low risk pregnancy collaborate with the reduction of maternal and neonatal mortality. FEMINA. São Paulo. Agosto 2010. vol 38. nº 8.

FERRAZ L, BORDIGNON M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 05];36(2):527-38. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3253.pdf>

Fescina RH, De Mucio B, Diaz Rossello J.L, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en la APS. 3.ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR Publicación Científica, 1577). <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10pb.def>

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde de 2014-2017: Juiz de Fora [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 20]. Available from: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/plano.php>.

JÚNIOR, P. M. A.; SOUZA, T. C. Estimativas de votos de Dilma Rousseff nas eleições presidenciais de 2010 sob o âmbito do bolsa família. Ciência e Natura, v. 37, n. 1, p. 12–22, 2015.

KHAN K, WOJDYLA D, Say L, GÜLMEZOGLU AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet, v. 367, n. 9516, p. 1066-74, 2006.

LAZZARI, C. Primary healthcare and the organization of regional healthcare networks in Brazil. Saúde e Sociedade, v.20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.

LOUSADA, Mariana; POMIM VALENTIM, Marta Lígia. Modelos de tomada de decisão e sua relação com a informação orgânica. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 147-164, Mar. 2011 .

MELO, Cristiane Magalhães de et al . Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 10, p. 3457-3465, Oct. 2017 .

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, José Dínio Vaz, OSIANO Vera Lucia Rodrigues Lopes. A mortalidade materna no Estado de São Paulo, Brasil. BEPA 2013; 10(114):17-29.

MONTGOMERY, D. C.; PECK, E. A.; VINING, G. G. Introduction to Linear Regression Analysis. [S.l.]: John Wiley, 2012.

NICHOLAS, J.K. and Col. Global, regional, and national level of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. GBD 2015. Lancet, v. 388, p. 1775–812, 2016.

NUNES JT, REJANE K, GOMES O, Thaís M, Rodrigues P, Denis M, et al. Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015. Cad Saúde Coletiva. 2016; 24(123):252–61.

OLEGÁRIO, Walnizia Kessia Batista. Dissertação/; Fatores de risco associados com as complicações hipertensivas em gestantes, Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGMDS, fevereiro 2019.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud), 1990a. Plan de Acción Regional de la Mortalidad Materna en las Américas. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C.: OPS/OMS.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, ago. 2012.

PREATO, L.; GOUVEIA, M. A.; MONARI, C. Avaliação do emprego da técnica de análise de regressão logística em teses e dissertações de algumas instituições de ensino superior. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, v. 30, n. 123 – 140, 2009.

Reis LGC, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis (Rio J)*. 2011;21(3):1139-60.

ROSA, Cristiane Quadrado da; SILVEIRA, Denise Silva da; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 48, n. 6, p. 977-984, Dec. 2014.

SENRA, Luis Felipe Aragão de Castro et al. Estudo sobre métodos de seleção de variáveis em DEA. **Pesqui. Oper.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 191-207, Aug. 2007.

SERRUYA SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2004;4(3):269-79. DOI: 10.1590/S1519-38292004000300007

SERRUYA, S.J. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. *Rev Bras Ginecol Obstetric*. 2012.

SOAREZ, Patrícia Coelho de; SOARES, Marta Oliveira; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Modelos de decisão para avaliações econômicas de tecnologias em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4209-4222, Oct. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004209&lng=en&nrm=iso>. accesson 29 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.02402013>.

SOUZA, J.P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstetric*. v. 33, n. 10, pp. 273-9, 2011.

Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:61. DOI:10.1186/1471-2393-10-61

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). /United Nations Children's Fund/United NationsPopulationFund/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. September 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf (acessado em Out/2010).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternal mortality [Internet]. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Millennium Development Goals Report 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimatesby WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank andthe United Nations Division. 2014.

Apêndice A– Instrumento de coleta de dados – 1º Ciclo

MÓDULO 1 E MÓDULO 2

| MÓDULO I – INFRAESTRUTURA DA UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA | | | |
|---|---|--|------------------------------|
| I.9.15 | Sala de vacina | | Quantidade |
| I.11 Equipamentos e materiais | | | |
| Equipamentos e materiais | | | |
| I.11.2 | Aparelho de pressão adulto | | Quantos em condições de uso? |
| I.11.8 | Balança antropométrica de 150 kg | | Quantos em condições de uso? |
| I.11.12 | Estetoscópio adulto | | Quantos em condições de uso? |
| I.11.14 | Focodeluzparaexame ginecológico | | Quantos em condições de uso? |
| I.11.17 | Glicosímetro | | Quantos em condições de uso? |
| I.11.20 | Mesa para exame ginecológico com perneira | | Quantos em condições de uso? |
| I.11.25 | Sonar ou estetoscópio de Pinard | | Quantos em condições de uso? |
| I.11.28 | Termômetro clínico | | Quantos em condições de uso? |
| I.12 Insumos para atenção à saúde | | | |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponíveis |
| I.12.5 | Fita métrica | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponíveis |
| I.12.7 | Espéculo descartável | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.12.10 | Espátula de Ayres | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponíveis |
| | | | Sempre disponível |

| | | | |
|---------|--|--|----------------------|
| I.12.12 | Fixador de lâmina | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.12.15 | Lâmina de vidro com lado fosco | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.12.16 | Porta-lâmina | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.12.17 | Tiras reagentes de medicação glicêmica capilar | | Sempre disponíveis |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponíveis |

I.13 Material impresso para atenção à saúde

Verificar a unidade de saúde a existência e disponibilidade dos materiais impressos listados abaixo.

| | | | |
|--------|-----------------------|--|---------------------|
| I.13.1 | Caderneta da gestante | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.13.5 | Cartão de vacinação | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |

Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais

| | | | |
|---------|-----------------|-----|-----|
| I.14.5 | Ácido fólico | Sim | Não |
| I.14.11 | Sulfato ferroso | Sim | Não |

I.15 Imunobiológicos na unidade de saúde

| | | | |
|--------|------------------------|--|---------------------|
| I.15.2 | Dupla tipo adulto – dT | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| | | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| | | | Às vezes disponível |

| | | | |
|---|---|------------|--------------------------|
| | | | Nunca disponível |
| I.15.4 | Influenza sazonal | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.15.5 | Hepatite B | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.16 Testes diagnósticos na unidade de saúde | | | |
| I.16.1 | Teste rápido de sífilis | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.16.2 | Teste rápido gravidez | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.16.3 | Teste rápido HIV | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponível |
| II.19.25 | Exames de ultrassonografia no pré-natal | Quantidade | Dias de espera |
| | | | Não houve encaminhamento |

| MÓDULO II-ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL | | | |
|--|---|--|------------------------|
| II.23 | Atenção ao pré-natal, parto e puerpério | | |
| II.23.1 | A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade? | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não sabe/não respondeu |
| | | | Não |
| II.23.2 | A equipe de atenção básica possui registro com número de gestantes de alto risco no território? | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não sabe/não respondeu |
| II.23.3 | A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco? | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não sabe/não respondeu |
| II.23.4 | A equipe alimenta regularmente o SIS-PRENATAL? | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não sabe/não respondeu |
| II.23.5 | A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes? | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não sabe/não respondeu |

| | | | | |
|-----------|--|-----|--|--|
| II.23.7 | No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode determinar uma resposta.) | | Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante | |
| | | | Consulta odontológica da gestante | |
| | | | Vacinação em dia da gestante | |
| | | | Coleta de exame citopatológico realizada na gestante | |
| | | | Nenhuma das anteriores | |
| II.23.8 | A equipe orienta às gestantes em relação à vacinação do tétano? | | Sim | |
| | | | Não | |
| | | | Não sabe/não respondeu | |
| II.24.3 | Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode determinar uma resposta.) | | Exame sorológico para sífilis (VDRL) | |
| | | | Exame sorológico anti-HIV | |
| | | | Exame sorológico para hepatite B | |
| | | | Exame sorológico para toxoplasmose | |
| | | | Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito | |
| | | | Exame de glicose | |
| | | | Urocultura e sumário de urina (urina tipo I) | |
| | | | Nenhuma das anteriores | |
| II.23.9/1 | Existe documento que comprove? | | Sim | |
| | | | Não | |
| II.23.10 | A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno? (O entrevistador deverá ler as opções.) | | Sim | |
| | | | Sim, alguns exames | |
| | | | Não | |
| | | | Não sabe/não respondeu | |
| II.23.11 | É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.23.13.) | | Sim | |
| | | | Não | |
| | | | Não sabe/não respondeu | |
| II.23.13 | As gestantes acompanhadas pela equipe possuem maternidade definida para a realização do parto? | | Sim | |
| | | | Não | |
| II.23.14 | Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode determinar uma resposta.) | Sim | Não | Visitado agente comunitário de saúde para captação da mulher |
| | | Sim | Não | Visitado domicílio de membro da equipe |
| | | Sim | Não | Consulta em horário especial em qualquer dia da semana |
| | | | | Outro(s) |
| | | | | Nenhuma das anteriores |

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados – 2º Ciclo
MÓDULO 1 E MÓDULO 2

Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde

| | | | |
|--|--|--|----------------------|
| I.10.1.7 | Sala de vacina | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Sim |
| ES - I.12.2 | Aparelho de pressão adulto | | Sim |
| ES - I.12.2/1 | <i>Se "SIM" abrirá I.12.2/1</i> Quantos em condições de uso? | | Não |
| | | | Quantidade |
| ES - I.12.5 | Balança antropométrica de 150 kg | | Sim |
| ES - I.12.5/1 | <i>Se "SIM" abrirá I.12.5/1</i> Quantos em condições de uso? | | Não |
| | | | Quantidade |
| ES - I.12.9.1 | Estetoscópio adulto | | Sim |
| ES - I.12.9.1/1 | <i>Se "SIM" abrirá I.12.9/1</i> Quantos em condições de uso? | | Não |
| | | | Quantidade |
| ES - I.12.10 | Foco de luz para exame ginecológico | | Sim |
| ES - I.12.13 | Glicosímetro | | Sim |
| ES - I.12.13/1 | <i>Se "SIM" abrirá I.12.13/1</i> Quantos em condições de uso? | | Não |
| | | | Quantidade |
| ES - I.12.14 | Mesa para exame ginecológico com perneira | | Sim |
| ES - I.12.14/1 | <i>Se "SIM" abrirá I.12.14/1</i> Quantos em condições de uso? | | Não |
| | | | Quantidade |
| ET - I.12.17 | Sonar | | Sim |
| ET - I.12.17/1 | <i>Se "SIM" abrirá I.12.17/1</i> Quantos em condições de uso? | | Não |
| | | | Quantidade |
| ES - I.12.18 | Termômetro clínico | | Sim |
| ES - I.12.18/1 | <i>Se "SIM" abrirá I.12.18/1</i> Quantos em condições de uso? | | Não |
| | | | Quantidade |
| I.13 - Material Impresso para Atenção à Saúde | | | |
| ES - I.13.2 | Caderneta da gestante <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponível |
| | | | Nunca disponível |
| I.14 - Imunobiológicos na unidade de saúde | | | |
| G - I.14.3 | Dupla tipo adulto - dT <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponíveis |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponíveis |

| | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| G - I.14.5 | Influenza sazonal <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Disponível no período de sazonalidade |
| | | | Nunca disponível |
| G - I.14.6 | Hepatite B <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponíveis |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponíveis |
| I.15 - Testes diagnósticos na unidade de saúde | | | |
| ES - I.15.1 | Teste rápido de sífilis <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponíveis |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponíveis |
| ES - I.15.2 | Teste rápido gravidez <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponíveis |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponíveis |
| ES - I.15.3 | Teste rápido HIV <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponíveis |
| | | | Às vezes disponível |
| | | | Nunca disponíveis |
| I.16 - Insumos para Atenção à Saúde | | | |
| ES - I.16.7 | Fita métrica <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponível |
| ES - I.16.8 | Espéculo descartável <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponível |
| ES - I.16.11 | Espátula de Ayres <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponível |
| ES - I.16.13 | Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponível |
| ES - I.16.15 | Lâmina de vidro com lado fosco <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponível |
| ES - I.16.16 | Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponível |
| ES - I.16.17 | Tiras reagentes de medida de glicemia capilar <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i> | | Sempre disponível |
| | | | Às vezes disponíveis |
| | | | Nunca disponível |
| Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais | | | |
| Perguntar para todas as equipes: | | | |
| ES - I.18.13 | Sulfato ferroso <i>Se SIM, abrir a questão I.18.13/1 . Em quantidade suficiente?</i> | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Sim |

| | | | |
|----------------------|--|--|-----|
| I.18.13/1 | | | Não |
| G - I.18.14 | Ácido fólico | | Sim |
| G - I.18.14/1 | <i>Se SIM, abrir a questão I.18.14/1 . Em quantidade suficiente?</i> | | Não |
| | | | Sim |
| | | | Não |

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

| | | | |
|--------------------|---|--|---|
| G - II.14.4 | A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Pré-natal |
| | | | |
| | | | |
| II.14.5 | A programação da agenda da equipe esta de acordo com o risco classificado, para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Gestantes |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | Não |
| G - II.15.2 | Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Glicemia de jejum |
| | | | Sorologia para sífilis (VDRL) |
| | | | Sorologia para HIV |
| | | | Sorologia para hepatite B |
| | | | Exame sorológico para toxoplasmose |
| | | | Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito |
| | | | Teste rápido de gravidez |
| | | | Teste rápido de sífilis |
| | | | Teste rápido de HIV |
| | | | Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I) |
| | | | Nenhuma das anteriores |
| II.16.2.11 | Exames de ultrassonografia no pré-natal <i>Poderá escolher somente uma opção</i> | | Dias |
| | | | Não houve encaminhamento |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede) |
| | | | Não |
| II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério | | | |
| II.18.1 | A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal? | | Sim |
| | | | Não |
| G - II.18.2 | A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes? Se NÃO, passar para questão II.18.3. | | Sim |
| | | | Não |
| G - II.18.3 | No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante |
| | | | Consulta odontológica da gestante |
| | | | Vacinação em dia da gestante |
| | | | Coleta de exame citopatológico realizada na gestante |
| | | | Nenhuma das anteriores |
| II.18.4 | A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano? | | Sim |
| | | | Não |
| G - II.18.5 | A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias? | | Sim, todos os exames |
| | | | Sim, alguns exames |
| | | | Não |
| G - II.18.6 | É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde? | | Sim |
| | | | Não |
| | | | Não |
| G - II.18.7/1 | Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> | | Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher |
| | | | Visita domiciliar de outros membros da equipe |
| | | | Consulta em horário especial em qualquer dia da semana |
| | | | Outro(s) |
| | | | Nenhuma das anteriores |

Anexo1 – Parecer do Comitê de Ética do PMAQ


UFRGS
 UNIVERSIDADE FEDERAL
 DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904

Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
 MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
 FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
 TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
 CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011
 ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
 ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
 MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
 LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
 Ana Lucila da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 Mayna Yacariê Borges de Avila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011
 Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
 Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011
 Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011
 Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
 Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011
 Fernando Pieratte Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011
 Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
 Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
 Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011
 Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 5º andar do prédio da Reitoria, estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012


 JOSÉ ARTUR BOGOLDIN