

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MARIANA MARTINS SPEROTTO**

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL:
APROXIMAÇÕES E DESIGUALDADES REGIONAIS**

**CAMPO GRANDE
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MARIANA MARTINS SPEROTTO**

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL:
APROXIMAÇÕES E DESIGUALDADES REGIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem sob orientação da Prof.^a Dr.^a Adriane Pires Batiston.

**CAMPO GRANDE
2015**

MARIANA MARTINS SPEROTTO

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL:
APROXIMAÇÕES E DESIGUALDADES REGIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em..... de..... de 2015.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof.^a Dr.^a Adriane Pires Batiston
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

.....
Prof.^a Dr.^a Sonia Maria Oliveira de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

.....
Prof.^a Dr.^a Luciana Contrera
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

.....
Prof.^a Dr.^a Ana Rita Barbieri
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Ao meu filho Miguel
Meu amor puro e verdadeiro

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

A minha **mãe** meu maior exemplo, por ter me proporcionado estudos e por não me deixar esquecer que o maior bem de uma pessoa é a sua família.

A minha **irmã Milena**, pelo apoio e ajuda em todos os momentos que precisei nesta jornada e pelo laço de amor que nos uni eternamente.

Ao meu **esposo Nagib** pela compreensão, apoio, carinho e amor.

A **Adriane Pires Batiston**, por acreditar que eu era capaz e pela orientação. Só tenho a agradecer aos seus ensinamentos, orientações, palavras de incentivo, paciência e dedicação.

Aos **professores do Programa de Mestrado em enfermagem**, que com seus conhecimentos possibilitaram meu crescimento e desenvolvimento. As reflexões e discussões foram importantes para minha transformação profissional.

Aos amigos e companheiros da II Turma de Mestrado da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, **Larissa Coutinho, Aires Júnior, Adaele Silva, Rafaela Penrabel, Willian Albuquerque, Bruna Alcará, Aniandra Gonçalves, Juliana Serra, Danielle Neris e Adriana Pavoni** por dividirem minhas angústias e me incentivarem a percorrer o caminho do saber.

A minha família de coração da Uniderp, **Elaine, Kathiussy, Janaina, Ariane**, minha eterna gratidão pelo tanto que me ajudaram.

A amiga **Priscila Marcheti Fiorin**, por me incentivar e apoiar, pelo carinho e amizade verdadeira, doce e prestativa, obrigada por nunca me negar ajuda.

As minhas amigas **Aline, Mayra e Sara** pelo apoio e amizade.

“Tudo posso naquele que me fortalece”

RESUMO

A avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência a gestante, diminuindo os índices de morbimortalidade materno e neonatal, sendo assim, a aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência pré-natal proporciona identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante. Este estudo teve como objetivo caracterizar a assistência pré-natal no âmbito da Atenção Básica no Brasil. Os resultados foram organizados em forma de dois artigos científicos. O artigo I teve como objetivo investigar qual a produção de conhecimentos sobre a avaliação da adesão ao pré-natal e os fatores relacionados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, trata-se de uma revisão integrativa, por meio de pesquisa de artigos indexados nas bases de dados, LILACS, MEDLINE e Scielo, publicados no período de 2004 a 2014. Foram localizados 14 estudos, atendendo aos critérios de inclusão: publicados no período de 2004 a 2014, os estudos foram organizados em 3 categorias: início do pré-natal e número de consultas, modelos de atenção pré-natal e registros do pré-natal e sistemas de informação. Os resultados mostraram que as gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, porém as dificuldades na adesão estão relacionadas à descoberta da gestação e demora no agendamento de consultas. O artigo II foi conduzido um estudo transversal com dados secundários, do banco de dados do Departamento de Atenção Básica, coletados na avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclo 2012 em nível nacional, referentes ao Módulo III do instrumento da Avaliação Externa, questões que avaliam a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização, referentes à gravidez e pré-natal. Como critério de inclusão apenas mulheres que já estiveram grávidas e que possuíssem filho até 2 anos de idade. Verificou-se que, não foi observada diferença entre as regiões a respeito do número de mulheres que relataram ter realizado pré-natal na última gravidez (98,7%), já no que se refere à realização de no mínimo sete consultas de pré-natal durante a gravidez e orientações sobre o local do parto, as regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores percentuais, 83,6% e 79,7% respectivamente, contrastando com a região Norte que apresentou o pior resultado com 58,4% ($p < 0,001$), quando questionadas sobre qual(is) profissional(is) realizaram o pré-natal, o enfermeiro foi mais citado entre as mulheres nas regiões Nordeste (95,8%) e Norte (94,3%) enquanto que o médico foi predominantemente citado nas regiões Sul (96,6%), Centro-Oeste (91,9%) e Sudeste (91,5%). A frequência de realização de ações como os exames de: boca, mama, ginecológico e Papanicolau realizados durante a consulta de pré-natal apresentaram valores baixos em todas as regiões do Brasil. Conclui-se que gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, a cobertura do acompanhamento pré-natal é elevada, entretanto o número mínimo de consultas durante o pré-natal apresenta-se de forma desigual entre as diferentes regiões do país, sendo que ações que busquem aumentar o acesso de mulheres ao maior número de consultas devem ser implementadas pelas equipes de Atenção Básica.

Descritores: Cuidado pré-natal. Avaliação em Saúde. Promoção da Saúde. Saúde da Mulher. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Evaluation of prenatal care can help improve the assistance towards pregnant women, reducing maternal and neonatal morbidity and mortality rates, therefore, the application of quality criteria to evaluate the prenatal care process helps identify service performance and highlights the quality of care, this being one of the conditions in order to ensure the effectiveness of care for pregnant women. This study aimed to evaluate actions related to prenatal care as part of primary health care, the results were organized in the form of two papers. Article I aimed to investigate the production of knowledge on the evaluation of adherence to prenatal care and related factors within the primary health care, it is an integrative review, by means of articles indexed in these research bases data, LILACS, MEDLINE and SciELO, published from 2004 to 2014. We located 14 studies meeting the inclusion criteria: published from 2004 to 2014, studies were organized into three categories: early prenatal care and number of visits, prenatal care models and records of prenatal care and information systems. The results showed that pregnant women start prenatal care in the first quarter, but the difficulties in adhering are related to the discovery of pregnancy and delay in scheduling appointments. Article II was conducted a cross-sectional study was conducted with secondary data from the Department of Primary Care database, collected during the external evaluation of the National Program of Improving Access and Quality in Primary Care (NPIAQ-PC), cycle 2012 at the national level, regarding the Module III instrument of External Evaluation, questions that assess the perception and satisfaction of users in relation to health services, with regard to its access and use, regarding pregnancy and prenatal care. As a criterion of inclusion only women who have been pregnant and possessed a child up to 2 years of age. It was found that no difference was observed between regions regarding the number of women who reported to have received prenatal care in the last pregnancy (98.7%), while with regard to the achievement of at least seven prenatal consultations during pregnancy and guidance on the place of birth, the South and Southeast regions had higher percentages, 83.6% and 79.7% respectively, contrasting with the North region which had the worst results with 58.4% ($p < 0.001$), when asked about which professional (s) performed prenatal care, the nurse was most cited among women in the Northeast (95.8%) and North (94.3%) regions while the doctor was predominantly quoted in the South (96.6%), Midwest (91.9%) and Southeast (91.5%) regions. The frequency of performing actions such as exams: mouth, breast, gynecological and papanicolaou exams performed during prenatal consultation showed low values in all regions of Brazil. It is concluded that pregnant women start prenatal care in the first quarter, the coverage of prenatal care is high, however the minimum number of consultations during the prenatal is uneven between different regions of the country, thus actions that seek to increase women's access to higher number of consultations must be implemented by primary health care teams.

Keywords: Prenatal Care. Health Evaluation. Health Promotion. Women's Health. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual da Saúde

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministério

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitário de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNPS – Política Nacional

PSF – Programa Saúde da Família

PSMI - Programa de Saúde Materno-Infantil

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SF – Saúde da Família

SGDAB - Sistema de Gestão da Atenção Básica

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 A atenção básica.....	12
2.2 Políticas de Saúde da Mulher.....	15
2.3 Redes de Atenção a Saúde - Rede Cegonha.....	17
2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	19
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo geral.....	23
3.2 Objetivos específicos.....	23
4 METODOLOGIA.....	24
5 RESULTADOS.....	27
5.1 Artigo I.....	28
5.2 Artigo II.....	46
6 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS	65
ANEXO A: Instrumento de Avaliação Externa.....	70
ANEXO B: Parecer Consubstanciado do CEP.....	72

1 INTRODUÇÃO

A aproximação com a temática deste estudo, avaliação em saúde da mulher no pré-natal, deu-se inicialmente a partir de atividades práticas com os alunos nas Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesta experiência, algumas questões gerenciais e assistenciais foram importantes para discussões em grupos de estágio, visto que as unidades em questão passavam por problemas estruturais e assistenciais. Ao inserir-me no mestrado, elaborei meu projeto com vistas à necessidade de realizar pesquisas que analisassem o processo assistencial do pré-natal. Diante dessa trajetória, apesar da pequena experiência prática na atenção pré-natal e na área materno-infantil, tendo a necessidade de aprofundar meus estudos em relação à assistência pré-natal, uma vez que os índices de mortalidade materna continuam crescentes no estado e no país.

Mesmo com os avanços na assistência obstétrica no último século, particularmente no campo da tecnologia, a morbimortalidade materna ainda acompanha a gravidez, parto e puerpério. Portanto, reduzir a mortalidade materna continua sendo um grande desafio de saúde pública no Brasil. Sabe-se que as mortes maternas podem ser prevenidas quando se dispõe de conhecimento e tecnologia, aliados à implementação de políticas públicas, baseadas no fortalecimento do acesso a métodos de planejamento familiar, atenção pré-natal, parto e nascimento, capazes de assegurar o direito à maternidade sem riscos.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar as ações referentes à aplicabilidade do pré-natal no âmbito da Atenção Básica e foi dividida em quatro seções — referencial teórico, objetivos, metodologia e resultados —, que estão apresentadas em forma de dois artigos científicos: I) “Avaliação da adesão ao pré-natal e os fatores relacionados na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa”; II) “Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – Atenção Pré-Natal: aproximações e desigualdades regionais”.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Atenção básica

A história recente das políticas de saúde no Brasil caracteriza-se por momentos importantes que, evidentemente, possuem seu reflexo nos dias atuais. Segundo Scllar (2007, p.30), o próprio conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, depende da época, do lugar, da classe social, entre outras coisas. O mesmo pode-se dizer da implantação de políticas e programas especificamente na área da saúde.

Recorrer a fatos históricos das políticas de saúde no Brasil auxilia nas análises sobre situações vivenciadas atualmente, e neste sentido como ponto de partida a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, marco do movimento da reforma sanitária brasileira, em que foram estabelecidos os princípios para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, na qual saúde é definida como “direito de todos e dever do estado”(BRASIL, 1988).

Fruto de luta política, da qual participaram movimentos populares, associações de moradores, profissionais de saúde, estudantes, entre outros, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, tendo como princípios doutrinários a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência, a integralidade da atenção e a equidade; e como princípios organizativos a hierarquização dos serviços, a participação social e a descentralização política-administrativa (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; NASCIMENTO; CORREA, 2008).

O Ministério da Saúde (MS) fortaleceu os princípios do SUS com embasamento nas experiências de países, como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba, que organizam seus sistemas priorizando a atenção diante do acesso universal, continuada e integral para a comunidade, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como centro de coordenação no cuidado (OLIVEIRA, 2007).

A despeito da designação de APS adotada na literatura internacional, no Brasil, adotou-se a denominação de Atenção Básica (AB), que para além de um sinônimo, guarda singularidades próprias dos contextos político e social brasileiros quando da criação do SUS (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Na busca pela organização da AB, a partir de 1991, o MS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inspirado em diversas e diferentes experiências brasileiras, merecendo destaque a dos agentes comunitários do Ceará, considerada a mais forte contribuição para o desenho do programa, que tinha como objetivo a melhoria dos indicadores de mortalidade infantil e materna na Região Nordeste. O programa apostou em um ator fundamental nas equipes de saúde: o Agente Comunitário de Saúde (ACS), morador da própria comunidade e ponto de vínculo dos indivíduos e famílias com os serviços de saúde (SOUZA, 2002; BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

O Programa de Saúde da Família (PSF), como foi inicialmente denominada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi implantado em 1994, fortalecendo o SUS como política condutora do Estado para a reorganização da atenção à saúde, favorecendo a transformação do processo de trabalho, por aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, com o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com suas necessidades, identificando fatores de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 1997; SOUSA, 2000; BRASIL, 2012a).

Estudos mostram que as ações organizadas pela ESF trouxeram melhorias, entre elas: ampliação do acesso, aumento do número de consultas de pré-natal, melhor cobertura vacinal, diagnóstico oportuno de complicações na gravidez, redução da mortalidade infantil e significativa redução de internações por causas evitáveis, como diabetes mellitus e problemas respiratórios (MOURA; HOLANDA JUNIOR; RODRIGUES, 2003; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; GUANAIS; MACINKO, 2009).

Outro marco importante no âmbito das políticas de saúde foi a divulgação do Pacto pela Saúde por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto foi estabelecido em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto pela Gestão e Pacto em Defesa do SUS e consistiu em um “conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS” (BRASIL, 2006a).

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foram aprovadas a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder às

condições crônicas e às condições agudas e capaz de promover ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a APS (BRASIL, 2006b, BRASIL, 2010c).

A PNAB teve sua primeira versão publicada por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. O documento redefiniu os princípios gerais da AB, as responsabilidades de cada esfera da gestão, as características do processo de trabalho das equipes de saúde e as áreas prioritárias de atuação das equipes em todo o território nacional (BRASIL, 2006b).

Em sua última versão, publicada na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a nova PNAB trouxe atualizações no que diz respeito a diferentes modelagens de equipes de saúde, considerando-se os diversos formatos de equipes de Saúde da Família (ESF), a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para população de rua, a simplificação para a criação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) fluviais e ESF Ribeirinhas e ampliação dos municípios com possibilidade de implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012a).

A AB é definida como:

“[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012a, p.19)

Assim, há uma importante articulação da AB focada na ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde como a universalização do Programa Saúde na Escola, a implantação de polos da Academia da Saúde, o Programa Melhor em Casa, que amplia as ações e resolubilidade da atenção domiciliar, a integração dos sistemas de informação, a nova política de regulação e o Telessaúde, iniciativas que aumentam a resolubilidade da AB e a continuidade do cuidado do usuário (BRASIL, 2012a).

O decreto nº 7.508, publicado em 28 de junho de 2011, preenche um importante espaço na estrutura jurídica do SUS ao regulamentar a Lei 8.080, dispondo sobre a sua organização, sobre o planejamento da saúde, sobre a assistência à saúde e sobre a articulação interfederativa, possibilitando o aprimoramento do Pacto pela Saúde e contribuindo na garantia do direito à saúde a todos os brasileiros. Esse decreto estabelece as regiões de saúde que devem oferecer serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde, sendo, ainda, porta de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011b).

O mesmo decreto cria também o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), o qual é o resultado da integração dos Planos de Saúde das entidades federativas das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que tem como base a pactuação estabelecida pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O seu objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com o intuito de garantir a integralidade da assistência aos usuários. O COAP também define as responsabilidades das unidades federativas em relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e metas, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação e integração das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

2.2 Políticas de Saúde da Mulher

As primeiras políticas voltadas para a saúde da mulher, no século XX, tinham como centralidade aspectos relacionados à reprodução, incluindo a gestação, o parto, a função de mãe, de dona do lar e os assuntos relacionados com a educação dos filhos. Tal abordagem sofreu críticas do movimento feminista, que defendia que as ações de saúde se restringiam ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando a visão da mulher como mãe, o que significava que para grande parte das mulheres não havia uma política de saúde específica durante as distintas etapas de seu ciclo vital (BRASIL, 2011a).

Na década de 1970, foi implementado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), tendo como objetivo o acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos

domiciliares, a promoção à saúde da criança, propondo reduzir as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna (COSTA, 1999).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, veio quebrar os princípios norteadores do PSMI, rompendo com o enfoque específico na saúde materno-infantil, baseando-se nos princípios do direito à saúde, da integralidade da assistência, da equidade de gênero e em propostas de ações educativas inovadoras. Ele tinha como objetivo proporcionar às mulheres a apropriação de seus corpos e de sua saúde, pressupondo uma prática educativa que permeasse todas as ações desenvolvidas (BRASIL, 1984; TANAKA; MELO, 2004; BRASIL, 2011a).

Em meados de 2000, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que teve como objetivos: assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao parto, puerpério e período neonatal; reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal; e complementar medidas já adotadas para aprimorar a assistência à gestante, na perspectiva dos direitos básicos de cidadania (BRASIL, 2000; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

O PHPN estabeleceu parâmetros quantitativos para o cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres: desde a atenção básica até os mais altos níveis de complexidade, enfatizou a afirmação dos direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção. Estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso no programa, mas também elencou exames laboratoriais e ações de educação em saúde e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo (BRASIL, 2000; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004; ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

A partir de 2004, as ações direcionadas à assistência à saúde da mulher passaram a ser pautadas na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como finalidade contemplar ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011a).

Entre as prioridades pactuadas no já anteriormente citado Pacto pela Vida, o controle de câncer do colo de útero e de mama e a redução da mortalidade infantil e materna foram estabelecidos como metas nacionais, estaduais, regionais e municipais (BRASIL, 2006c).

A política mais recente destinada à saúde da mulher foi à criação das RAS, nas quais as mulheres são foco de ações em duas áreas prioritárias: Rede de Atenção às Doenças Crônicas (câncer de mama e câncer de colo do útero) e Rede Cegonha, com ações destinadas à saúde materno-infantil.

2.3 Redes de Atenção à Saúde – Rede Cegonha

A vida de homens e mulheres é organizada em ciclos: criança, adolescente, jovem, adulto e idoso, e cada etapa possui necessidades específicas em saúde. Em algumas situações mais vulneráveis, como o caso das pessoas com deficiência, com transtorno mental, uso abusivo de álcool e outras drogas, em situação prisional ou vítimas de violência. Para garantir o acesso da população ao SUS, são implementadas as políticas públicas, respeitando as fases do ciclo da vida (BRASIL, 2010b).

As RAS têm se tornando uma importante estratégia para melhorar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita. É por meio de uma das RAS que se permite prestar assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e a qualidade adequados (MENDES, 2008).

A Portaria nº 4.279, de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, que buscam garantir a integralidade do cuidado, organizadas por ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010b).

As RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O MS definiu cinco redes prioritárias para o enfrentamento dos problemas e agravos à saúde da população brasileira, sendo elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial (priorizando o enfrentamento do álcool, *crack* e outras drogas), Rede de Atenção às Doenças Crônicas (câncer de mama e câncer de colo do útero), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010b).

A portaria 1.459/2011 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados que tem como objetivos: fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da

criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo o acesso, o acolhimento e a resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal(BRASIL, 2011c).

A Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha é composta por quatro grupos de macroindicadores. Alguns itens que compõem cada um destes indicadores são:

- 1- Indicadores de Mortalidade e Morbidade em que avalia a incidência de sífilis congênita, taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal);
- 2- Indicadores de Atenção que contemplam a percentagem de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal, cobertura de equipes de saúde da família, percentagem de gestantes captadas até a 12^a semana de gestação, percentagem de gestantes com todos os exames preconizados;
- 3- Situação da Capacidade Hospitalar Instalada que avalia o número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde;
- 4- Indicadores de Gestão que contempla a percentagem de investimento estadual no setor saúde, identificação de centrais de regulação; implantação de ouvidorias do SUS (BRASIL, 2011c).

As mortes maternas obstétricas diretas podem ser causadas por complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou puerpério, e as mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que foram desenvolvidas durante a gestação (BRASIL, 2012d).

O pré-natal é o conjunto de consultas ou visitas programadas da gestante com o médico e/ou sua equipe, para assegurar o desenvolvimento da gestação e permitir uma adequada preparação para o parto e puerpério. Seu início deve ser tão logo se diagnostique a gestação, ainda no primeiro trimestre, a fim de garantir a identificação de gestantes em situação de risco e a realização de maior número de ações de promoção e prevenção (BRASIL, 2012d).

A atenção pré-natal adequada é considerada uma das principais ações de promoção à saúde da gestante e do feto e prevenção de eventos adversos da gestação no âmbito da atenção primária (VETTORE *et al.*, 2013). O objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação para um parto saudável, sem prejuízos à saúde materna (HEAMAN *et al.*, 2008). Sendo assim, estados e

municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, garantindo-se os elementos para o pré-natal de qualidade na atenção básica: o início do pré-natal deve ocorrer até a 12^a semana de gestação, recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção, promover ações educativas, a escuta ativa, transporte público para o atendimento pré-natal, acesso à unidade de referência especializada caso necessário, direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá ocorrer o parto (vinculação) (BRASIL, 2012d).

Diante disso, avaliar o cuidado pré-natal tem grande impacto na redução de resultados obstétricos desfavoráveis e pode ser considerada uma das mais importantes metas em termos de saúde pública devido à possibilidade de redução dos determinantes da morbimortalidade neonatal (ANVERSA *et al.*, 2012; VETTORE *et al.*, 2013).

São crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (BRASIL, 2012d). A avaliação é uma estratégia que contribui para direcionar ou redirecionar a execução de ações e atividades, colaborando para a tomada de novas decisões e melhoria da qualidade do processo assistencial (TANAKA; MELO, 2001).

A avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência à gestante, diminuindo os índices de morbimortalidade maternal e neonatal. Sendo assim, a aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência pré-natal proporciona identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009).

2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O MS tem como objetivo executar a gestão pública como base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo

acesso e qualidade da atenção em saúde a toda população. Assim, avaliar o desempenho da atenção básica em saúde é relevante para o SUS e para a população (BRASIL, 2012c).

A garantia da qualidade da atenção básica apresenta-se como um dos principais desafios do SUS. O MS instituiu o PMAQ-AB, pela Portaria GM/MS nº 1.654/2011, com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013).

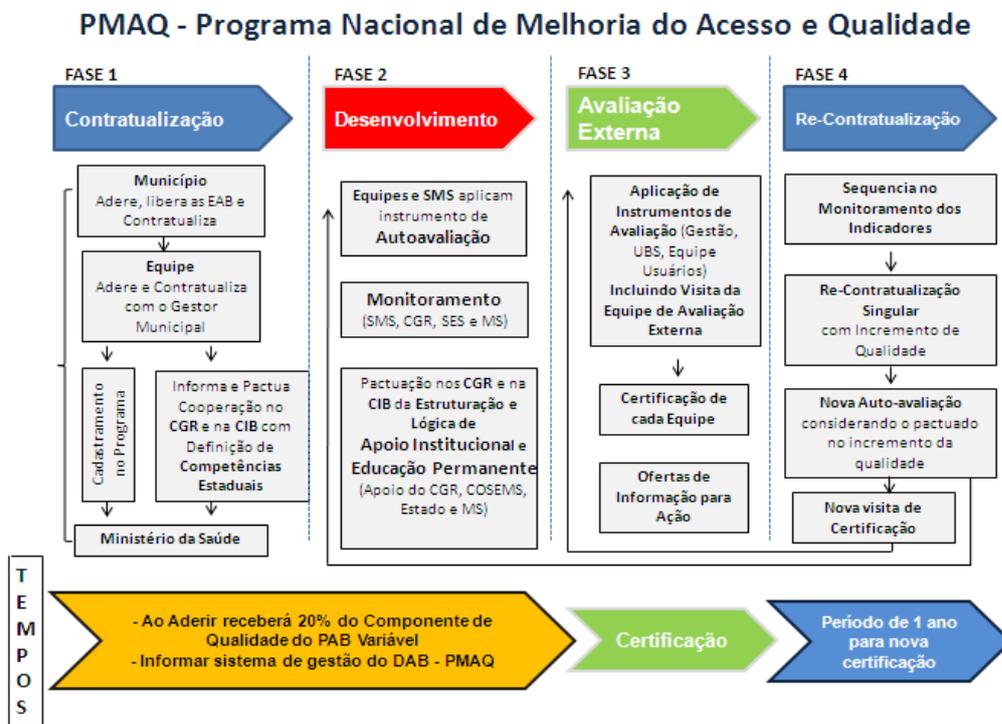
O PMAQ-AB está organizado em quatro fases. A primeira fase consiste na etapa formal de adesão ao Programa entre as EAB com os gestores municipais, e destes com o MS, em um processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012c).

A segunda fase é o desenvolvimento das ações pelas EAB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com a intenção de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado. Está organizado em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2012c).

A terceira fase consiste na avaliação externa composta por várias etapas a fim de averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e EAB participantes do programa. Para a realização da avaliação externa, o MS desenvolveu parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa, que participaram na elaboração do instrumento, aplicação de testes pilotos e conduziram a organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, coordenando desde o processo de seleção e capacitação dos avaliadores até o acompanhamento da aplicação do instrumento e envio de relatórios de dados ao MS (BRASIL, 2012c).

A quarta fase do PMAQ-AB é constituída por um processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação. Uma nova contratualização de indicadores deve ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto conforme a figura 1 (BRASIL, 2012c).

Figura 1 – Fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade.



Fonte: Brasil (2012c).

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB seguiu a mesma organização da Autoavaliação para Melhoria do Acesso da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ), também do MS, contemplando informações referentes à estrutura, equipamentos, condições de trabalho dos profissionais nas UBS; à qualidade do vínculo de trabalho destes profissionais, ao apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica; ao investimento em educação permanente; ao acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada aos cidadãos e à satisfação e participação dos usuários das UBS incluídas no programa (BRASIL, 2012c). O instrumento de avaliação externa foi organizado em quatro módulos, o que orientou o trabalho dos avaliadores e a análise dos resultados, conforme figura 2.

Figura 2 – Descrição dos módulos do Instrumento de avaliação externa PMAQ-AB.

Descrição dos módulos do Instrumento de avaliação externa
Módulo I: Observação na Unidade Básica de Saúde – avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. O avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe. No 1º ciclo do PMAQ-AB, a visita in loco pelos avaliadores foi realizada às equipes que aderiram ao programa para verificação dos requisitos apontados e certificação das equipes. As demais equipes de AB do país também foram visitadas para realização do 1º Censo Nacional das UBS, objetivando verificar a estrutura das unidades básicas de saúde.
Módulo II: Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde –o avaliador realiza entrevista com um profissional de nível superior da EAB e objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário e, ao mesmo tempo, verificar documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, realizada pelo avaliador da qualidade.
Módulo III: Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde –o avaliador realiza entrevista o usuário na Unidade Básica de Saúde, para conhecer a satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde que se refere ao seu acesso e utilização.
Módulo IV: Módulo <i>on-line</i> –compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas por gestores e equipes no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa (http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/).

Fonte: Brasil (2012c, p. 11).

O instrumento contempla aspectos importantes da PNAB: saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, atenção às doenças crônicas hipertensão e diabetes, Programa Saúde na Escola, atenção domiciliar e atenção às doenças negligenciadas tuberculose e hanseníase (BRASIL, 2012c).

O PMAQ-AB é uma iniciativa recente do MS que tem como objetivo, conforme descrito anteriormente, não apenas a avaliação, mas também o monitoramento da qualidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar a assistência ao pré-natal no âmbito da Atenção Básica no Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar a produção científica referente à adesão ao pré-natal no âmbito da Atenção Básica.
- b) Comparar as ações das equipes de saúde referentes ao pré-natal entre as cinco regiões brasileiras.

4 METODOLOGIA

Para atender ao primeiro objetivo específico, optou-se pela revisão integrativa de literatura. Formulou-se a seguinte pergunta norteadora: qual a produção de conhecimentos sobre a avaliação da adesão ao pré-natal no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no período de 2004 a 2014?

A busca pelos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), por meio dos seguintes descritores: cuidado pré-natal, avaliação dos serviços de saúde, Atenção Primária à Saúde, *prenatal care*, *assessment of health services*, *primary health care*. O levantamento das publicações ocorreu no mês de setembro de 2014.

Os critérios para inclusão dos artigos foram: terem sido publicados no período de 2004 a 2014, serem referentes à avaliação da adesão ao pré-natal no Brasil e exclusivamente na Atenção Primária à Saúde, disponibilizados na íntegra e na forma *on-line*, publicados em português e inglês. Foram excluídos os artigos que abordavam a assistência pré-natal na rede privada, maternidades e pré-natal de alto risco, pois geralmente são referenciadas e não são habitualmente realizadas na APS. Dessa forma, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por 14 artigos.

A coleta de dados dos artigos incluídos nesta pesquisa foi realizada por meio de um instrumento (APÊNDICE A), que contempla: dados sobre o artigo, objetivos, procedimentos metodológicos, resultados encontrados, categorias que se adequam, considerações finais.

Os dados foram confrontados, discutidos levando em consideração o PHPN e Manuais do Ministério da Saúde. Os dados foram organizados em três categorias: início do pré-natal e número de consultas, modelos de atenção pré-natal e registros do pré-natal e sistemas de informação, todos apresentados de forma descritiva na figura 1.

Para atender ao segundo objetivo específico, foi conduzido um estudo transversal com dados secundários, provenientes do banco de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, coletados na avaliação externa do

PMAQ-AB, ciclo 2012 em nível nacional, referentes ao Módulo III do instrumento da Avaliação Externa.

O Módulo III é composto por questões que avaliam a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Para este estudo, foram selecionadas questões do Bloco III.11, referentes à gravidez e pré-natal, detalhadas na figura 3.

Figura 3: Instrumento de avaliação externa PMAQ-AB.

Gravidez e pré-natal				
A criança tem até dois anos?	Sim ()	Não ()		
Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal	Sim ()	Não ()	Não sabe/não respondeu	
Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal?	Consultas()	Não sabe/não respondeu/não lembra()		
A senhora foi orientada sobre o lugar (maternidade) que faria o parto?	Sim ()	Não ()		
Com qual(ais) profissional(ais) a senhora fez o pré-natal?	Enfermeiro()	Médico()	Nenhuma das anteriores()	
A senhora sempre se consultava com o(s) mesmo(s) profissional(ais) da equipe de saúde?	Sim, em todas as consultas ()	Sim, em algumas consultas ()	Não()	Não sabe/não respondeu/não lembra ()
Na(s) consulta(s) de pré-natal, os profissionais de saúde:	Mediram sua barriga (altura do útero) Sim () Não ()	Mediram sua pressão arterial Sim () Não ()	Examinaram sua boca Sim () Não ()	
	Examinaram suas mamas Sim () Não ()	Realizaram exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) Sim () Não ()	Realizaram exame ginecológico Sim () Não ()	
	Nenhuma das anteriores ()			

Fonte: Brasil (2012e, p. 117-120).

Vale ressaltar que o PMAQ-AB definiu como critério de inclusão de usuárias a serem entrevistadas nesse Bloco apenas mulheres que já estiveram grávidas e que possuíssem filho de até 2 anos de idade (BRASIL, 2012e). No total, foram entrevistadas 8.774 mulheres provenientes de 17.202 equipes de saúde da família e atenção básica, correspondente a 51% do total das equipes existentes no país em 2012 (FAUSTO; SOUZA JÚNIOR, 2013).

Para análise dos dados, utilizou-se a distribuição das equipes estratificadas segundo macrorregiões brasileiras, Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. O teste do qui-quadrado foi utilizado na avaliação da associação entre as variáveis e

na comparação de proporções, duas a duas, entre as regiões do Brasil, considerando a correção de Bonferroni nestas comparações. A comparação das médias do número de consultas de pré-natal entre as diferentes regiões foi analisada pelo teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós-teste de Tukey. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22.0, considerando um nível de significância de 5%.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos, de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer nº 1.031.792 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em forma de dois artigos científicos.

O Artigo I, intitulado “Avaliação da adesão ao pré-natal e os fatores relacionados na Atenção Primária: revisão Integrativa” foi produzido conforme orientações da *Revista Baiana de Enfermagem* está em processo de análise. Foi desenvolvido visando atender ao primeiro objetivo específico, que foi identificar a produção científica referente à adesão ao pré-natal no âmbito da APS no Brasil.

O Artigo II, intitulado “Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – Atenção Pré-Natal: aproximações e desigualdades regionais” foi produzido conforme orientações da *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*. O estudo visa atender ao segundo objetivo específico, que foi comparar as ações das equipes de saúde referentes ao pré-natal entre as cinco regiões brasileiras.

5.1 ARTIGO I

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO PRÉ-NATAL E OS FATORES RELACIONADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Uma assistência pré-natal de qualidade, humanizada e de fácil acesso reconhece sinais ou fatores de risco para morbidade e mortalidade materna. O presente estudo teve como objetivo investigar qual a produção de conhecimentos sobre a avaliação da adesão ao pré-natal e os fatores relacionados no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa, por meio de pesquisa de artigos indexados nas bases de dados, LILACS, MEDLINE e SciELO, publicados no período de 2004 a 2014. A coleta de dados se deu mediante instrumento previamente elaborado. Foram localizados 14 estudos, atendendo aos critérios de inclusão: publicados no período de 2004 a 2014, serem referentes à avaliação da adesão ao pré-natal no Brasil e exclusivamente na Atenção Primária à Saúde, disponibilizados na íntegra e na forma *on-line*, publicados em português e inglês. Os estudos foram organizados em três categorias: início do pré-natal e número de consultas, modelos de atenção pré-natal e registros do pré-natal e sistemas de informação. Os resultados da produção bibliográfica mostraram que as gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, porém as dificuldades na adesão estão relacionadas à detecção precoce da gestação, demora no agendamento de consultas. A Estratégia de Saúde da Família tem uma qualidade superior na assistência pré-natal comparada com as unidades de modelos tradicionais, onde as subnotificações no preenchimento do cartão da gestante e da alimentação do SISPRENATAL aumentam os riscos durante a gestação e no parto.

Palavras-chave: cuidado pré-natal; avaliação de serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

A prenatal care quality, humane and easy to recognize signs or risk factors for maternal morbidity and mortality. This study aimed to investigate the production of knowledge on the evaluation of adherence to prenatal care and related factors in the context of primary health care. This is an integrative review, through research articles indexed in databases, LILACS, MEDLINE and SciELO, published from 2004 to 2014. Data collection occurred by instrument previously elaborated. We located 14 studies meeting the inclusion criteria: published from 2004 to 2014, are related to the evaluation of adherence to prenatal care in Brazil and exclusively on primary health care, available in full and in the online form, published in Portuguese and English. Studies were organized into three categories: early prenatal care and number of consultations, prenatal care models and records of prenatal care and information systems. The results showed that pregnant women start prenatal care in the first quarter, but the difficulties in adhering are related to early detection of pregnancy, delay in scheduling appointments. The ESF has a superior quality in prenatal care units compared to traditional models, where underreporting the completion of the pregnant woman's card and the power of SISPRENATAL, increase the risks during pregnancy and childbirth.

Keywords: prenatal care; evaluation of health services; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O processo por busca de melhorias na saúde transformou a avaliação de serviços e programas em uma ferramenta fundamental no planejamento e gestão, acarretando a reorganização das práticas de saúde na atenção básica. Na Saúde Pública, a avaliação de serviços é de extrema relevância, pois viabiliza o planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (PICOLO; CHAVES; AZEVEDO, 2009).

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, como uma estratégia de reorganização da Atenção Primária a Saúde (APS) por favorecer uma transformação do processo de trabalho, houve aumento na quantidade de mulheres com acesso ao acompanhamento pré-natal. Em 1986, 26% das grávidas nunca haviam realizado pré-natal, em 2006 este percentual foi reduzido para 1,3%, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (PEIXOTO *et al.*, 2011).

No Brasil, o pré-natal está entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde. Estudos têm demonstrado dificuldades na assistência pré-natal, tais como: acesso, início tardio e número inadequado dos procedimentos realizados (COIMBRA *et al.*, 2003, DOMINGUES *et al.*, 2012).

Para melhor qualidade e humanização da atenção ao pré-natal, o Ministério da Saúde (MS), instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivos: assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao parto, puerpério e período neonatal, reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000).

Uma assistência pré-natal de qualidade, humanizada e de fácil acesso reconhece sinais ou fatores de risco para morbidade e mortalidade materna. Sendo assim, intervenções oportunas podem ser realizadas com o intuito de minimizar os riscos, como retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil e assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonato (PEIXOTO *et al.*, 2011; BRASIL, 2005).

Pesquisa realizada por Viellas *et al.*, (2014), em que analisaram a assistência pré-natal oferecida à gestante no Brasil, apontou que a cobertura é universal, com valores elevados em todas as regiões brasileiras.

Apesar do aumento da cobertura da atenção pré-natal no Brasil e da importância das equipes de saúde da família, são evidentes os problemas associados à assistência oferecida, à predominância das causas obstétricas diretas no padrão de mortalidade materna e ao fato de apenas um pequeno percentual de mulheres receberem as atividades assistenciais mínimas recomendadas pelo MS (BRASIL, 2006; COUTINHO *et al.*, 2003).

Com base nesses pressupostos, o objetivo do presente estudo é investigar a produção de conhecimentos sobre a avaliação da adesão ao pré-natal e os fatores relacionados no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O método escolhido é a revisão integrativa da literatura, a qual possibilita a síntese e análise do conhecimento produzido sobre o tema investigado.

MÉTODO

Para a realização deste estudo, optou-se pela revisão integrativa de literatura, como já mencionado. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), revisão integrativa

É um dos métodos de pesquisa que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (p.763).

O estudo é constituído por seis etapas: identificação do problema ou questionamento, estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos (seleção da amostra), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise das informações, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (GANONG, 1987).

Para guiar a presente revisão integrativa, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: qual a produção de conhecimentos sobre a avaliação da adesão ao pré-natal no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no período de 2004 a 2014?

A busca pelos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE) e

Scientific Eletronic Library Online (SciELO), por meio dos seguintes descritores: cuidado pré-natal, avaliação dos serviços de saúde, Atenção Primária à Saúde, *prenatal care, assessment of health services, primary health care*. O levantamento das publicações ocorreu no mês de setembro de 2014.

Os critérios para inclusão dos artigos foram: terem sido publicados no período de 2004 a 2014, serem referentes à avaliação da adesão ao pré-natal no Brasil e exclusivamente na Atenção Primária à Saúde, disponibilizados na íntegra e na forma *on-line*, publicados em português e inglês. Foram excluídos os artigos que abordavam a assistência pré-natal na rede privada, maternidades e pré-natal de alto risco, pois geralmente são referenciadas e não são habitualmente realizadas na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por 14 artigos.

A coleta de dados dos artigos incluídos nesta pesquisa foi realizada por meio de um instrumento, que contempla: dados sobre o artigo, objetivos, procedimentos metodológicos, resultados encontrados, categorias que se adequam, considerações finais.

Os dados foram confrontados, discutidos levando em consideração o PHPN e Manuais do Ministério da Saúde. Os dados foram organizados em três categorias: início do pré-natal e número de consultas, modelos de atenção pré-natal e registros do pré-natal e sistemas de informação, todos apresentados de forma descritiva na figura 1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da revisão integrativa realizada, foram identificados 311 artigos nas bases de dados, porém a amostra analisada foi de 14 artigos, os quais atenderam aos critérios de inclusão e exclusão já mencionados.

Na tabela 1, são apresentados os artigos científicos que integram a amostra conforme ano de publicação.

Tabela 1 –Distribuição dos artigos sobre avaliação da adesão ao pré-natal no Brasil, em base de dados, base de dados SciELO, LILACS, MEDLINE, 2004 - 2014.

Ano	N°	%
2004	1	7,1
2005	-	-
2006	-	-
2007	1	7,1
2008	3	21,5
2009	1	7,1
2010	-	-
2011	2	14,3
2012	3	21,5
2013	2	14,3
2014	1	7,1
TOTAL	14	100

Fonte: Base de Dados, 2014.

Observa-se maior número de publicações nos anos de 2008 e 2012, porém não há dados que justifiquem esse achado. Acredita-se que esse fato pode estar relacionado com as avaliações decorrentes do PHPN, em 2000, e do Sistema de Informação do pré-natal (SISPRENATAL), em 2003.

A figura 1 apresenta elementos referentes dos artigos selecionados.

ANO	TÍTULO	AUTORES	PRINCIPAIS RESULTADOS
2004	Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil	Serruya; Lago; Cecatti	Cerca de 20% das mulheres cadastradas nos dois anos de Programa tiveram seis ou mais consultas no pré-natal.
2007	Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil	Piccini <i>et al.</i>	Adesão ao pré-natal, as UBS atingiram menos de 20% nas Regiões Sul e Nordeste, mantendo a diferença em favor da Região Nordeste
2008	Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil	Chrestani <i>et al.</i>	90% das mulheres iniciavam pré-natal e 52% realizavam seis ou mais consultas pré-natais.
2008	Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL	Grangeiro; Diogénes; Moura	Crescimento na porcentagem de gestantes cadastradas que realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal.
2008	Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do	Parada	85,2% das mulheres começaram o pré-natal com

	interior do Estado de São Paulo em 2005.		menos de 120 dias de idade gestacional. 75,9% tiveram pelo menos 6 consultas durante a gravidez.
2009	Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família	Costa <i>et al.</i>	Avanços relacionados a adesão das gestantes proposta pelo PSF.
2011	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	Mendoza-Sassi <i>et al.</i>	Adesão ao pré-natal na ESF é maior que no modelo tradicional
2011	O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica	Peixoto <i>et al.</i>	Gestantes no 3º trimestre registravam entre uma e três consultas.
2012	Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em municípios Sul do Brasil	Anversa <i>et al.</i>	A média de consultas de pré-natal na ESF foi de 6,8 e a idade gestacional no início do pré-natal foi de 14 semanas, sendo a adesão maior na ESF comparada as Unidades de modelo tradicional.
2012 ^a	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?	Santos Neto <i>et al.</i>	Menos da metade dos cartões apresentou sete ou mais consultas registradas.
2012 ^b	Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal	Santos Neto <i>et al.</i>	Alta prevalência de realização de consultas pré-natais.
2013	Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre- RS	Hass; Teixeira; Beghetto	53,7% das mulheres fizeram 6 ou mais consultas, 52% iniciaram o pré-natal do primeiro trimestre, considerado baixa adesão ao pré-natal.
2013	Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado	Cabral; Hirt; Van der Sand	Todas as participantes relataram ter realizado, em média, dez consultas no pré-natal, que o agendamento facilitou a continuidade do pré-natal.
2014	Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009.	Handell; Cruz; Santos	Das 69 gestantes, 54 iniciaram as consultas no primeiro trimestre da gravidez, apenas 36 realizaram 6 ou mais consultas.

Figura 1: Distribuição dos artigos publicados referente a adesão ao pré-natal, base de dados SciELO, LILACS, MEDLINE, 2004 - 2014.

A implantação do PHPN pelo Ministério da Saúde mostra a necessidade de se estabelecer uma nova estratégia de atuação para com as gestantes, estabelecer critérios assistenciais para servir de modelo básico para o cuidado, com atividades consideradas mínimas, porém extremamente necessário ao cuidado pré-natal.

O principal objetivo da assistência pré-natal é: acolher a mulher desde o início da gravidez, compreendendo-a como um período de mudanças físicas e emocionais. O controle pré-natal deve ter início oportuno, cobertura universal, ser realizado de forma periódica e estar integrado com as demais ações preventivas e curativas, devendo ser observado um número mínimo de consultas (BRITO *et al.*, 2008).

Nos estudos encontrados, os autores citam os importantes avanços na adesão ao pré-natal e assistência à gestação e ao parto. Tais estudos apontaram os seguintes fatores: o início do pré-natal e número de consultas, modelo de atenção pré-natal e registros do pré-natal e sistema de informação.

Categoria 1: Início do pré-natal e número de consultas

Dos artigos analisados, oito citam que o início do pré-natal e número de consultas é adequado conforme o PHPN.

As diretrizes do PHPN consideram adequada a adesão ao pré-natal e assistência à gestante quando realizada a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; e realização de no mínimo seis consultas de acompanhamento, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2002).

O protocolo do PHPN é de grande importância para a qualidade do pré-natal, para as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica, quanto nas atividades das gestantes que procuram pelo atendimento disponível (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

A avaliação da adesão ao pré-natal tem gerado importantes discussões. Parada (2008), em seu estudo, encontrou que 85,2% das mulheres iniciaram o pré-natal antes de completar 120 dias de idade gestacional, 75,9% tiveram pelo menos seis consultas durante a gestação.

O início do pré-natal deve ser o mais cedo possível, a fim de fortalecer a adesão da mulher ao acompanhamento sistemático e, assim, rastrear eventuais fatores de risco (GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008).

Cabral, Hirt e Van der Sand (2013) citam na pesquisa realizada que todas as participantes relataram ter realizado, em média, dez consultas no pré-natal e que o agendamento facilitou a continuidade do pré-natal, pois ao término de cada consulta já era agendado o retorno do próximo mês.

O acompanhamento do pré-natal com a realização de seis ou mais consultas garante um desenvolvimento saudável da gestação aliada à antecipação de eventuais riscos à mãe e ao bebê (BRASIL, 2005). Garantindo um adequado acompanhamento, deve-se classificar o risco gestacional na primeira consulta e nas subseqüentes garantir, às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência (BRASIL, 2000).

É importante garantir para o início do pré-natal que o agendamento da primeira consulta seja realizado logo após a confirmação da gravidez. O tempo da confirmação e o agendamento da primeira consulta é de 15 dias ou mais; o tempo excessivo faz com que as gestantes não iniciem o pré-natal no período adequado (PARADA, 2008).

Sendo assim, o PHPN traz alguns critérios, como captação da gestante e a realização de um número mínimo de procedimentos considerados essenciais, que podem ser executados pelos municípios brasileiros a fim de garantir à gestante a integralidade e qualidade da assistência como seu componente primário (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Chrestani *et al.* (2008) discorrem que houve um aumento no número de consultas pré-natal nas Regiões Norte e Nordeste, o que pode ser atribuído a um conjunto de fatores: aumento da renda familiar, maior nível de escolaridade das mães e maior oferta de serviços de saúde e aumento na cobertura do PHPN nos municípios brasileiros.

Viellas *et al.* (2014) pesquisaram a adesão ao pré-natal no Brasil e encontraram que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16^a semana gestacional e que 73,1% tiveram o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto. Houve um aumento de puérperas que explicaram não ter iniciado o pré-natal por não saber que estavam grávidas, o que sugere dificuldades na descoberta da gravidez e a necessidade de facilitar o acesso das mulheres ao resultado imediato, permitindo a captação mais ágil das gestantes para o acompanhamento pré-natal.

Os mesmos autores supracitados identificaram barreiras para a não realização do pré-natal ou para o início no período adequado: evidenciaram as desigualdades sociais, mulheres indígenas, negras, baixa escolaridade, com maior número de gestações e residentes nas Regiões Norte e Nordeste.

Os artigos analisados mostram que a maioria das gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, sendo um desafio para a Estratégia de Saúde da Família, pois quanto mais cedo for o início, melhor será a qualidade, e a adesão ao pré-natal refletirá em um maior número de consultas.

Dos estudos analisados, seis apresentaram baixa adesão ao pré-natal. Hass, Teixeira e Beghetto (2013); Santos Neto *et al.* (2012a); Peixoto *et al.* (2011) e Handell, Cruz e Santos (2014) consideram que o despreparo dos serviços de saúde avaliados para captar gestantes e a subnotificação dos dados registrados sejam o motivo de tal achado.

Peixoto *et al.* (2011) citaram que as gestantes no terceiro trimestre registravam entre uma e três consultas. Os autores levantaram a hipótese de início tardio do pré-natal e/ou baixa assiduidade às consultas, contudo as gestantes entrevistadas apontaram a demora na marcação de consultas como barreira para o acesso a ESF.

Domingues *et al.* (2012) mencionam que a adoção de intervalos mais curtos entre as consultas seria um mecanismo a ser utilizado pelos serviços de saúde o maior número de consultas pode significar mais oportunidades de receber cuidados preventivos e de promoção de saúde.

O início tardio do pré-natal afeta a adequação do número de consultas no estudo de Domingues *et al.* (2012). Os autores relatam que a proporção de gestantes com número adequado de consultas é muito menor entre aquelas com início do pré-natal após a 16ª semana gestacional, indicando ausência de mecanismos compensatórios que poderiam ser utilizados pelos serviços a fim de garantir acesso ao número mínimo de consultas preconizado.

O acolhimento e o vínculo efetivo entre os profissionais e a população possibilitam a redução no tempo de início do pré-natal, já que a detecção oportuna da gravidez é um grande desafio para as equipes de saúde.

Profissionais capacitados em relação ao acolhimento possibilitam às gestantes escuta qualificada, diminuindo as dúvidas e preocupações que são comuns no período gravídico, favorecendo uma gestação saudável (BRASIL, 2009).

A redução da mortalidade materna, a prevenção de agravos e dos óbitos evitáveis não serão alcançadas sem a superação das barreiras ao diagnóstico da gravidez, ao início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de

gestação. Os serviços precisam planejar ações para identificar essas mulheres, que são as que mais se beneficiariam de um acompanhamento oportuno e adequado.

Categoria 2: Modelo de Atenção Pré-Natal

O modelo tradicional da atenção primária nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vem sendo gradativamente substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse modelo trabalha com normas e regras sobre a atenção ao pré-natal, mediante a utilização de protocolos e práticas educativas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

Da amostra, cinco artigos avaliam o desempenho da ESF na atenção pré-natal, comparado ao modelo tradicional. Mendoza-Sassi *et al.* (2011), Anversa *et al.* (2012) citam que a adesão e a qualidade ao pré-natal nas unidades de saúde da família são maiores se comparadas às das unidades de modelo tradicional. Eles atribuíram essa diferença ao trabalho em equipe, à adscrição da clientela, à busca ativa das gestantes e à formação de vínculo com os profissionais.

A ESF tem como objetivo reorganizar a prática da atenção básica à saúde, realizando ações de forma integral e contínua, proporcionando uma assistência pré-natal de qualidade, e o vínculo estabelecido entre os profissionais da unidade e os Agentes Comunitários de Saúde(ACS) com as gestantes é de suma importância para a adesão delas ao Programa de Assistência Pré-Natal.

Chrestani *et al.* (2008) analisaram a assistência à gestação e ao parto nas Regiões Norte e Nordeste, e que o número médio de consultas nessas regiões passou de 4,7, em 2002, para 5,5, em 2005. Citam que um dos fatores dessa melhoria pode ser o aumento da cobertura da ESF e pelo PHPN, implantado nos últimos anos no Brasil.

A pesquisa realizada por Costa *et al.* (2010), em que avaliaram a cobertura da assistência do pré-natal no Maranhão, identificou que a ausência na realização do pré-natal vem diminuindo e sugere que a ESF promoveu e acelerou a capacitação de gestantes por meio de equipes de referência em obstetrícia.

O início precoce do acompanhamento pré-natal deve-se à busca ativa da gestante realizada pelos ACS. O modelo adotado pela ESF preconiza a delimitação

da área de abrangência da unidade de saúde, tornando possível detectar as gestantes residentes na comunidade e incentivá-las ao comparecimento no programa (TREVISAN *et al.*, 2002; GONÇALVES *et al.*, 2008).

O atendimento na ESF em relação à assistência pré-natal vai além da realização de exames. A formação de vínculos e a corresponsabilidade entre profissionais e usuários são aspectos fundamentais nesta modalidade de atenção, o que justifica a diferença na qualidade dos dados obtidos nessas unidades no estudo supracitado (SANTOS-NETO *et al.* 2012a).

Os estudos mostraram que a adesão ao pré-natal das gestantes atendidas na ESF é maior se comparada com a de unidades modelo tradicional. Apontam para a importância da ESF como modelo de organização da atenção, mais efetivo, devendo ser ajustado e ampliado como forma de fortalecimento para reorganização da Atenção Primária à Saúde.

Categoria 3: Registros do pré-natal e sistemas de informação

Após a confirmação da gravidez, dá-se início ao acompanhamento da gestante, através dos indicadores do processo e instrumento de registros, tais como: o cartão da gestante, a ficha perinatal e o cadastramento no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – SISPRENATAL.

A finalidade do Cartão da Gestante é de registrar informações, facilitando a comunicação entre os profissionais que realizam a assistência pré-natal e os que realizam o parto nas maternidades. Funciona como um meio de comunicação entre os níveis de atenção e também é utilizado em estudos que avaliam a qualidade da assistência pré-natal, para basear políticas de saúde materno-infantil no SUS (BRASIL, 2002; ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

As anotações no cartão da gestante revelam a sua passagem pelos serviços de saúde, cartões em branco sugerem consultas não realizadas ou não registradas (SANTOS-NETO *et al.*, 2012a).

Nos estudos analisados, foram buscados meios diferentes de obter os dados, sendo eles: entrevista com as gestantes ou parturientes, consulta ao SISPRENATAL ou análise do cartão da gestante. Foi observado que nos quatro estudos realizados com dados do SISPRENATAL e nos quatro artigos com dados do cartão da gestante

os autores afirmam existir uma lacuna, pois muitos encontram-se incompletos ou com ausência de registro. Esse fato demonstra as falhas operacionais do sistema ou dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do cartão e alimentação com os dados no SISPRENATAL.

O SISPRENATAL é um instrumento de gestão que permite o acompanhamento da adesão ao PHPN e do seu cumprimento de metas e das estatísticas de saúde materno-infantil no país. Com o monitoramento desses indicadores, é possível gerar ações programáticas e estratégicas de acordo com o perfil da população (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Durante a consulta, o cartão da gestante é preenchido, e o SISPRENATAL é sustentado a partir de planilhas preenchidas pela unidade de saúde, depois de cada atendimento. Andreucci *et al.* (2011) citam que essa forma de proceder pode gerar falhas de documentação, seja no detalhamento da planilha, no envio ou na digitação no sistema.

A inconformidade dos registros das consultas constitui um dos principais obstáculos para aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal: se algum procedimento não foi registrado, possivelmente não foi realizado (PARADA, 2008).

Handell, Cruz e Santos (2014) observaram em torno de 70% dos prontuários com ausência de registro, representando omissão por parte dos profissionais das unidades. Essa ausência pode dificultar a tomada de decisão pelo profissional, comprometendo a qualidade da assistência.

A ausência de informações pode sugerir baixa qualidade dos serviços de assistência pré-natal, gerando dificuldade em produzir dados fundamentais para a organização e ao planejamento destes serviços (BRASIL, 2001).

Santos-Neto *et al.* (2012a) encontraram que apesar do preenchimento dos cartões das gestantes não ter sido de boa qualidade, na ESF o cartão é mais bem preenchido do que no PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e nas UBS (Unidade Básica de Saúde), o que foi relacionado ao nível de organização diferenciado da ESF em que atuam diferentes categorias profissionais.

O cartão da gestante e o sistema de informação devem conter dados, evitando que, no momento do parto, procedimentos ou exames que protejam o bebê e a mãe sejam descuidados ou repetidos desnecessariamente (BRASIL, 2002; PERIM; PASSOS, 2005).

De acordo com PHPN (BRASIL, 2000) e com o Manual Rede Cegonha (BRASIL, 2011), toda gestante tem direito à assistência ao parto de forma humanizada e segura. Assim, quando os cartões de gestante são preenchidos de forma inadequada ou incompleta, há aumento de riscos para o binômio mãe-filho, sendo esse direito violado pelos profissionais.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a adesão ao pré-natal no Brasil ainda é um desafio para a assistência à saúde. Os artigos analisados mostram que a maioria das gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, porém a dificuldade é garantir um acompanhamento de qualidade. A adesão ao pré-natal das gestantes atendidas na ESF é maior comparada com unidades modelo tradicional. Muitos registros no SISPRENATAL, como o cartão da gestante, encontram-se incompletos ou com ausência de dados, o que indica falhas operacionais do sistema ou dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do cartão e alimentação dos dados.

Diante do exposto e os resultados apontados nesta revisão, faz-se necessária a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis. As ações, se não gerenciadas adequadamente, podem levar a pré-natal ineficaz, acarretando riscos à gestante e ao bebê.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.6, p. 1053-64, jun. 2011.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G.; MACCHETTI, C. E.; SOUSA, M. H. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.5, p. 854-864, out. 2011.

ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; DAL PIZZOL, T. S. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

BRASIL. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, de 8 jun. 2000a. Seção 1, p. 4-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher, Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (Manual técnico).

BRASIL. Manual Técnico Pré-natal e puerpério. **Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher- PNDS 2006**: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, de 8 jun. 2000b. Seção 1, p. 4-6.

BRITO, A. O.; MAIA, F. F.; ALVARENGA, M. L. C.; AGUIAR, R. G. Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. **Revista Brasileira Médica Farmacêutica e Comunitária**, v. 4, n. 14, p.109-118, jul./set. 2008.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C. P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 281-287, abr. 2013.

CHRESTANI, M. A. D.; SANTOS, I. S.; CESAR, J. A.; WINCKLER, L. S.; GONÇALVES, T. S.; NEUMANN, N. A. Assistência à gestação e ao parto: resultados

de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.7, p. 1609-1618, jul. 2008.

COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; MOCHEL, E. G.; ALVES, M. T. S. S. B.; RIBEIRO, V. S.; ARAGÃO, V. M. F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 456-462, ago. 2003.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; REIS, J. R.; BATISTA, R. S.; GOMES, A. P.; FRANCESCHINE, S. C. C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1347-1357, set./out. 2009

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B.; DAIN, S.; SAYD, J. D.; COUTINHO, L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov./dez. 2003.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGHI, M. A. B.; D'AVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.3, p. 349-353, maio/jun. 2008.

GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 105-111, mar. 2008.

HASS, C. N.; TEIXEIRA, L. B.; BEGHETTO, M. G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 22-30, set. 2013.

HANDELL, I. B. S.; CRUZ, M. M.; SANTOS, M. A. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 101-110, mar. 2014.

MENDES, K. D. L.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008.

MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A.; TEIXEIRA, T. P.; RAVACHE, C.; ARAÚJO, G. D.; SILVA, T. C. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 787-796, abr. 2011.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 113-124, mar. 2008.

PEIXOTO, C. R.; FREITAS, L. V.; TELES, L. M. R.; CAMPOS, F. C.; PAULA, P. F.; DAMASCENO, A. K. C. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p. 286-291, abr./jun. 2011.

PERIM, E. B.; PASSOS, A. D. C. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 272-281, set. 2005.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A.; PANIZ, V. V.; TEIXEIRA, V. A. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, p. 75-82, jan./mar. 2007.

PICOLO, G. D.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), v. 11, n. 2, p. 395-402, 2009.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011.

SANTOS NETO, E. T.; OLIVEIRA, A. M.; ZANDONADE, E.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. 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? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, set. 2012a.

SANTOS NETO, E. T.; OLIVEIRA, A. M.; ZANDONADE, E.; LEAL, M. C. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 3057-3068, nov. 2012b.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 7, p. 517-525, ago. 2004.

TREVISAN, M. R.; LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 5, 293-299, jun. 2002.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N. Da; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. Da; BASTOS, M. H.; LEAL, M. C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, ago. 2014.

5.2 ARTIGO II

PROGRAMA NACIONAL PARA MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) - ATENÇÃO PRÉ-NATAL: APROXIMAÇÕES E DESIGUALDADES REGIONAIS

NATIONAL PROGRAMME FOR IMPROVING ACCESS AND QUALITY OF PRIMARY CARE (NPIAQ-PC) – PRENATAL CARE: REGIONAL INEQUALITIES AND APPROXIMATIONS

AUTORES:

1 -Mariana Martins Sperotto – Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – marianasperotto@hotmail.com(responsável por troca de correspondência)

Endereço da Instituição – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Cidade Universitária, Campo Grande – MS, CEP 79090-000, Fone – (67) 3445-7768. Endereço para correspondência: Rua Dona Joana, 491 – Jardim Bela Vista – CEP 79003-080 – Campo Grande (MS), Brasil. Fone – (67) 9904-5702.

2 - Adriane Pires Batiston – Docente do do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – apbatiston@hotmail.com. Endereço da Instituição – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Cidade Universitária, Campo Grande – MS, CEP 79090-000, Fone – (67) 3445-7768.

3 - Albert Schiaveto de Souza - Docente do do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste em Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – albertss@hotmail.com

4 - Luciana Contrera – Docente do Curso de Enfermagem e Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – l.contrera@ufms.br

5 - Sônia Maria Oliveira de Andrade - Docente do do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias. – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) - soniaufms@gmail.com

*Financiamento Próprio

RESUMO

Objetivos: Avaliar a atenção pré-natal, comparando as ações das equipes de saúde entre as cinco regiões brasileiras. *Métodos:* estudo transversal com dados secundários do Departamento de Atenção Básica, coletados na avaliação externa do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, ciclo 2012 em nível nacional. Foram utilizadas questões que avaliam a percepção e satisfação das mulheres quanto aos serviços de saúde, seu acesso e utilização referentes à gravidez e pré-natal. Os dados foram analisados pelo teste do qui-quadrado na avaliação da associação entre as variáveis e na comparação de proporções, duas a duas, entre as regiões do Brasil, com nível de significância de 5%. *Resultados:* acompanhamento pré-natal na última gravidez foi realizado por (98,7%) das mulheres. as regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores percentuais de realização de no mínimo sete consultas de pré-natal durante a gravidez e orientações sobre o local do parto. Os índices dos exames de boca, de mama, ginecológico e Papanicolau realizados durante a consulta de pré-natal apresentaram valores abaixo do esperado em todas as regiões do Brasil. *Conclusões:* O acesso ao pré-natal é elevado, entretanto o número mínimo de consultas apresenta-se de forma desigual entre as diferentes regiões do país, sendo que ações que busquem aumentar o acesso de mulheres ao maior número de consultas devem ser implementadas pelas equipes de Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Pré-natal. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the prenatal care, comparing the actions of health teams among 5 Brazilian regions. Methods: a cross-sectional study with secondary data from (DPC) collected during the external evaluation NPIAQ-PC, 2012 cycle at the national level, questions were used to evaluate the perception and satisfaction of women relation to health services as to its access and utilization, regarding pregnancy and prenatal care. Data were analysed by Chi-square test by assessing the association between the variables and through comparison of proportions, two at a time, between Brazilian regions, with a significance level of 5%. Results: no significant difference was observed between regions, (98.7 per cent) reported that prenatal consultations were carried out during the last pregnancy, with regard to the achievement of at least seven prenatal consultations during pregnancy and guidelines about the place of birth, the South and Southeast regions showed higher percentages, the indices of the exams: mouth, breast, gynaecological and papanicolau performed during prenatal consultations showed low values in all regions of Brazil. Conclusions: the access to prenatal care is high, however the minimum number of consultations is unequal among different regions of the country, thus actions that seek to increase the access of women to a greater number of consultations should be implemented by PH teams.

Keywords: Prenatal Care. Primary health care. Health assessment. Women's health.

INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal adequada é considerada uma das principais ações de promoção à saúde da gestante e do feto e de prevenção de eventos adversos na gestação no âmbito da atenção primária. O seu objetivo é assegurar o desenvolvimento da gestação, para um parto saudável, sem prejuízos à saúde materna^{1,2}.

O pré-natal é caracterizado pelo conjunto de consultas ou visitas programadas da gestante com o médico e/ou sua equipe, para assegurar o desenvolvimento da gestação e permitir adequada preparação para o parto e puerpério. Seu início deve se dar logo após o diagnóstico da gestação, ainda no primeiro trimestre, a fim de garantir a identificação de gestantes em situação de risco e a realização de maior número de ações de promoção e prevenção. Sendo assim, estados e municípios, necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra referência, garantindo os elementos para o pré-natal de qualidade na atenção básica².

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem se tornando uma importante estratégia para melhorar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita. É por meio de uma RAS que se permite prestar assistência contínua a determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e a qualidade adequados³.

A portaria nº 1.459/2011 instituiu, no âmbito do SUS a Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados que tem como objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil garantindo o acesso, o acolhimento e a resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal⁴.

Diante disto, o cuidado pré-natal tem impacto na redução de resultados obstétricos desfavoráveis, e pode ser considerado como uma das mais importantes metas em termos de saúde pública devido à possibilidade de redução dos determinantes da morbimortalidade neonatal^{2,5}.

São crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações². A avaliação é uma estratégia que contribui para direcionar ou redirecionar a execução de ações e atividades, colaborando para a tomada de novas decisões e melhoria da qualidade do processo assistencial⁶.

A aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência pré-natal proporciona identificar o desempenho do serviço, e configura-se como importante condição para garantir a efetividade dos cuidados à gestante^{5,7}.

Pelas circunstâncias expostas, o objetivo deste artigo é comparar as ações das equipes de saúde referentes ao pré-natal entre as cinco regiões brasileiras.

MÉTODO

Foi conduzido um estudo transversal com dados secundários, provenientes do banco de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), coletados na avaliação externa do PMAQ, ciclo 2012 em nível nacional, referentes ao Módulo III do instrumento da Avaliação Externa.

O Módulo III é composto por questões que avaliam a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Para este estudo, foram selecionadas questões do Bloco III 11 referentes à gravidez e pré-natal. Vale ressaltar, que o PMAQ-AB definiu como critério de inclusão de usuárias a serem

entrevistadas neste Bloco, apenas mulheres que já estiveram grávidas e que possuíssem filho até 2 anos de idade⁸. No total foram entrevistadas 8.774 mulheres provenientes de 17.202 equipes de saúde da família e atenção básica correspondente a 51% do total das equipes existentes no país em 2012⁹.

Para análise dos dados utilizou-se a distribuição das equipes estratificadas segundo macrorregiões brasileiras, Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. O teste do qui-quadrado foi utilizado na avaliação da associação entre as variáveis e na comparação de proporções, duas a duas, entre as regiões do Brasil, considerando a correção de Bonferroni nestas comparações. A comparação das médias do número de consultas de pré-natal entre as diferentes regiões foi analisada pelo teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós-teste de Tukey. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 22.0, considerando um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer nº 1.031.792.

RESULTADOS

Os resultados apresentaram diferença significativa ($p < 0,001$) na distribuição percentual das mulheres segundo as diferentes regiões, de forma que a maior concentração de respondentes é proveniente da região Centro-Oeste (27,2%), seguida das regiões Norte (18,4%), Sudeste (23,3%), Nordeste (15,7%) e o Sul (13,3%) (Tabela 1).

Entre as entrevistadas, 98,7% realizaram acompanhamento pré-natal na última gravidez, e o número médio de consultas de pré-natal variou de $7,26 \pm 0,12$ (média ± erro padrão da média) na região Norte a $9,50 \pm 0,14$ na região Sul ($p < 0,05$). No que se refere à realização de no mínimo sete consultas de pré-natal durante a gravidez, as regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores percentuais, 83,6% e 79,7% respectivamente, contrastando

com a região Norte que apresentou o pior resultado com 58,4% ($p < 0,001$). Observou-se diferença significativa no que se refere ao local de realização da maioria das consultas de pré-natal (Tabela 1). Em relação ao local no qual o parto seria realizado, as regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores percentuais de orientações oferecidas às gestantes com 76,4% e 73,4% respectivamente, o menor percentual foi observado na região Norte com 53,7% ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Quando questionadas sobre qual(is) profissional(is) realizaram o seu pré-natal, o enfermeiro foi mais citado entre as mulheres nas regiões Nordeste (95,8%) e Norte (94,3%), enquanto que o médico foi predominantemente citado nas regiões Sul (96,6%), Centro-Oeste (91,9%) e Sudeste (91,5%) sendo observadas diferenças significativas ($p < 0,001$) (Tabela 2). Referente a continuidade do cuidado e vínculo com o profissional, 83,6% das mulheres responderam que foram consultadas com o(s) mesmo(s) profissional(is) em todas as consultas. Embora, tenha havido diferença entre as regiões ($p < 0,001$), observou-se percentuais superiores a 80% nas regiões Centro-Oeste, Norte e Sudeste, sendo que as regiões Norte e Sul apresentaram percentuais superiores a 70% (Tabela 2).

As ações realizadas pelos profissionais durante as consultas de pré-natal, como medição da altura uterina, aferição de pressão arterial, exame de boca e mamas, exame Papanicolau e ginecológico estão detalhadas na Tabela 2.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários de acordo com as respostas referentes a realização do pré-natal, número de consultas realizadas, local da realização do pré-natal e orientação maternidade para parto segundo as regiões do Brasil, Brasil, 2012

Variável	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total
Filhos até dois anos* (p<0,001)						
	(n=3053) 27,2 (830)a	(n=15917) 15,7 (2498)c	(n=2682) 18,4(493)b	(n=17674) 23,3 (4123)b	(n=6222) 13,3 (830)d	(n=45548) 19,3 (8774)
Realizou pré-natal na última gestação* (p=0,646)						
	(n=830)	(n=2499)	(n=493)	(n=4125)	(n=830)	(n=8777)
Sim	98,4 (817)	98,7 (2466)	98,2 (484)	98,9 (4078)	98,7 (819)	98,7 (8664)
Não	1,6 (13)	1,2 (29)	1,4 (7)	1,0 (41)	1,2 (10)	1,1 (100)
Não sabe/ Não respondeu	0,0 (0)	0,2 (4)	0,4 (2)	0,1 (6)	0,1 (1)	0,1 (13)
Número de consultas realizadas no pré-natal* (p<0,001)						
	(n=785)	(n=2351)	(n=457)	(n=3969)	(n=774)	(n=8336)
6 ou menos	25,4 (199)b	29,4 (692)b	41,6 (190)a	20,3 (804)c	16,4 (127)c	24,1 (2012)
7 ou mais	74,6 (586)b	70,6 (1659)b	58,4 (267)c	79,7 (3165)a	83,6 (647)a	75,9 (6324)
Número de consultas realizadas no pré-natal**	8,41±0,11c	7,77±0,05d	7,26±0,12e	8,78±0,05b	9,50±0,14a	8,44±0,03
Local da realização da maioria das consultas de pré-natal* (p<0,001)						
	(n=817)	(n=2466)	(n=484)	(n=4078)	(n=819)	(n=8664)
Nesta unidade de saúde	70,7 (578)b	82,7 (2040)a	72,3 (350)b	63,8 (2602)c	67,4 (552)bc	70,7 (6122)
Em outra unidade de saúde	18,5 (151)a	11,5 (284)b	20,2 (98)a	20,8 (848)a	18,9 (155)a	17,7 (1536)
Hospital	4,2 (34)ab	3,1 (77)b	2,9 (14)ab	5,1 (209)a	4,4 (36)ab	4,3 (370)
Consultório particular	3,7 (30)bc	1,4 (35)d	2,5 (12)cd	6,6 (270)a	6,0 (49)ab	4,6 (396)
Outros	2,9 (24)	1,2 (30)	2,1 (10)	3,6 (147)	3,2 (26)	2,7 (237)
Não sabe/ Não respondeu	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (2)	0,1 (1)	0,0 (3)
Orientação sobre o local do parto* (p<0,001)						
	(n=578)	(n=2040)	(n=350)	(n=2602)	(n=552)	(n=6122)
Sim	65,4 (378)b	58,5 (1194)c	53,7 (188)c	73,4 (1910)a	76,4 (422)a	66,8 (4092)
Não	34,3 (198)b	41,0 (836)a	46,0 (161)a	26,6 (691)c	23,0 (127)c	32,9 (2013)
Não sabe/não respondeu/não lembra	0,3 (2)	0,5 (10)	0,3 (1)	0,0 (1)	0,5 (3)	0,3 (17)

*Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre as regiões (p<0,05), no teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni.

**Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de p no teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós-teste de Tukey. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre as regiões (p<0,05), no pós-teste de Tukey

Tabela 2- Distribuição dos usuários de acordo com as respostas referentes aos profissionais que realizaram o pré-natal, consulta com o mesmo profissional e ações realizadas pelos profissionais durante as consultas de pré-natal segundo as regiões do Brasil, Brasil, 2012

Variável	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total
Profissionais que realizaram o pré-natal* (p<0,001)						
	(n=578)	(n=2040)	(n=350)	(n=2602)	(n=552)	(n=6122)
Médico	91,9 (531)b	47,5 (968)d	62,6 (219)c	91,5 (2381)b	96,6 (533)a	75,7 (4632)
Enfermeiro	60,0 (347)b	95,8 (1955)a	94,3 (330)a	44,4 (1155)c	35,3 (195)d	65,0 (3982)
Consultava com o(s) mesmo(s) profissional(ais) da equipe de saúde* (p<0,001)						
Sim, em todas as consultas	83,7 (484)a	83,8 (1709)a	74,0 (259)b	85,5 (2224)a	79,7 (440)ab	83,6 (5116)
Sim, em algumas consultas	14,0 (81)a	14,5 (296)ab	20,9 (73)a	11,7 (305)ac	15,9 (88)a	13,8 (843)
Não	2,2 (13)	1,7 (35)	4,9 (17)	2,6 (67)	4,3 (24)	2,5 (156)
Não sabe/ Não respondeu	0,0 (0)	0,0 (0)	0,3 (1)	0,2 (6)	0,0 (0)	0,1 (7)
Ações realizadas durante a consulta de pré-natal:						
Mediram sua barriga (altura do útero) (p<0,001)	93,4 (540)c	98,9 (2018)a	96,0(336)bc	97,4 (2534)b	96,9 (525)bc	97,4 (5963)
Mediram sua pressão arterial (p=0,002)	98,1 (567)b	99,5 (2030)a	98,0 (343)b	98,6 (2565)b	97,8 (540)b	98,7 (6045)
Examinaram sua boca (p<0,001)	36,7 (212)b	49,6 (1012)a	37,4 (131)c	45,5 (1185)a	38,8 (214)bc	45,0 (2754)
Examinaram suas mamas (p<0,001)	39,3 (227)d	64,1 (1307)a	44,6 (156)d	56,5 (1469)b	51,6 (285)cbd	56,3 (3444)
Realizaram exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) (p<0,001)	23,9 (138)b	36,4 (742)a	27,1 (95)b	38,2 (993)a	40,4 (223)a	35,8 (2191)
Realizaram exame ginecológico (p<0,001)	25,6 (148)d	38,0 (776)c	38,3 (134)b	53,6 (1395)a	51,1 (282)a	44,7 (2735)

*Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre as regiões (p<0,05), no teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni.

DISCUSSÃO

O pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal¹⁰.

Os resultados encontrados neste estudo nos mostram que quase 100% das mulheres realizaram pré-natal em sua última gestação, indicando cobertura elevada da assistência pré-natal no Brasil em todas as regiões e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas^{8,9,10}.

No entanto, apesar da taxa elevada de mulheres que relataram ter realizado o pré-natal em âmbito nacional, quando considera-se o indicador número mínimo de consultas de pré-natal é possível identificar desigualdades no acesso a este cuidado nas diferentes regiões. O PHPN recomenda a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal para uma gestante, mas desde a implantação da Rede Cegonha, espera-se que cada mulher realize no mínimo sete consultas durante seu pré-natal, número este pactuado com gestores de saúde e avaliados no PMAQ-AB^{2,11}.

A região Norte apresentou o menor índice de mulheres que realizaram no mínimo sete consultas para garantir o parâmetro de acompanhamento durante a evolução da gestação e agravos quanto à saúde da mãe. Este achado já era esperado e pode, em parte, ser explicado por esta região apresentar maior escassez de recursos quando comparada às demais¹¹. Em contrapartida, as regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores valores médios de gestantes que realizaram sete ou mais consultas pré-natal. Dados referentes ao tempo decorrido entre a captação da gestante e

início do pré-natal, bem como a idade gestacional em que o mesmo foi iniciado não estavam disponíveis para análise.

Quanto ao(s) profissional(is) que realizou(aram) a consulta de pré-natal, quase que a totalidade das mulheres da região Nordeste foram atendidas pelo enfermeiro, o que pode estar relacionado a fatores socioeconômicos e culturais, e por possuir um menor efetivo de profissionais médicos nessas regiões. Sabe-se que o enfermeiro realiza as primeiras consultas e solicita os exames laboratoriais de rotina, além de realizar o pedido de exames considerados complementares, de acordo com as normas do Ministério da Saúde para a assistência pré-natal, em especial nas cidades do interior. De acordo com a lei 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem o enfermeiro possui autonomia para exercer o cuidado integral em relação ao pré-natal da gestante de baixo risco, sendo um dos principais agentes de educação em saúde e de promoção de ambiente saudável e satisfatório para a adaptação física e emocional da mulher, propiciando a transição da condição de gestante à condição de mãe de acordo^{4, 11,13, 14, 15}.

Em relação ao profissional da equipe de saúde com o qual a mulher realizou suas consultas, observa-se que todas as regiões apresentaram percentuais altos de mulheres que realizaram todas as consultas com o mesmo profissional, as piores taxas foram encontradas nas regiões Norte e Sul, o que chamou a atenção uma vez que as duas regiões possuem características quase que opostas em relação a recursos econômicos e força de trabalho na área da saúde. A vinculação da mulher ao profissional demonstra a continuidade da assistência, mostrando a importância da relação de confiança entre o profissional e a gestante e melhor acompanhamento da gestação¹⁵. Petrouet *al.*¹⁶ identificaram que a fragmentação do cuidado com a realização de consultas por diferentes profissionais resulta em menor qualidade do pré-natal. A não continuidade do

cuidado pode se dar por fatores diversos relacionados à mulher e aos serviços, como a dificuldade de fixação de profissionais em algumas regiões, como é o caso da região Norte.

No Brasil a vinculação da gestante a uma maternidade de referência é recomendada pela rede cegonha e garantida pela lei 11.634/2007^{4,17}. Em relação à orientação recebida pelas mulheres sobre o local de realização do parto, observou-se que as regiões mais desenvolvidas como Sul e Sudeste foram as que apresentaram os melhores resultados quando comparadas às demais regiões. É fundamental que as gestantes sejam devidamente orientadas para que seja evitada a peregrinação no momento do parto. Na hora do parto, gestantes percorrem vários locais até conseguir atendimento, o que decorre de falta de vagas nessas unidades. A maior parte dos casos acaba por peregrinar através de meios próprios, favorecendo a elevação nos índices de complicações durante o parto¹⁸. Uma rede integrada de referência e contra referência, com a garantia de leitos de internação por meio de uma central de regulamentação de vagas, são algumas ações que podem evitar desfechos negativos da gestação¹⁵.

Durante as consultas de pré-natal houve alta frequência de ações como a medição da barriga (altura do útero) e aferição da pressão arterial das gestantes em todas as regiões do Brasil, com índices satisfatórios para as duas referências. O objetivo da medida da altura uterina é acompanhar o crescimento fetal e a detecção precoce de alterações, pois há uma relação entre altura uterina e idade gestacional². A aferição da pressão na gestante é importante para detectar oportunamente estados hipertensivos; sendo a pré-eclâmpsia/eclâmpsia a primeira causa de morte materna no Brasil¹⁹. Estudos apontam que as síndromes hipertensivas são consideradas as principais causas de mortalidade materna nos países desenvolvidos²⁰. Apesar da alta cobertura da assistência

pré-natal, a mortalidade materna decorrente da hipertensão arterial continua elevada podendo presumir que um dos problemas é a qualidade do atendimento pré-natal¹.

Os índices dos exames de boca, de mama, ginecológico e Papanicolau realizados pelos profissionais de saúde durante a consulta de pré-natal apresentaram valores baixos em todas as regiões do Brasil.

Estudos apontam que o acesso da gestante à assistência odontológica na gravidez é permeado de barreiras, entre elas a baixa percepção das necessidades das gestantes, ansiedade e o medo de sentir dor além de dificuldades para a entrada no serviço público. A abordagem da saúde bucal na gestação é importante, pois tem relação com a saúde geral e bucal do bebê, sendo de extrema importância que o serviço de saúde estabeleça como rotina o exame de boca durante o pré-natal. No presente estudo, o exame de boca foi realizado em menos da metade das mulheres durante o pré-natal evidenciando a necessidade da integração entre os profissionais de saúde bucal e os demais profissionais, compartilhando informações sobre a segurança do tratamento odontológico com toda a equipe de saúde para que haja melhor atendimento à gestante²,
12, 21, 22

O exame de mama tem como objetivo detectar as anormalidades e/ou avaliar sintomas referidos pelas gestantes, a fim de identificar possíveis lesões malignas palpáveis em estágio inicial de evolução. Configura-se, ainda, como a oportunidade do profissional de saúde orientar sobre o preparo das mamas para a amamentação e a importância do aleitamento materno para a criança e para a gestante.

Em estudo conduzido no Rio Grande do Sul com 445 puérperas, 59,8% não tiveram suas mamas examinadas por um profissional durante o pré-natal, corroborando os resultados deste estudo no qual aproximadamente apenas metade das mulheres

relataram exame clínico das mamas durante o pré-natal, o que indica lacunas relacionadas a qualidade das consultas²³.

O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, exame especular e o toque vaginal. Oliveira *et al.*²⁴ ressaltam que é durante a consulta ginecológica de prevenção que os profissionais de saúde devem orientar a gestante em relação a multiplicidade de parceiros, risco de infecções genitais e contaminação por HPV, destacando a importância da realização do exame periódico, mesmo sem sintomas e a continuidade ao atendimento com o retorno para avaliação do resultado do exame. Apesar da importância da realização deste exame durante o pré-natal, observou-se neste estudo que a frequência de realização do exame ginecológico pelos profissionais envolvidos na assistência pré-natal da atenção básica foi de aproximadamente 40% em todo o Brasil e inferior com taxas ainda menores nas regiões Centro-oeste, Nordeste e Norte.

O exame preventivo conhecido como Papanicolau deve ser feito preferencialmente até o 7º mês. Esse exame é importante para detectar infecção pelo HPV e/ou outras infecções que precisam ser tratadas e pode ser feito em unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados para a realização do exame². De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a detecção precoce do câncer de colo do útero é importante por apresentar uma fase pré-clínica assintomática, onde ocorre a detecção de lesões precursoras que precedem o aparecimento da doença que é detectada através da realização do Papanicolau²⁵.

O diagnóstico de câncer do colo do útero é comumente detectado no período de gestação diferindo pouco das taxas de frequência daquelas não grávidas, de tal forma que é indicado a realização deste exame logo nas primeiras consultas de pré-natal, facilitando o diagnóstico e o tratamento quando necessário. Neste estudo, o exame Papanicolau foi realizado em apenas 36% das mulheres durante o pré-natal. Segundo

manual de orientação do Ministério da Saúde, o exame Papanicolau deve ser realizado durante o pré-natal em mulheres que nunca tenham realizado o exame ou que estejam com o mesmo desatualizado (ausência de exame a mais de 36 meses)¹¹. Os dados deste estudo são compatíveis a uma pesquisa realizada na região Sul, na qual 43,4% das gestantes relataram nunca terem realizado o Papanicolaou. Estes resultados sugerem que o exame tem sido negligenciado durante as consultas de pré-natal, período este que deve ser encarado como uma oportunidade para os profissionais orientarem a gestante a realizar o Papanicolau, por ser a gestação o momento ideal e, às vezes, único, para programar ou consolidar as ações preventivas para a saúde feminina²⁶.

A atenção pré-natal no Brasil constitui-se como um desafio para a saúde pública, a melhoria na qualidade das ações durante o pré-natal representam uma real possibilidade de redução dos determinantes da morbimortalidade materna e neonatal.

Conclui-se com base nesses resultados que no Brasil, a cobertura do acompanhamento pré-natal é elevada, entretanto o número mínimo de consultas durante o pré-natal apresenta-se de forma desigual entre as diferentes regiões do país, sendo que ações que busquem aumentar o acesso de mulheres ao maior número de consultas (no mínimo sete) devem ser implementadas pelas equipes de Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Vettore MV, Dias M, Domingues RM, Vettore MV, Leal MD. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1021-34.
2. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2008; 18(4): 3-11.

4. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2011.
5. Goncalves CV, Cesar JA, Mendoza-sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2009, Nov; 25(11): 2507- 2516.
6. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. 2001.
7. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Caderno de Saúde Pública, 2006Jan; 22(1).
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. Fausto MCR, Souza Junior PRB. Nota metodológica sobre a avaliação das equipes de Atenção Básica e censo das unidades básicas de saúde no âmbito do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Mimeo. 2013
10. Gonçalves CV et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 16: 2501-2510.
11. BRASIL. Manual Técnico Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28: 425-437.
13. BRASIL. Lei nº 7.498 DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e da outras providências.
14. Rodrigues EM, Nascimento RGN, Araujo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Revista Escola Enfermagem USP, 2011; 45(5): 1041-1047.
15. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGND, Theme Filha MM, Costa JVD, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública, 2014, Ago; 30(1).

16. Petrou S, Kupek E, Vause S, Maresh M. Clinical, provider and sociodemographic determinants of the number of antenatal visits in England and Wales. *Soc Sci Med* 2001; 52:1123-34.
17. BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde.
18. Menezes D, Leite I, Schramm j, Leal M. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Caderno de Saúde Pública*, 2006; 22(3):553-59.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
20. Tedesco RP, Parpinelli MA, Amaral E, Surita FGC, Cecatti JG. Hipertensão arterial crônica na gestação: consenso e controvérsias. *Rev Ciênc Méd (Campinas)* 2004; 13:161-7.
21. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008 Abr;77(8):1139-44.
22. Codacodato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(3):1075-1080.
23. Gonçalves CV, Dias-da-Costa JS, Duarte G, Marcolin AC, Garlet G, Sakai AF et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Ago; 24(8):1783-1790.
24. Oliveira GR, Vieira VC, Barral MFM, Döwich V, Soares MA, Conçalves CV, Martinez AMB. Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2013; 35(5): 226-232.
25. INCA (BR) – Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2015. Em:<http://www.inca.gov.br>.
26. Ribeiro L, Bastos RR, Ribeiro LC, Vieira MT, Leite ICG, Teixeira MTB. Não adesão às diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol Obstet*. 2013; 35(7): 323-30.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que a adesão ao pré-natal no Brasil ainda é um desafio para assistência à saúde. Os artigos analisados mostram que a maioria das gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, porém a dificuldade é garantir um acompanhamento de qualidade. A adesão ao pré-natal das gestantes atendidas na ESF é maior comparada com unidades modelo tradicional, muitos registros no SISPRENATAL como cartão da gestante encontram-se incompletos ou com ausência de dados, e que indica falhas operacionais do sistema ou dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do cartão e alimentação dos dados.

O acompanhamento pré-natal no Brasil é realizado em quase sua totalidade, não havendo diferença significativa entre as regiões. As regiões Sul e Sudeste apresentam melhores taxas quando comparadas com as regiões Norte e Nordeste a respeito do número mínimo de consultas pré-natal preconizados pela Rede Cegonha.

Em relação as orientações sobre o local que seria realizado o parto a região Norte apresentou menor percentual comparada com as demais regiões do país.

O profissional que se destacou na realização do pré-natal de baixo risco da Atenção Básica nas regiões Norte e Nordeste foi o enfermeiro.

A realização do exame de boca, de mamas, de Papanicolau e ginecológico durante as consultas de pré-natal os índices em todas as regiões do Brasil é considerada baixa. Evidenciando que o pré-natal ainda é um desafio no Brasil. As gestantes aderem ao atendimento, porém as ações realizadas ainda são insuficientes para a redução de resultados obstétricos desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J. G. Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p.1053-1064, junho 2011.

ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. S. D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 259-268, jan./fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1984.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055- 18059.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais do pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 71, mar. 2006b;

_____. **Manual Técnico Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006d. Seção 1, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90/Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1 ed. 2 reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado redes de atenção a saúde no sistema único de saúde**. Brasília: OPAS, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): documento síntese para avaliação externa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

_____. **Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K; COSTA, S. H (Org.) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 319-36, 1999.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B.; DAIN, S.; SAYD, J. D.; COUTINHO L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov./dez. 2003.

FAUSTO, M. C. R.; SOUZA JUNIOR, P. R.B. **Nota metodológica sobre a avaliação das equipes de Atenção Básica e censo das unidades básicas de saúde no âmbito do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica**. 2013.

GONCALVES, C. V; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, nov. 2009.

HEAMAN, M. I.; NEWBURN - COOK, C. V.; GREEN, C. G.; ELLIOTT, L. J.; HELEWA, M. E. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices. **Pregnancy Childbirth**, v. 8, n. 15, 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 173-179, jan. 2006.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p.1304-1313, jun. 2008.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada**. 2007. p. 118. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

SCLLAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 29-41, abr. 2007.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004.

SOUZA, H. M. (Org.). Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002.p. 221-240.

SOUZA, H. M. Programa Saúde da Família: entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n.esp., p. 7-16, dez. 2000.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. M. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: BOSI, M. L. M., MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. São Paulo, 2004.p.121-136.

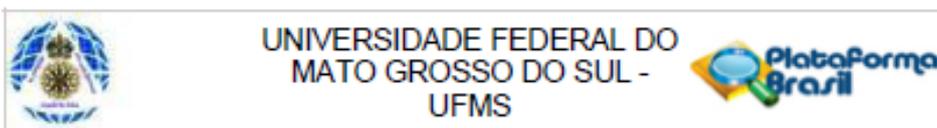
VETTORE, M. V.; DIAS, M.; VETTORE, M. V.; LEAL, M. C. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 2, p. 89-100, jun. 2013.

ANEXO A: Instrumento de Avaliação Externa

III.11	Gravidez e pré-natal			
III.11.2	A criança tem até dois anos?		Sim	
			Não	
Este bloco de questões deverá ser perguntado se a usuária já ficou grávida alguma vez e se a criança tem até dois anos.				
III.11.3	Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal? (Se SIM, passar para a questão III.11.5. Se NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco III.12.)		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
III.11.5	Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal?		Consultas	
			Não sabe/não respondeu/não lembra	
III.11.6	Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal? (Se NESTA UNIDADE DE SAÚDE, passar para a questão III.11.8.)		Nesta unidade de saúde	
			Em outra unidade de saúde	
			Hospital	
			Consultório particular	
			Outro(s)	
III.11.22	A senhora foi orientada sobre o lugar (maternidade) que faria o parto?		Sim	
			Não	
III.11.8	Com qual(ais) profissional(ais) a senhora fez o pré-natal?	Sim	Não	Médico
		Sim	Não	Enfermeiro
			Nenhuma das anteriores	
III.11.9	A senhora sempre se consultava com o(s) mesmo(s) profissional(ais) da equipe de		Sim, em todas as consultas	
			Sim, em algumas consultas	
			Não	

	saúde?			
				Não sabe/não respondeu/não lembra
III.11.10	Na(s) consulta(s) de pré-natal, os profissionais de saúde:	Sim	Não	Mediram sua barriga (altura do útero)
		Sim	Não	Mediram sua pressão arterial
		Sim	Não	Examinaram sua boca
		Sim	Não	Examinaram suas mamas
		Sim	Não	Realizaram exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)
		Sim	Não	Realizaram exame ginecológico
				Nenhuma das anteriores

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-PARTO E PÓS-PARTO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Mariana Martins Sperotto

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 27146814.0.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: notificação ao Comitê de ética

Justificativa: Foi explorado o banco de dados e percebeu-se que os dados referentes ao estado de

Data do Envio: 14/11/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.031.792

Data da Relatoria: 31/03/2015

Apresentação da Notificação:

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: notificação ao Comitê de ética

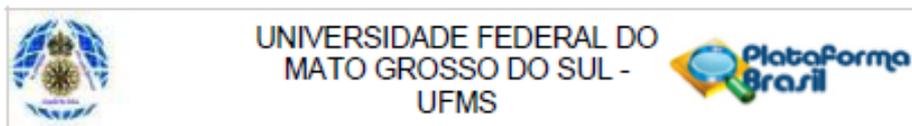
Justificativa: Foi explorado o banco de dados e percebeu-se que os dados referentes ao estado de Mato Grosso do Sul não permitiram uma avaliação consistente do tema escolhido, e como estão disponíveis em domínio público solicitou o usos dos dados a nível Nacional.

Data do Envio: 14/11/2014

Objetivo da Notificação:

Solicitação do usos dos dados a nível Nacional, pois os dados referentes ao estado de Mato

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.031.792

Grosso do Sul não permitiram uma avaliação consistente do tema escolhido

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos.

Benefícios:

A avaliação do pré-natal poderá contribuir para a melhoria da assistência à gestante, diminuindo, dessa forma, os índices de morbimortalidade do neonato e da mulher.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A proposta de pesquisa se apresenta fundada em objeto definido, objetivos exequíveis, hipótese referencial, práticas metodologicamente delineadas e suportes de organização dos dados definidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontra-se adequado conforme Resolução em vigor.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Encontra-se adequado conforme Resolução em vigor.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 22 de Abril de 2015

Assinado por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br