

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

MARYAM ANDRADE FRÓZ

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA
NO BRASIL

SÃO LUÍS
2019

MARYAM ANDRADE FRÓZ

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA
NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Liberata Campos Coimbra

SÃO LUÍS

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Andrade Fróz, Maryam.

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA
NO BRASIL / Maryam Andrade Fróz. - 2019.

62 p.

Orientador(a): Liberata Campos Coimbra.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São
Luís, 2019.

1. Assistência Pré-natal. 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Gestantes. I. Campos Coimbra, Liberata. II.
Título.

MARYAM ANDRADE FRÓZ

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA
NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Liberata Campos Coimbra – Orientadora
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Correa – 1º. Membro
Doutora em Biotecnologia
Universidade Estadual do Ceará

Dra. Claudia Teresa Frias Rios – 2º. Membro
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Lena Maria Barros Fonsêca – 1º. Membro Suplente
Doutora em Biotecnologia
Rede Nordeste de Biotecnologia

Dra. Luzinea de Maria Pastor Santos Frias – 2º. Membro Suplente
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

É difícil descrever a felicidade que é chegar ao final de uma caminhada e saber que, apesar das dificuldades e incertezas no caminho, todo seu esforço foi recompensado. Só tenho a agradecer por todo aprendizado adquirido que me fez crescer, não só intelectualmente, mas também enquanto pessoa, durante estes 2 anos de curso.

Agradeço a Deus, por ter me dado sabedoria para participar e, ser aprovada no concurso pleiteando a vaga de mestrandia, no momento adequado da minha vida. Por não ter me abandonado nas situações difíceis e, por ter me dado força e tranquilidade para prosseguir.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo acolhimento e dedicação aos alunos, incentivando o conhecimento em Enfermagem com base científica e filosófica. Em especial agradeço a Prof^a Dr^a Liberata Campos Coimbra, minha orientadora, que apesar de participar de vários outros projetos e, ainda estar em fase de aposentadoria, decidiu me orientar. Agradeço pelos seus conhecimentos, pela paciência e confiança em mim depositadas.

Agradeço por ter participado de uma turma de mestrado, com pessoas alegres, inteligentes e compromissadas com a profissão, ser Enfermeiro (a).

À minha família, por apoiar minhas decisões e sempre acreditar que serei vitoriosa.

À amigos que direta e indiretamente contribuíram com meu trabalho, como exemplo, Hermaíza Loiola, que sempre me ajudou no que podia e acreditou que daria certo, meus sinceros agradecimentos.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

Charles Chaplin

FRÓZ, M. A. **Avaliação da assistência ao pré-natal na atenção básica no Brasil.** 2019. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

RESUMO

O estudo, realizado no período de 2017 a 2018, teve por objetivo avaliar a assistência ao pré-natal no Brasil, a partir do Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, baseado em dados secundários pertencentes ao componente da 'Avaliação Externa' disponíveis no banco do PMAQ-AB, 2º ciclo, ano 2014, referente a todos os estados brasileiros. A população de referência foi constituída por profissionais de 29.778 Equipes de Saúde da Família e 9.945 gestantes usuárias das 24.055 Unidades Básicas de Saúde avaliadas. Foram avaliados indicadores de estrutura, processo e resultados, classificados como adequado, intermediário e inadequado. Na avaliação da estrutura, foi classificado como adequado a disponibilidade de equipamentos, material impresso e imunobiológicos. O acesso e utilização das consultas de pré-natal, na perspectiva das gestantes, foi classificado como intermediário, e à exames e procedimentos como adequado. Conclui-se que a estrutura e o processo de trabalho, avaliados pelos profissionais, foram classificados como adequados, enquanto que os resultados, observados na perspectiva das gestantes, foram classificados como intermediários.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Assistência Pré-natal; Gestantes;

FRÓZ, M. A. **Evaluation of prenatal care in basic care in Brazil.** 2019. Dissertation (Master degree). Graduate Program in Nursing. Federal University of Maranhão, São Luís, 2019.

ABSTRACT

The study, conducted in the period 2017 to 2018, aimed to evaluate prenatal care in Brazil, based on the Program for Improvement and Access to Basic Care Quality. This is a descriptive, quantitative study, based on secondary data belonging to the 'External Evaluation' component available in the PMAQ-AB bank, 2nd cycle, year 2014, for all Brazilian states. The reference population consisted of professionals of 29,778 Family Health Teams and 9,945 pregnant women users of the 24,055 Basic Health Units evaluated. Indicators of structure, process and results were evaluated, classified as adequate, intermediate and inadequate. In the assessment of the structure, the availability of equipment, printed material and immunobiologicals was classified as adequate. The access and use of prenatal consultations, from the perspective of pregnant women, was classified as an intermediate, and to examinations and procedures as appropriate. It was concluded that the structure and the work process, evaluated by the professionals, were classified as adequate, while the results, observed from the perspective of the pregnant women, were classified as intermediaries.

Keywords: Primary Health Care; Prenatal Care; Pregnant women;

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes da estrutura.	29
Quadro 2 - Componentes do processo.....	29
Quadro 3 - Componentes do resultado.	30
Quadro 4 - Classificação do pré-natal.	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características relacionadas as condições de infraestrutura, equipamentos, insumos e medicamentos das Unidades Básicas de Saúde na atenção ao Pré-natal no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.	33
Tabela 2 - Características do processo de trabalho das equipes e a organização do serviço de atenção ao Pré-natal na Atenção Básica no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.	35
Tabela 3 - Características do acesso e utilização das consultas no Pré-natal, na perspectiva das gestantes no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.....	36
Tabela 4 - Acesso às orientações no Pré-natal, na perspectiva das gestantes no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.	37
Tabela 5 - Acesso à exames e procedimentos realizados no Pré-natal de acordo com as gestantes no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.	38

LISTA DE ABREVIATURAS

UBS – Unidade Básica de Saúde

AB - Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

MS – Ministério da Saúde

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFPEl - Universidade Federal de Pelotas

UFPI - Universidade Federal do Piauí

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFS - Universidade Federal de Sergipe

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

EqAB – Equipe de Atenção Básica

IPR – Infraestrutura, Processo e Resultado

APNCU – Adequacy of Prenatal Care Utilization

CEP – Comitês de Ética e Pesquisas

APS – Atenção Primária a Saúde

UNICEF – Fundo da Nações Unidas para a Infância

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PHISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-Natal

Hb – Hemoglobina

Ht – Hematócrito

EqSF – Equipes de Saúde da Família

INCA – Instituto Nacional do Câncer

SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

HPV – Papiloma Vírus Humano

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

PNI – Programa Nacional de Imunizações

dTpa – Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto

df – Dupla adulto

RC – Rede Cegonha

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

TRG – Teste Rápido de Gravidez

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	17
2.1	GERAL	17
2.2	ESPECÍFICOS	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
3.2	ATENÇÃO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	21
4	MATERIAIS E MÉTODO	27
4.1	TIPO DE ESTUDO	27
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	27
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
4.4	COLETA DOS DADOS	28
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	28
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	31
4.7	ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	32
5	RESULTADOS	33
5.1	AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA	33
5.2	AVALIAÇÃO DO PROCESSO	35
5.3	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	36
6	DISCUSSÃO	39
	REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

O pré-natal se constitui em um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que precisam ser desenvolvidos em conformidade com protocolos clínicos e visam vigiar a evolução da gravidez, orientar e esclarecer a mulher e sua família sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido. Busca ainda prevenir, detectar precocemente e tratar as intercorrências mais frequentes nesse período (VIEIRA et al, 2016).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, é o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2012a).

Avaliar as características do atendimento pré-natal da rede de atenção básica em saúde torna-se necessário. Em um estudo com 110 mulheres que realizaram o pré-natal na rede de atenção básica do município de Goiânia, Goiás, no ano de 2010, mostrou apenas 35% de adequação da atenção pré-natal, considerando o número de seis ou mais consultas realizadas e início do pré-natal antes de cinco meses de gestação. É importante atentar para a necessidade de promover intervenções direcionadas para a adesão precoce das mulheres ao pré-natal, pois a persistência dessa problemática afeta diretamente o monitoramento e acompanhamento da gestação (COSTA et al, 2013).

Em um estudo realizado em uma cidade no sudeste do Brasil, foram incluídos os 62.449 nascimentos vivos no período de 2000 a 2009. O estudo mostrou ainda uma redução anual constante de mães adolescentes (2,3%) e aumento da gravidez em mulheres com mais de 35 anos (2,9%), ambos estatisticamente significantes. Houve melhoria no nível educacional, com uma redução anual (5%) do percentual com baixa escolaridade. A proporção de mulheres com menos de três consultas de pré-natal reduziu de 5,8% (2000) para 3,7% (2009). Quanto ao percentual de mulheres com sete ou mais consultas, manteve-se constante, em torno de 81%, porém com diferenças de acordo com idade, escolaridade e raça/cor da pele

(FONSECA et al, 2014).

Existe consenso sobre a importância da Atenção Básica (AB) na saúde população de forma geral, bem como na melhora dos indicadores de saúde das gestantes no pré-natal. A AB é o primeiro nível de atenção em saúde e se baseia por 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 positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b).

Ela funciona como porta de entrada do sistema de saúde ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença. A expansão da atenção primária no país vem se dando, por meio da implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade (CAMPOS et al, 2014).

A cobertura do pré-natal consiste em um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS, sendo que a assistência prestada envolve toda a cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar. Desta forma, o funcionamento dos serviços de saúde reflete aspectos da atuação de outros programas e a sua importância é evidente expressando-se no conjunto de normas que regem a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) (GONCALVES et al, 2008).

Durante a assistência pré-natal a mulher deve ser ouvida e assistida em todos os seus dilemas, medos, anseios e curiosidades. Devem ser oferecidas informações adequadas para o perfil sociodemográfico das mulheres, preparando a gestante para o momento do parto, bem como oferecendo à mesma atenção integral e eficiente. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada principalmente com a qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde que a atende, incluindo um acolhimento adequado, sendo estes, portanto essenciais para a redução das possíveis complicações perinatais (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

A assistência pré-natal de qualidade pode contribuir para desfechos favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê. A ampliação do acesso ao início precoce da assistência pré-natal e a melhor utilização

dos contatos com os serviços de saúde para a realização de cuidados efetivos em saúde, tanto em atendimentos individuais, quanto coletivos, revelam-se prioritários (DOMINGUES et al, 2012).

Acessibilidade a serviços de saúde refere-se às características destes que permitem que sejam facilmente utilizados pelos usuários potenciais, uma temática importante da avaliação em saúde, por tratar da disponibilidade e distribuição social destes recursos. A persistência de barreiras no processo de busca e utilização dos serviços gera oportunidades diferenciadas entre os grupos sociais na obtenção do cuidado em saúde. Ou seja, indivíduos com condições socioeconômicas mais favoráveis fazem maior e melhor uso dos serviços de saúde (OLIVEIRA et al, 2012). A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado (DE SOUZA et al, 2008).

O acolhimento se configura como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS, para operacionalização do SUS, que propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. O acolhimento, ao ampliar o acesso dos usuários ao SUS na Atenção Básica a Saúde, quando associado à presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Visando acolher a gestante de forma adequada o Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que objetiva reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. O PHPN é considerado uma estratégia ativa e eficaz de cuidado à saúde materna e perinatal, na perspectiva de melhora dos indicadores de saúde (DOS SANTOS et al, 2015)

A avaliação dos sistemas de saúde constitui-se uma importante ferramenta norteadora para gestores e profissionais de saúde. A avaliação refere-se as ações desenvolvidas nos serviços de saúde, orientada essencialmente para a

análise da atuação profissional no cuidado a saúde da população, o que requer critérios que são delimitados, geralmente, pela resolutividade das ações desenvolvidas. A avaliação da qualidade do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de mortalidade materna e perinatal, além de monitorar o desempenho dos serviços (ANVERSA et al, 2012).

A razão de mortalidade materna apresentou decréscimo anual de 3,72% no período de 1990 a 2011 no Brasil, no entanto, apenas um quinto das mulheres recebe cuidado adequado conforme os procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde, que é o início do pré-natal até a 12ª semana gestacional, número adequado de consultas para a idade gestacional no parto, considerando o calendário de seis consultas. O início precoce foi o componente da assistência pré-natal que apresentou menor adequação, apenas 53,9%, maior proporção de assistência pré-natal inadequada em mulheres adolescentes, pretas, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, multíparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país (DOMINGUES et al, 2015).

Na região Nordeste, em São Luís capital do Maranhão observou-se que de 3.949 gestantes em 2010, 1.572 (39,8%) realizaram assistência pré-natal adequada e 2.377 (60,2%) de forma inadequada. A cidade apresentou uma alta taxa de inadequação (60,2%) do conteúdo da assistência pré-natal realizado pelas gestantes, mostrando associação com baixa classe econômica, trabalho não qualificado/desempregada, baixa escolaridade, usuárias de álcool na gestação, sem religião e que fizeram atendimento pré-natal em serviço público de saúde. A primiparidade e a idade de 35 anos ou mais demonstraram menores taxas de inadequação dessa assistência. Os itens do conteúdo da assistência pré-natal com menores taxas de utilização foram número de consultas por idade gestacional, exame das mamas e início do pré-natal até o quarto mês de gestação (GOUDARD et al, 2016).

Visando a melhoria dos indicadores, dentre eles a assistência adequada do pré-natal e qualificação da AB, o Ministério da Saúde (MS) propõe várias iniciativas centradas na qualificação, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, o principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de

um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes, elevando o repasse de incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhoramento da qualidade (BRASIL, 2012c).

É necessário conhecer as dificuldades e potencialidades vivenciadas na efetivação de um programa de avaliação, para oferecer subsídios para seu fortalecimento, no sentido de consolidá-lo em seu papel de indutor de processos de monitoramento, avaliação e implementação de mudanças que visem à ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica no Brasil. Com isso, o objeto deste trabalho é avaliar a adequação da assistência pré-natal no Brasil, segundo parâmetros do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Baseado neste objeto, gerou-se o questionamento: Como está sendo realizada a assistência ao pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, a partir da avaliação dos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)?

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna corrigida era de 140 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos, enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. (BRASIL, 2012b).

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, o atendimento adequado prestado pelas unidades de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica com a rede, voltada para o cuidado à gestante.

Este trabalho justifica-se pela importância em avaliar as condições de acesso, acolhimento, organização e dinâmica do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde, juntamente com a avaliação da assistência ao pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco. Com isso, as informações obtidas poderão subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher, como ações de atenção à gestante e melhoria da qualidade de atendimento ofertado a este público na AB.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a assistência ao pré-natal no Brasil, a partir de variáveis do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as condições de infraestrutura das unidades básicas de saúde, relacionadas ao pré-natal.
- Analisar o processo de trabalho da equipe e o cuidado com a gestante.
- Investigar o acesso e utilização dos serviços de pré-natal na perspectiva das gestantes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A concepção de Atenção Primária a Saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920, no relatório de Dawson, que apresentou, entre outros, o conceito de atenção primária como coordenadora do cuidado e preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (MENDES, 2015).

A institucionalização da APS a nível mundial ocorreu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF (OMS, 1978).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde” (OMS, 1978).

A APS é caracterizada como oferta de um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo a população, é assumida como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde dando resolubilidade aos principais agravos sensíveis à intervenção com o aparato tecnológico disponível e, é capaz de promover a reorganização de todo o sistema de saúde, sendo orientadora do cuidado e responsável pelo acompanhamento e continuidade da atenção, assumida como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (CUNHA, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e regras de financiamento. O Conselho Nacional Secretários de Saúde acredita que o processo de acompanhar, monitorar e avaliar as ações da APS contribui para o aprimoramento das estruturas, processos e resultados, o que refletirá

na ampliação do acesso e qualificação da atenção prestada à população, no sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Para a construção social da APS são utilizados o modelo de Donabedian, este desenvolveu um modelo para dar sustentação à avaliação da qualidade em saúde, calcado na tríade estrutura, processos e resultados. Suas reflexões são baseadas a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade (MENDES, 2015).

Avedis Donabedian nasceu em junho de 1919 em Beirute, Líbano, formou-se em medicina na Universidade Americana de Beirute e obteve mestrado em saúde pública na Universidade de Harvard. Donabedian teve como enfoque realizar pesquisas sobre avaliação dos sistemas de saúde e enfatizou de maneira específica a qualidade dos cuidados de saúde (FRENK, 2000).

As avaliações das ações de saúde são importantes para o planejamento e gestão de políticas e programas de saúde. A avaliação da qualidade dos programas de saúde focaliza as dimensões passíveis de quantificação, o que constitui a avaliação normativa, ou seja, avalia o êxito técnico de uma ação em saúde e a eficácia/eficiência de determinado programa (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A avaliação normativa pode ser também definida como um julgamento sobre uma intervenção, em que é realizada uma análise dos recursos destinados e sua organização (estrutura), os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos. A avaliação da tríade: estrutura, processo e resultado foram propostas inicialmente por Avedis Donabedian em 1966 para realizar a análise da qualidade de serviços na área da saúde, pautadas na satisfação do cliente (BOSI; UCHIMURA, 2002).

A estrutura abrange aspectos sobre a área física, recursos humanos, materiais, financeiros, sistemas de informação e condições organizacionais. O processo está relacionado às ações desenvolvidas, ao cumprimento de critérios técnico científico estabelecidos, envolve métodos diagnósticos e cuidados prestados. Os resultados referem-se as consequências dos cuidados prestados nos serviços de saúde e também está relacionado a satisfação do usuário e do trabalhador (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

A estrutura envolve além dos aspectos físicos como prédio, instalação de equipamentos, a capacitação dos profissionais com educação e treinamento de todo pessoal envolvido na prestação de serviços. Portanto, é um aspecto relevante na

prestação da assistência à saúde a população que varia de acordo com porte populacional do município (PIMENTEL; DE ALBUQUERQUE; DE SOUZA, 2015).

O processo permite avaliar como os profissionais realizam a assistência à saúde aos pacientes, envolve também o cuidado clínico e as ações desenvolvidas (ações programáticas, educativas, cuidados domiciliares e gestão da informação) pela equipe multiprofissional à clientela. A falta de recursos humanos e de materiais interfere no trabalho da equipe em saúde, com consequências negativas para o processo de trabalho e satisfação do usuário (ROCHA et al, 2012).

A avaliação dos resultados refere-se aos resultados finais dos cuidados prestados nos serviços de saúde, em que envolve mudanças nos conhecimentos dos clientes em relação ao seu estado de saúde e também a satisfação do cliente e profissional (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Para melhor avaliação das ações e da qualidade dos serviços prestados na APS, o MS cria o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Este programa se refere a processos e fases que se sucedem para o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da Atenção Básica em Saúde. Segundo o Art.3º desta portaria são diretrizes do PMAQ:

I - definir parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica;

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

O PMAQ-AB é composto por quatro fases distintas, que compõem um ciclo. A Fase 1 é denominada Adesão e Contratualização, em que todas as equipes de saúde poderão aderir ao programa, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB. A Fase 2 é denominada Desenvolvimento e é implementada por meio da autoavaliação, feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo programa (PORTARIA Nº 1.654, 2011).

A Fase 3 é denominada Avaliação Externa e será composta pela certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa. A Fase 4 é a Recontratualização, é um estímulo a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-AB (PORTARIA Nº 1.654, 2011).

O PMAQ faz a avaliação do pré-natal na AB, por meio da adequação da infraestrutura, insumos e medicamentos, análise do processo de trabalho da equipe e avaliação do acesso e utilização dos serviços, pelas gestantes, no pré-natal.

3.2 ATENÇÃO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

A gestação é um período de grande importância na vida da mulher e de sua família. Durante todo este período, ocorrem alterações fisiológicas que envolvem todos os sistemas orgânicos, exigindo um profundo conhecimento sobre todas as alterações ocorridas neste período para que, assim, seja oferecida uma adequada assistência à saúde da gestante (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

A atenção pré-natal caracteriza-se desde a concepção até o parto, com cuidados, condutas e procedimentos em favor da gestante de forma preventiva para identificar e tratar patologias, prevenindo complicações e reduzindo os índices morbimortalidade materna e fetal (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

É possível encontrar na literatura diversos conceitos sobre saúde da mulher, em sua maioria, são restritos a concepções voltadas a sua função reprodutiva e a maternidade como seu principal atributo. Conceitos ampliados de saúde da mulher, abordam direitos humanos, sexuais e as questões de gênero e cidadania (BRASIL,2004).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, ainda limitada a função reprodutiva. As desigualdades nas relações sociais e de gênero, entre homens e mulheres, se refletiam em problemas de saúde, que afetavam a população feminina. Com isso, as mulheres começaram a questionar a hegemonia masculina, propondo reformas políticas que promovessem mudanças na sociedade e consequentemente na qualidade de vida da população feminina (BRASIL,2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo objetivo maior é atender a mulher em todas as fases da vida. Seu processo de implantação e implementação incorporou os princípios e diretrizes do SUS, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família, hoje denominado como Estratégia de Saúde da Família. A assistência pré-natal é uma das áreas prioritárias do programa e para seu bom funcionamento é necessário a disponibilidade de recursos humanos treinados, área física adequada e equipada, apoio laboratorial e instrumentos de registro, processamento e análise de dados, estruturação de um sistema de referência e contra referência (BRASIL,2004); (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Dentre os objetivos específicos do PAISM estão:

- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;
- Construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- Qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
- Fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;
- Apoiar a expansão da rede laboratorial;
- Garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes.

Além da criação do PAISM, como forma de garantir os direitos da mulher em diferentes momentos de sua vida, o MS instituiu em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), para garantir os direitos da gestante à uma assistência pré-natal adequada. Concomitante a instituição deste programa foi elaborado o Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), que é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN, do SUS. Ele disponibiliza registro diário dos atendimentos às gestantes, apresenta dados diversos sobre os procedimentos envolvidos na assistência pré-natal, desde a primeira consulta até a consulta de puerpério e o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Com isso, melhora o acesso, cobertura, qualidade do acompanhamento pré-natal e permite o repasse do incentivo financeiro aos municípios (DATASUS, 2019a).

Este software é mantido, a partir das informações mensais efetuadas pelas equipes das UBS dos municípios cadastrados, por meio de três instrumentos de coleta de dados, que são a Ficha de Cadastramento da Gestante, Ficha de Cadastramento da Interrupção do Acompanhamento da Gestante e Ficha de Registro Diário do Atendimento à Gestante dos exames e procedimentos realizados, referentes ao primeiro e terceiro trimestres gestacionais, estes registros são importantes para acompanhar o cumprimento dos critérios para o pagamento de incentivos, pelo SUS, aos municípios. Este sistema também gera indicadores de saúde importantes para o monitoramento da qualidade da assistência prestada no pré-natal, por exemplo, percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas no pré-natal, a consulta de puerpério e os exames básicos, o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008); (LIMA; CORRÊA, 2012).

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, tem como prioridade adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Tem como princípios de que toda gestante tem direito ao acesso, atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto. Estes direitos devem ser garantidos por

meio da humanização, que tem como convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, por meio de profissionais capacitados e unidade de saúde estruturada com ambiente acolhedor (BRASIL, 2002).

Mesmo após a implantação de políticas públicas específicas para o cuidado da gestante e da sabida importância da assistência pré-natal, esta ainda é desarticulada e parcial no país. Desse modo, a atenção à saúde da mulher na gestação permanece um desafio no que se refere a qualidade dos serviços ofertados. Nessa perspectiva, Donabedian diz que a qualidade na atenção à saúde pode ser definida como o grau em que se utilizam os meios mais desejáveis para alcançar melhoras na saúde, a tríade estrutura, processo e resultado reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde (COSTA et al., 2009).

Baseado nisso, a assistência ao pré-natal deve estar voltada para atender as necessidades das gestantes, com ações de saúde que contemplem esta população, utilizando conhecimentos técnicos-científicos e a estrutura deve ser adequada para o atendimento. Para que estas práticas sejam executadas, a publicação do Ministério da Saúde “Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2013, p.43”, recomenda:

- Recursos humanos que possam acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social e segundo os princípios técnicos e filosóficos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde com condições adequadas de higiene e ventilação. A privacidade é um fator essencial nas consultas e nos exames clínicos e/ou ginecológicos;
- Equipamento e instrumental mínimo, devendo ser garantida a existência de: mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada; mesa de exame ginecológico; escada de dois degraus; foco de luz; balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300kg; esfigmomanômetro; estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; fita métrica flexível e inelástica; espéculos; pinças de Cheron; material para realização do exame colpocitológico; sonar *doppler* (se possível); e gestograma ou disco obstétrico;
- Medicamentos básicos e vacinas (contra tétano e hepatite B);

- Realização de testes rápidos na unidade básica de saúde, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina: teste rápido de gravidez; teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para sífilis (VDRL/RPR); teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV I e II; proteinúria (teste rápido); dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht); grupo sanguíneo e fator Rh; teste de Coombs; glicemia em jejum; teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose em 2 (duas) horas (dextrosol); exame sumário de urina (tipo I); urocultura com antibiograma; exame parasitológico de fezes; colpocitologia oncótica; bacterioscopia do conteúdo vaginal; eletroforese de hemoglobina.
- Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, para permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, mediante a coleta e a análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio.

Segundo o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (2008), é necessário que haja infraestrutura e equipamentos adequados para possibilitar a ação dos profissionais na Atenção Básica. Um de seus objetivos são: Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços. A estrutura das Unidades Básicas de Saúde deve focar as instalações elétricas e hidráulicas, ventilação, luminosidade, fluxo de usuários e facilidade na limpeza e desinfecção. Além disso, a unidade de saúde deve interagir com a comunidade, o acesso deve ser facilitado e a identificação das unidades deve ser clara.

Niquini et al. (2010) realizaram um estudo que contemplou a avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família implantadas entre 1999 e 2007. Esta avaliação foi dividida em 5 componentes: 1) planta física; 2) recurso materiais; 3) sistema de referência; 4) recursos humanos; 5) normas e rotinas. Todas as unidades avaliadas apresentaram o padrão mínimo de conformidade, pois continham planta física mínima e recursos materiais adequados para as ações programadas. Em relação ao sistema de referência quatro unidades apresentaram conformidade para os critérios avaliados. Quanto aos recursos humanos, os profissionais das unidades de saúde afirmaram que participaram das capacitações oferecidas. Apenas uma unidade de saúde apresentou conformidade para todas as normas e rotinas.

É possível notar que a falta de adequado espaço físico interfere na realização das atividades assistenciais e educativas, dificulta também a participação da comunidade, intersetorialidade e o sistema de referência e contra-referência. É necessário investir em recursos humanos, no que se refere a atuação técnica, aspecto relacional dos profissionais de saúde com os usuários, com uma abordagem integral, holística e complexa das gestantes (COSTA et al., 2009).

Para que haja materialização das políticas de saúde, os serviços de saúde devem estabelecer estratégias que viabilizem melhorias na estrutura, no acesso e no ingresso precoce das gestantes ao pré-natal, as equipes de saúde da família necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam um acompanhamento do pré-natal pautado no acolhimento. Desta forma, os serviços serão ofertados baseados nas necessidades da gestante e haverá melhoras nos resultados da qualidade da assistência prestada à mulher durante a gestação (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, baseado em dados secundários pertencentes ao componente da 'Avaliação Externa' disponíveis no banco do PMAQ-AB.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de 2017 e 2018 com dados secundários do 2º ciclo do PMAQ referente a todos os estados brasileiros, por meio do processo de avaliação externa no ano de 2014, em que foi realizado o segundo ciclo do PMAQ, sob a coordenação de 46 Instituições de Ensino e Pesquisa brasileiras lideradas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Federal de Sergipe (UFS).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por profissionais das Equipes de Saúde da Família e gestantes que participaram da avaliação do PMAQ no segundo ciclo. A certificação das equipes de Atenção Básica foi um processo tripartite que envolveu Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

De acordo com o banco de dados, das 30.523 Equipes de Atenção Básica apresentadas, em 745 não foram aplicados o questionário de avaliação externa, das quais 609 apresentaram motivos como: a equipe recusou a avaliação externa; a equipe não aderiu ao PMAQ; equipe não existe; não havia no momento da entrevista profissional de nível superior para responder a avaliação; o gestor informou que não

quer avaliação externa para essa equipe e 136 equipes não foi especificado o motivo, totalizando um N= 29.778.

Das 24.499 UBS apresentadas, 444 não continham respostas aos questionamentos, resultando em um “N” de 24.055 UBS e foi realizada entrevista com 9.945 gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em todos os estados brasileiros no ano de 2014, para o segundo ciclo. Durante a pesquisa, foi realizado o censo de todas as UBS registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), localizadas na zona urbana e rural nos municípios do Brasil, além do Distrito Federal. Foram utilizados dados do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ que no Ciclo II foi realizada no período de dezembro de 2013 a março de 2014 e está organizado em três módulos: Módulo I – observação na Unidade Básica de Saúde (UBS) de variáveis para a realização de um censo de infraestrutura das UBS; Módulo II - entrevista com um profissional sobre processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica (EqAB) e verificação de documentos na UBS, direcionada para a realização da avaliação externa das EqAB; e Módulo III - entrevista com usuários na UBS.

A coleta de dado foi realizada por entrevistadores treinados, utilizando instrumento eletrônico (tablets). O controle de qualidade dos dados foi feito por meio de supervisão do processo de coleta de dados pelo supervisor da equipe, além da utilização de um validador eletrônico e checagem da consistência de cada pergunta.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As variáveis retiradas do banco de dados para compor este estudo são da dimensão voltada para o cuidado à mulher na gestação. As informações obtidas foram transcritas para o instrumento de coleta de dados na forma de um formulário, estruturado com as variáveis do estudo.

Para a avaliação da estrutura foram utilizadas as variáveis do Módulo I do instrumento de coleta, dispostas no Quadro 1:

Quadro 1 - Componentes da estrutura.

Componente	Variável
Infraestrutura	Sala de recepção e espera
	Sala de atividades coletivas
	Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização
	Os ambientes são bem iluminados
	A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno
	Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário
Insumos	Aparelho de pressão adulto
	Balança antropométrica de 150 kg
	Estetoscópio adulto
	Mesa para exame clínico
	Mesa para exame ginecológico
	Espátula de Ayres
	Espéculo
	Foco de Luz
	Lâmina de vidro com lado fosco
	Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)
	Porta lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina
	Sonar ou estetoscópio de Pinard
	Fita métrica
Material impresso	Caderneta da gestante
	Cartão de vacinação
Medicamentos antianêmicos	Sulfato ferroso
	Ácido fólico
Vacinas	Dupla tipo adulto (dT)
	Hepatite B
	Influenza sazonal
Teste rápido	Gravidez
	HIV
	Sífilis

Fonte: Elaborado pela autora

Para a avaliação do processo de trabalho no pré-natal foram utilizadas as variáveis do Módulo II, dispostas no Quadro 2:

Quadro 2 - Componentes do processo.

Componente	Variável
Processo de trabalho da	A equipe alimenta o SISPRENATAL?
	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?
	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?

equipe	
	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?
	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?

Fonte: Elaborado pela autora

Na avaliação dos resultados no pré-natal, foram utilizadas variáveis do Módulo III, dispostas no Quadro 3:

Quadro 3 - Componentes do resultado.

Componente	Variável
Acesso e utilização dos serviços	Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal nesta unidade de saúde?
	Com qual (ais) profissional(ais) a senhora fez o pré-natal?
	Na(s) consulta(s) de pré-natal nesta unidade de saúde, os profissionais de saúde: Mediram sua barriga (altura do útero); Mediram sua pressão arterial; Examinaram sua boca; Examinaram suas mamas; Realizaram exame ginecológico
	Na(s) consulta(s) de pré-natal nesta unidade de saúde, a senhora foi orientada sobre: Alimentação e ganho de peso; Amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses; Os cuidados com a criança (ex.: higiene da boca, umbigo); A importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo;
	As orientações dos profissionais da equipe ajudaram a senhora a saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança?
	A senhora fez exame de urina?
	Durante o pré-natal, a senhora fez exame de HIV/AIDS?
	Durante o pré-natal, a senhora fez exame de sífilis (VDRL)?
	Durante o pré-natal, a senhora fez exame de ultrassom (ultrassonografia)?
	Durante o pré-natal, a senhora fez exame para medir o açúcar no sangue (exame de glicose)?
	Durante o pré-natal, a senhora fez vacina contra tétano?
	Durante o pré-natal, o profissional receitou sulfato de ferro (comprimido para evitar anemia) para a senhora tomar?
	Durante o pré-natal, o profissional receitou ácido fólico (vitamina B9) para a senhora tomar no início da gravidez (três primeiros meses)?

	Durante o pré-natal, a senhora recebeu orientação sobre algum grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (palestra, oficina) voltado para a gestante?
	A senhora participou de algum grupo e/ou atividade educativa?
	A(s) participação(ões) no(s) grupo(s) ajudou(aram) a senhora a saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança?
	Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada?
	Na maioria das vezes, como a senhora fazia para marcar a próxima consulta de pré-natal nesta unidade de saúde?
	Foi falado com a senhora em qual maternidade que seria feito o parto?

Fonte: Elaborado pela autora

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados as informações foram processadas e analisadas de modo ordenado e coerente, de forma que os padrões relacionados foram evidenciados de forma crítica verificando as informações coletadas, possibilitando a transformação em dados solucionando os objetivos da pesquisa. Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel 2016 para tratamento dos resultados, tendo como tipo de análise a estatística descritiva, distribuídas em tabelas com utilização de frequências absolutas e percentagens. Os dados foram analisados, por meio de frequência absoluta, tomando como base o número de respostas positivas.

Para classificação dos dados, foi realizada uma adaptação de um instrumento de avaliação do pré-natal, o índice IPR/Pré-Natal (IPR – corresponde à Infraestrutura, Processo e Resultados), esse índice se baseia nas diretrizes do PHPN, inserindo elementos quanti-qualitativos distribuídos segundo a tríade avaliativa de Donabedian: infra-estrutura, processo de trabalho e resultado.

O índice foi desenvolvido e aplicado por Silva et al. (2013), por meio de um estudo realizado no serviço de atenção primária à saúde do Município de João Pessoa, Paraíba, em novembro de 2010 a dezembro de 2011. O instrumento elaborado pelos pesquisadores continha 23 questões e, suas categorias de classificação foram comparadas com índices usualmente utilizados, Kessner e Adequação da Utilização do Cuidado Pré-Natal (Adequacy of Prenatal Care Utilization,

APNCU), mostrando-se eficaz ao verificar a classificação do pré-natal a partir de elementos de infraestrutura, processo e resultado dos serviços de saúde.

O cuidado pré-natal foi classificado em três categorias: adequado, quando os itens adequados representaram 75% ou mais das respostas; intermediário, de 51 a 74% de respostas adequadas; e inadequado, quando 50% ou menos das respostas eram adequadas, conforme esquematizado no Quadro 4:

Quadro 4 - Classificação do pré-natal.

Adequado	$\geq 75\%$ de respostas positivas
Intermediário	51% - 74% de respostas positivas
Inadequado	$\leq 50\%$ de respostas positivas

Fonte: SILVA et al, 2013.

4.7 ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Os estudos foram submetidos e aprovados por Comitês de Ética e Pesquisas (CEP). No Ciclo II foi submetido ao CEP da Universidade Federal de Goiás, que emitiu parecer favorável nº 487055 em 2 de dezembro de 2013.

5 RESULTADOS

5.1 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

É objetivo da AB garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas. As Equipes de Saúde da Família (EqSF) estão capacitadas a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade, com isso, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos, que possibilitem a ação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2008).

Recomenda-se que todos os ambientes disponham de janelas ou exaustores, possibilitando a circulação de ar, pois a ventilação adequada é imprescindível para se manter a salubridade nos ambientes da UBS e que todos os ambientes sejam claros (BRASIL, 2008).

Para este estudo foram considerados os seguintes recursos: físicos, materiais e organizacionais, necessários ao desenvolvimento de ações básicas de saúde para as gestantes, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Características relacionadas as condições de infraestrutura, equipamentos, insumos e medicamentos das Unidades Básicas de Saúde na atenção ao Pré-natal no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.

ESTRUTURA	N (24055)	%
Infraestrutura		96,6
Sala de recepção e espera		42,3
Sala de atividades coletivas		68,7
Boa ventilação ou climatização		79,5
Boa iluminação		57,2
Acústica adequada		89,8
Consultórios que permitem privacidade ao usuário		
Equipamentos		
Aparelho de pressão adulto		99,2
Balança antropométrica de 150 kg		83,4
Estetoscópio adulto		98,6
Glicosímetro		96,0
Mesa para exame ginecológico com perneira		94,5
Mesa para exame clínico		98,1
Sonar		93,9
Fita métrica		96,6
Escovinha endocervical		94,7
Espátula de Ayres		94,7
Fixador de lâmina		91,2

Lâmina de vidro com lado fosco	94,5
Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina	84,6
Material impresso para atenção à saúde	
Cartão de vacinação	86,7
Caderneta da gestante	89,9
Imunobiológicos na unidade de saúde	
Dupla tipo adulto – dT	75,9
Influenza sazonal	80,3
Hepatite B	78,5
Testes diagnósticos na unidade de saúde	
Teste rápido de sífilis	23,5
Teste rápido gravidez	25,3
Teste rápido HIV	25,9
Medicamentos antianêmicos	
Sulfato ferroso	68,3
Ácido fólico	66,6

Fonte: banco do PMAQ-AB, 2014.

No que se refere aos recursos físicos e baseado nos critérios de adequação utilizados, os itens “sala de recepção e espera”, “consultórios que permitem privacidade ao usuário” e “boa iluminação” foram considerados como adequados, apresentando 96,6%, 89,8% e 79,5% respectivamente. Foram classificados como intermediários os itens: “acústica adequada” (57,2%), “boa ventilação ou climatização” (68,7%). O item “sala de atividades coletivas”, foi classificado como inadequado (42,3%), conforme ilustrado na Tabela 1.

A maioria das unidades de saúde apresentaram os equipamentos necessários para realizar exame clínico e ginecológico, sendo classificados como adequados com variação de 83,4 % a 99,2%.

A disponibilidade da caderneta da gestante e o cartão de vacinação nas UBS foi considerada adequada com 89,9% e 86,7%, respectivamente. A tabela mostra que apenas a vacina contra influenza sazonal apresentou disponibilidade adequada na maioria das UBS (80,3%), já a dupla adulto e hepatite B apresentaram disponibilidade intermediária (75,9% e 78,5%).

A oferta de testes rápidos nas unidades de saúde foi considerada inadequada, com porcentagens muito baixas: sífilis (23,5%), gravidez (25,3%) e HIV (25,9%). A oferta de sulfato ferroso e ácido fólico foi considerada intermediária, com 68,3% e 66,6% respectivamente.

Os equipamentos para exame clínico e ginecológico, material impresso e imunobiológicos, obtiveram média de 93,9%, 88,3% e 78,2%, respectivamente, sendo classificados como adequados. A infraestrutura das unidades de saúde e

disponibilidade de medicamentos antianêmicos, foram classificados como intermediário, como média de 72,4% e 67,4% respectivamente. A disponibilidade de testes rápidos foi classificada como inadequada, 24,9%. A estrutura das unidades de saúde, de forma geral, foi classificada como adequada, com média de 78,4%.

5.2 AVALIAÇÃO DO PROCESSO

Este item refere-se as informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com a gestante, e verificação de documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade.

Tabela 2 - Características do processo de trabalho das equipes e a organização do serviço de atenção ao Pré-natal na Atenção Básica no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.

PROCESSO DE TRABALHO	N (29778)	%
Alimentação mensal do sistema de informação do pré-natal		95,0
Utilização da caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes		97,8
Registro do profissional responsável pelo acompanhamento da gestante		94,6
Registro da consulta odontológica da gestante		64,8
Registro da vacinação em dia da gestante		94,5
Registro da coleta de exame citopatológico realizada na gestante		77,5
Orientação sobre a vacina contra tétano		99,5
Recebimento dos exames das gestantes do território em tempo oportuno		69,5
Aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde		55,0

Fonte: banco do PMAQ-AB, 2014.

De acordo com a Tabela 2 é possível notar que a equipe utiliza de forma adequada o Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), alimentando o sistema com as informações obtidas na consulta à gestante, obtendo um percentual de 95% de utilização. Outro aspecto positivo, é que o uso da caderneta da gestante também se mostrou adequado (97,8%), pois como explanado na avaliação da estrutura, este é um item importante para o registro de consultas, exames e procedimentos realizados e, que podem ser utilizados em outros níveis da assistência.

Em relação aos registros dos profissionais no prontuário, 94,6% dos profissionais afirmam que realizam o registro do profissional responsável pelo acompanhamento da gestante. O registro da vacinação da gestante, a orientação à

gestante quanto a vacina contra tétano e a coleta de exame citopatológico foram classificados como adequados, 94,5%, 99,5% e 77,5%, respectivamente. O registro da consulta odontológica, o recebimento dos exames da gestante em tempo oportuno e a aplicação da penicilina G benzatina, obtiveram os seguintes valores: 64,8%, 69,5% e 55%, sendo classificados como intermediários. Nenhum item foi classificado como inadequado.

A avaliação do processo, como todo, obteve média de 83,1%, sendo classificada como adequada.

5.3 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Na avaliação de resultado utilizou-se a pesquisa de satisfação e percepção das gestantes quanto aos serviços de saúde no pré-natal, no que se refere ao seu acesso e utilização. Foi realizado entrevista com 9.945 cadastradas pela equipe de atenção básica, com questões referentes a consultas, exames, procedimentos e orientações realizadas no pré-natal, conforme demonstrado nas Tabelas abaixo:

Tabela 3 - Características do acesso e utilização das consultas no Pré-natal, na perspectiva das gestantes no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.

ACESSO E UTILIZAÇÃO	N (9945)	%
Consultas de pré-natal		
Nenhuma consulta		0,06
Número de consultas <6		14,6
Número de consultas >6		78,8
Consultas com profissional médico		68,6
Consultas com profissional enfermeiro		67,9
Exame físico e avaliação		
Altura do uterina		94,1
Pressão arterial		98,8
Exame da boca		49,2
Exame das mamas		56,3
Exame preventivo de câncer do colo do útero		35,3
Exame ginecológico		41,3

Fonte: banco do PMAQ-AB, 2014.

De acordo com a Tabela 3 apenas 0,06% das gestantes deixaram de realizar o pré-natal, 14,6% realizaram menos de 6 consultas e 78,8% das gestantes realizaram mais de 6 consultas durante o pré-natal, 68,6% das gestantes realizaram

consulta com profissional médico e 67,9% com enfermeiro. A média das características das consultas foi de 46%, sendo classificada como inadequada.

Na realização do exame físico e avaliação da gestante a Tabela 3 mostra que a medição da altura uterina e aferição da pressão arterial foram classificadas como adequadas (94,1% e 98,8%). Apenas 41,3% das gestantes realizaram exame ginecológico e 35,3% realizaram exame preventivo do câncer do colo do útero, o exame da boca também obteve um percentual baixo (49,2%), todos esses itens foram classificados como inadequados. Um item foi classificado como intermediário: exame das mamas (56,3%). A média foi de 62,5%, obtendo classificação intermediária.

De forma geral, a média das características de acesso e utilização das consultas no pré-natal, na perspectiva das gestantes, foi de 55%, com classificação intermediária.

Tabela 4 - Acesso às orientações no Pré-natal, na perspectiva das gestantes no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.

ACESSO ÀS ORIENTAÇÕES	N (9.945)	%
Alimentação e ganho de peso		87,9
Amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses		90,8
Os cuidados com a criança		85,2
A importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo		65,3
As orientações dos profissionais da equipe ajudaram a gestante a saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança		72,5
Recebimento de orientação sobre algum grupo de gestante		54,2
Participação em algum grupo e/ou atividade educativa		38,9
A participação no grupo ajudou a saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança		33,1
Maternidade que seria feito o parto		56,9

Fonte: banco do PMAQ-AB, 2014.

A Tabela 4 apresenta os itens relacionados as orientações da gestante durante as consultas. Os itens: “Os cuidados com a criança”, “Alimentação e ganho de peso” e “Amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses”, foram classificados como adequados (85,2%, 87,9% e 90,8% respectivamente). Os itens: “ recebimento de orientação sobre algum grupo de gestante”, “maternidade que seria feito o parto”, “a importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo” e “as orientações dos profissionais da equipe ajudaram a gestante a saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança”, foram classificados como intermediários

(54,2%, 56,9%, 65,3% e 72,5% respectivamente). Foram classificados como inadequados os itens: “participação em algum grupo e/ou atividade educativa” (38,9%) e “a participação no grupo ajudou a saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança” (33,1%). A média das variáveis sobre orientações a gestante foi de 65%, classificado como intermediário.

Tabela 5 - Acesso à exames e procedimentos realizados no Pré-natal de acordo com as gestantes no Brasil, 2014. São Luís, Maranhão, 2019.

ACESSO À EXAMES E PROCEDIMENTOS	N (9945)	%
Acesso à exames		
Exame de urina		96,8
Exame de HIV/AIDS		93,0
Exame de sífilis		78,3
Ultrassonografia		92,1
Exame de glicose		83,0
Procedimentos		
Realização da vacina contra tétano		87,1
Prescrição de sulfato de ferro		96,2
Prescrição de ácido fólico		92,2
Consulta seguinte marcada		86,3
Marcação de consulta de retorno na recepção no mesmo dia		47,3

Fonte: banco do PMAQ-AB, 2014.

Em relação aos exames realizados no pré-natal, dentre eles, exame de urina, HIV/AIDS, sífilis, ultrassonografia e glicose mostrados na Tabela 5 foram classificados com adequados, pois obtiveram maior que 75% das respostas positivas, com média de 88,6%.

Os procedimentos realizados no pré-natal englobam a realização de vacina contra tétano (87,1%), prescrição de sulfato ferroso (96,2%) e ácido fólico (92,2%). Questões sobre marcação de consultas, em que 86,3% das gestantes saíam do consultório com a consulta seguinte marcada e, a maioria marcava na recepção no mesmo dia (47,3%). A média foi de 81,8%, sendo classificado como adequado. O acesso à exames e procedimentos realizados no pré-natal foi classificado como adequado, com média de 85,2%.

Na avaliação dos resultados o acesso e utilização dos serviços no pré-natal, na percepção das gestantes, foi considerado intermediário, com média de 68,06%.

6 DISCUSSÃO

Dentre os ambientes que compõem a estrutura física das UBS, destaca-se que a maioria delas apresenta sala de recepção e espera e consultórios que permitem a privacidade ao usuário. O inverso se apresenta em relação a sala de atividades coletivas, pois apenas 42,3% das unidades de saúde possuem esse ambiente. Estes espaços proporcionam informação, acolhimento, humanização, privacidade, resolutividade e disponibilização de serviços, constituindo ambientes importantes para melhora da acessibilidade aos serviços de saúde.

O quantitativo dos equipamentos e instrumentais são importantes na composição das UBS e são baseados na quantidade de EqSF presentes na UBS (BRASIL, 2008). Estes equipamentos, devem estar alocados nos consultórios gerais e ginecológicos para uso dos profissionais no atendimento à gestante e, de acordo com o estudo, a maioria das unidades apresentaram os equipamentos necessários para a realização da assistência.

É necessário que as UBS tenham os materiais necessários para a realização da coleta do material para exame citopatológico como: porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina, lâmina de vidro com lado fosco, fixador de lâmina, espátula de Ayres, escovinha endocervical e mesa para exame ginecológico com perneira. Pois o exame de Papanicolau deve ser realizado já nas primeiras consultas.

A AB apresenta-se como o eixo estruturante do SUS, com isso é seu papel desenvolver ações para prevenção do câncer do colo do útero por meio de educação em saúde, vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento, através do exame citopatológico do colo uterino (INCA, 2016).

Em 1998, foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, sob a coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), por meio da Portaria nº 788/GM/MS, de 23 de junho de 1999. Neste mesmo ano, foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações de combate ao câncer do colo do útero (INCA, 2016).

O câncer do colo do útero é a neoplasia mais frequente diagnosticada durante a gestação, a maioria das gestações ocorre entre os 18 e 35 anos de idade,

e corresponde à faixa etária mais comum para o surgimento de neoplasias intraepiteliais cervicais, este grupo apresenta chances três vezes maior de ser diagnosticada como portadoras de lesões em estágio inicial. Com isso, a gravidez representa uma excelente oportunidade para prevenção deste tipo de câncer e, a coleta do material para exame deve ser realizada apenas na ectocérvice e, a partir do segundo trimestre de gestação (LIMA; VALENTE; SILVA, 2014).

De acordo com o estudo, a quantidade dos materiais para exame ginecológico foi classificada como adequada, o que contribui para que as equipes das UBS apresentem condições para realizar, de forma precoce, o exame de Papanicolau nas gestantes, melhorando a cobertura e diminuindo a incidência do câncer de colo do útero nesta população.

Na avaliação da estrutura é importante ter conhecimento dos materiais impressos utilizados no pré-natal, dentre eles a caderneta da gestante e o cartão de vacinação. A caderneta da gestante foi criada no Brasil em 1988, visando ser um meio de comunicação entre os profissionais de saúde do nível primário e os demais níveis de atenção. Por meio desse documento é possível conhecer o estado de saúde da gestante, bem como identificar e avaliar os fatores de risco do parto, além de esclarecer as dúvidas das gestantes. Ele está integrado ao pré-natal como forma de armazenar informações da gestante e deve ser utilizado pelos profissionais de saúde tanto em unidades básicas como em hospitais, facilitando uma melhor assistência (SOUZA, 2016).

A caderneta deve conter o máximo de informações, evitando que, no momento do parto, procedimentos ou exames, que protejam o feto e a mãe sejam negligenciados ou repetidos desnecessariamente. Funcionam como fonte de informação para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e são utilizados em estudos que avaliam a qualidade da assistência pré-natal (NETO, 2012).

As gestantes também são acompanhadas, através do cartão de vacinação. O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) oferta quatro vacinas para gestantes: Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP; Dupla adulto (difteria e tétano) - dT; hepatite B; e influenza (gripe), esta última ofertada durante campanhas anuais (PORTALMS, 2018).

Em nosso estudo a disponibilidade da caderneta da gestante e o cartão de vacinação nas UBS foi considerada adequada e comparando com a avaliação do

processo, o percentual de utilização destes instrumentos, pela equipe, também considerado adequado, o que demonstra um bom aproveitamento destes meios de registro. No acompanhamento da gestante o menor percentual de registro foi sobre a consulta odontológica, a equipe deve incentivar a gestante a realizar avaliação odontológica durante a gestação, pois durante este período ocorrem alterações periodontais com necessidade de cuidados adicionais, e a manutenção da boa saúde bucal influencia positivamente na saúde geral da mãe e da criança (CARDOSO, 2010).

Com isso, as UBS devem ter estes impressos (caderneta da gestante e cartão de vacinação) sempre disponíveis, pois são importante instrumentos de trabalho para os profissionais de saúde nas unidades, pois neles é possível realizar o registro de consultas, exames, procedimentos e vacinas realizadas pela gestante no pré-natal, construindo um breve histórico de saúde que pode ser utilizado para o atendimento da gestante em todos níveis da assistência.

O registro de informações é imprescindível para o acompanhamento da assistência à saúde da gestante, gerando dados que são utilizados por sistemas de saúde, como o SISPRENATAL, que de acordo com nosso estudo seu percentual de utilização, pelos profissionais, foi 95%. Este software foi desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN, ele fornece informações fundamentais para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, por meio do cadastro de dados diversos sobre os procedimentos envolvidos na assistência pré-natal, desde a primeira consulta, exames, vacina antitetânica, acompanhamentos e consulta de puerpério, gerando relatórios e indicadores da assistência pré-natal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004); (DATASUS, 2019b).

O SISPRENATAL gera dados que norteiam a ação de gestores e profissionais de saúde e, a alimentação desse sistema é feita a partir de planilhas preenchidas na unidade de saúde após cada atendimento, podendo haver falhas na descrição das planilhas, ou mesmo, na digitação dos dados no sistema. Deste modo, é necessário que haja treinamento e conscientização dos profissionais responsáveis por esta função, para o preenchimento correto dos dados no sistema, visando melhor qualidade dos dados gerados (BARBOSA et al, 2014).

Em um estudo realizado em Cuiabá, constatou-se incongruências em relação ao processo de preenchimento dos formulários nas unidades de saúde e a

transferência dos dados ao sistema com o que é preconizado pelo MS. Os dados do sistema não são alimentados nas próprias unidades de saúde e, sim, encaminhados semanalmente à Secretaria Municipal de Saúde, caso seja constatado erro, as fichas com as informações são devolvidas as unidades para correção. Notou-se também, que não há o envolvimento da coordenação da unidade na produção dos dados, o que pode trazer prejuízos na confiabilidade dos mesmos, pois estes podem fornecer subsídios para os demais profissionais. Com isso, é necessário a descentralização da alimentação do sistema para as unidades de saúde, capacitação dos profissionais, incluindo gestores, para preenchimento dos dados, assim como a supervisão desse processo (LIMA; CORRÊA, 2012).

No período pré-natal também deve ser investigado o histórico de imunização da gestante, pois a vacinação adequada fornece proteção para a gestante e para o feto, recém-nascido ou lactente, com anticorpos para resistir as infecções. No entanto, apenas alguns imunobiológicos são recomendados no período gestacional, entre estes estão a vacina contra influenza, hepatite B e dupla tipo adulto(dT) (LOUZEIRO et al, 2014).

A prevenção da gripe é importante devido as complicações desta infecção para a gestante, como pneumonia e morte. A vacina deverá ser com vírus inativos, pois a mesma com vírus atenuado está contraindicada neste período e, ela pode ser tomada em qualquer fase da gestação (LOUZEIRO et al, 2014).

No caso da vacina contra hepatite B, a gestante que não tenha o esquema completo, ou nunca tenha tomado as doses, deve ser vacinada no segundo ou terceiro trimestre da gestação, com três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e 180 dias entre a primeira e a terceira (TOCANTINS, 2012).

O objetivo da vacina dT na gestação é proteger o recém nascido contra tétano neonatal na 1ª semana de vida ou nos primeiros 15 dias de vida. Se a gestante já tem o esquema vacinal completo (3 doses), ela deve tomar apenas uma dose de reforço, caso já se tenham passado 5 anos, ou mais, desde a última dose. Para gestantes não previamente vacinadas, o esquema na gestação, compreende duas doses da vacina dT. A primeira dose pode ser administrada precocemente na gestação. A segunda, com intervalo de 2 meses (mínimo de 4 semanas) e preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto (CALIFE; LAGO; LAVRAS, 2010).

Na avaliação do processo 99,5% dos profissionais orientaram as gestantes

a realizar a vacina contra tétano, no entanto, a disponibilidade da vacina dt nas UBS é de 75,8% e apenas 87,1% das gestantes afirmaram tomar a vacina no pré-natal. Podemos inferir com estes resultados, que algumas gestantes já estavam com o quadro vacinal completo, não necessitando tomar a dose da vacina, ou a pouca disponibilidade do imunobiológico nas unidades dificultou às gestantes o acesso a vacina.

Os resultados do estudo mostram que apenas a vacina contra influenza sazonal apresentou disponibilidade adequada. É importante que todas as vacinas indicadas para o período gestacional, estejam disponíveis em todas as unidades de saúde, pois as mesmas ajudam no controle de doenças que acometem a gestante e o recém-nascido, tornando-se valiosos instrumentos de saúde pública.

A Rede Cegonha (RC) foi lançada em 2011 pelo governo federal e consiste em uma rede de cuidados que visa a assegurar às mulheres e crianças o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério, abortamento, planejamento reprodutivo e atenção infantil em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

No contexto da RC e dentre as ações realizadas no pré-natal está a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno e também a prevenção, diagnóstico e tratamento das IST/HIV/Aids e Sífilis. É importante o acesso ao diagnóstico do HIV e da Sífilis na gestante e que o tratamento seja realizado em tempo oportuno, para que haja redução da transmissão vertical, assegurando à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, s/a).

Baseado nisso, é importante que as UBS ofertem os testes rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis no contexto do pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. As equipes das unidades de saúde devem estar informadas e capacitadas, para a realização dos testes rápidos, elas devem captar precocemente, acolher e ofertar os testes às gestantes e, caso seja necessário, encaminhar para outro serviço de referência (BRASIL, s/a).

Outra ação da RC é a implantação do Teste Rápido de Gravidez (TRG) em todas as UBS, cujo objetivo é oferecer o acesso à detecção precoce da gestação e oferecer orientações baseadas nas necessidades singulares de cada usuária, com atenção especial as adolescentes, devido a faixa etária. O tempo de atraso para realização do teste é, em geral, igual ou superior a sete dias (BRASIL, 2013).

A oferta de testes rápidos nas unidades de saúde foi considerada inadequada, com porcentagens muito baixas: sífilis (23,5%), gravidez (25,3%) e HIV (25,9%). No entanto, de acordo com os resultados, a realização dos testes para HIV e Sífilis foram adequados, é possível que as gestantes estejam buscando outros serviços de saúde para a realização destes exames, pois os mesmos apresentam baixa oferta nas UBS. A aplicação da penicilina G benzatina, caso a gestante apresente sorologia reagente para sífilis, e o recebimento dos exames, pela equipe, em tempo oportuno apresentaram desempenho pouco satisfatório. Isso dificulta a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como redução da mortalidade materna e infantil por causas evitáveis.

As consultas de pré-natal podem ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares, os resultados do estudo mostram que 14,6% das gestantes realizaram menos de seis consultas no pré-natal e 78,8% realizaram mais que seis consultas. O PHPN estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aumentou o número de consultas na gestação, de quatro para oito, com o objetivo de reduzir o risco de natimortos e complicações na gravidez, pois estima-se que, em 2015, 303 mil mulheres morreram por causas relacionadas à gravidez; 2,7 milhões de bebês morreram durante os 28 primeiros dias de vida; e 2,6 milhões de bebês eram natimortos (OPAS/BRASIL, 2016).

A maior frequência de contatos da gestante com o sistema de saúde é associada a uma menor probabilidade de natimortos, devido ao aumento das oportunidades para detectar e gerir potenciais problemas, além de melhorar a comunicação entre os prestadores de saúde e as gestantes e amplia a possibilidade de resultados positivos na gravidez (OPAS/BRASIL, 2016).

As consultas de pré-natal devem ser realizadas pelo profissional médico e pelo enfermeiro(a). De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto n.º 94.406/87 –, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo(a) enfermeiro(a) (BRASIL, 2005). Uma das diretrizes para atenção pré-natal estabelecida pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha é a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico puerperal

(VIELLAS et al., 2014).

Os resultados do estudo demonstram equilíbrio entre a porcentagem de consultas realizadas pelo profissional médico e de enfermagem. Ainda assim, ressalta-se que a assistência pré-natal realizada por profissionais enfermeiros ainda é restrita no país, com maior concentração no Norte e Nordeste e entre mulheres indígenas, particularmente nas cidades do interior (VIELLAS et al., 2014).

O exame físico da gestante deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico (BRASIL, 2005). De acordo com o que foi questionado às gestantes os exames mais frequentemente realizados foram aferição de pressão arterial, medida da altura uterina e exame das mamas, sendo o exame da boca, exame ginecológico e exame preventivo do câncer do colo do útero os menos frequentes. O baixo índice de realização do exame de Papanicolau pode ser explicado devido ao índice de orientações insatisfatória sobre a importância deste exame, apenas 65,3%.

Uma das condições que interferem no período gestacional, é estado nutricional, durante a gestação é necessário ter atenção para as demandas nutricionais, pois algumas situações nutricionais podem pôr em risco a evolução da gestação, como os extremos baixo peso e sobrepeso (BACK, 2014). De acordo com o estudo 87,9% das gestantes receberam orientação sobre alimentação e ganho de peso, a atenção nutricional no pré-natal é essencial para a saúde materna e da criança e as orientações nutricionais devem incentivar uma alimentação saudável que supra as suas necessidades nutricionais, garantindo o crescimento e o desenvolvimento adequado do feto, garantindo o nascimento de uma criança com peso ideal (GARCIA, 2018).

A amamentação é vital para a saúde de uma criança ao longo da vida e reduz os custos com problemas de saúde decorrentes da desnutrição. A amamentação de todos os bebês nos primeiros dois anos pode salvar a vida de mais de 820 mil crianças com menos de cinco anos todos os anos (OPAS/BRASIL, 2018). O estudo mostra que 90,8% das gestantes receberam orientação sobre amamentação até os 6 meses do bebê.

No Brasil, a mediana de aleitamento materno exclusivo aumentou de 1,1 meses em 1996 para 1,4 meses em 2006. Segundo pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, constatou-se aumento de 1 mês na duração mediana

do aleitamento materno exclusivo, que passou de 23,4 dias, em 1999, para 54,1 dias, em 2008. Esta prática tem avançado e a melhora nos índices e a duração do aleitamento materno exclusivo são influenciados por intervenções de orientação e apoio ao aleitamento materno por profissionais de saúde (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018).

O estudo revela que 14,8% das gestantes não receberam orientações sobre os cuidados com criança. Durante o pré-natal a gestante e sua família devem receber informações sobre os cuidados com a criança, a partir de abordagens com ações educativas com o objetivo de atender as necessidades das mulheres e reduzir a morbimortalidade infantil (CARVALHO; SANTANA; OLIVEIRA, 2016).

As orientações dadas, pelos profissionais de saúde, ajudam na manutenção de uma gestação saudável e, influenciam nas condições de saúde da criança na vida adulta, a maioria das mulheres relataram que as orientações ajudaram na gestação e cuidados com a criança.

A unidade de saúde deve proporcionar condições para que a mulher se integre verdadeiramente ao pré-natal e se sinta segura e informada. As gestantes devem receber informações sobre a importância do pré-natal, o processo gestacional, mudança corporal e emocional, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação (LOURENÇO, 2019). No estudo, 54,2% das gestantes receberam orientação sobre participação em grupos de gestantes, 38,9% participaram de algum grupo e, destas apenas 33,1% afirmaram que a participação ajudou de alguma forma. O desenvolvimento do grupo de gestante é um recurso que complementa o atendimento realizado nas consultas e diminui as ansiedades e medos relativos ao período gravídico e puerperal (LOURENÇO, 2019).

É importante que a gestante saia do consultório com a consulta subsequente marcada, em nosso estudo 86,3% das gestantes saíam com a próxima consulta marcada e, dentre as formas de marcação, a maioria marcava na recepção, no mesmo dia. Em um estudo qualitativo, realizado no município do Rio Grande do Sul, houve consenso, entre as puérperas, de que o agendamento do retorno após o término da consulta é um elemento facilitador para a continuidade da atenção pré-natal (CABRAL; HIRT; SAND, 2013). Com isso, é importante a manutenção deste serviço nas unidades de saúde.

Outro aspecto importante é que deve haver continuidade entre a atenção pré-natal e ao parto no país, proporcionando referenciamento às gestantes para uma

maternidade de fácil acesso e adequada para as suas necessidades clínicas. A Lei nº 11.634/ 2007, passa a garantir às gestantes atendidas no SUS o direito de vincular-se à maternidade onde receberá assistência ao parto. Esta lei em seu Art. 1º diz que toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal (LEAL et al., 2015); (LEI Nº 11.634, 2007). Em nosso estudo 56,9% das gestantes foram orientadas quanto a maternidade de referência para o parto, sendo classificado como intermediário.

A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência pré-natal para reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro, pois estima-se que 41,8% das gestantes em todo o mundo sejam anêmicas, em grande parte devido a deficiência destes nutrientes (OMS, 2013).

A suplementação com ferro é importante, pois a anemia durante a gestação é considerada fator de risco para parto prematuro, mortalidade materna e da criança, doenças infecciosas e deficiência no crescimento e desenvolvimento, tanto intrauterino quanto a longo prazo. Já o ácido fólico contribui para a prevenção de defeitos no tubo neural do feto, além de contribuir para outros aspectos da saúde materna e fetal. O esquema sugerido é 30-60 mg de ferro elementar e ácido fólico 400 µg (0,4 mg), uma vez ao dia durante toda a gestação (OMS, 2013).

A oferta de sulfato ferroso e ácido fólico não foi considerada adequada, conforme, pois não atende as necessidades da população gestante, uma vez que são medicações usadas continuamente na prevenção de anemia e outras deficiências nutricionais. Em contrapartida, quase 100% dos profissionais receitam estas medicações no pré-natal.

7 CONCLUSÃO

Segundo a adaptação do instrumento de avaliação do pré-natal utilizado (IPR/Pré-Natal), baseado nas diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e seguindo elementos da tríade de Donabedian (estrutura, processo de trabalho e resultado), os resultados revelaram que na avaliação da estrutura, as UBS apresentaram deficiências na disponibilização de sala de atividades coletivas e testes rápidos. Estes espaços proporcionam informação e acolhimento para o cuidado com a gestante e o recém-nascido e, os testes diagnósticos são importantes para que o tratamento de IST's seja realizado em tempo oportuno, havendo redução da transmissão vertical.

De acordo com as características do acesso e utilização das consultas no pré-natal, ainda é muito insatisfatório a quantidade de gestante que não realizam o pré-natal de forma adequada. É sabido que quanto maior a frequência das gestantes nas UBS para realizar a consulta de pré-natal, maiores são as chances de detectar complicações.

Ainda é muito baixo o percentual de gestantes que realizam exame ginecológico e coletam material para exame citopatológico para prevenção do câncer do colo do útero. Esta é a neoplasia mais frequente diagnosticada durante a gestação, este grupo apresenta chances três vezes maior de ser diagnosticada como portadoras de lesões em estágio inicial. Com isso, é necessário incentivo aos profissionais para que realizem este exame e, sensibilização das gestantes para a importância do mesmo na prevenção do câncer do colo do útero.

O PMAQ incentiva os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, dessa forma é necessário que os serviços de saúde estabeleçam estratégias que viabilizem acesso e o ingresso precoce das gestantes no pré-natal, com melhorias na qualidade da assistência prestada à mulher durante a gestação. Os processos de trabalho devem ser desenvolvidos para que estabeleçam um acompanhamento de pré-natal pautado no acolhimento e, o profissional deve estabelecer formas de compreender os muitos significados da gestação para a mulher e sua família.

Na avaliação da estrutura, foi classificado como adequado os equipamentos, material impresso e imunobiológicos, com média de 93,9%, 88,3% e 78,2%, respectivamente. A infraestrutura das unidades de saúde e medicamentos

antianêmicos, foi classificada como intermediário, com média de 72,4% e 67,4%, e os testes rápidos foram classificados como inadequados (24,9%). A média das características de acesso e utilização das consultas de pré-natal, na perspectiva das gestantes, foi de 55%, com classificação intermediária, as orientações dadas às gestantes foi intermediária (65%). O acesso à exames e procedimentos realizados no pré-natal foi classificado como adequado, com média de 85,2%.

De acordo com os parâmetros do PMAQ, a assistência pré-natal no Brasil foi classificada da seguinte forma: a estrutura foi classificada como adequada (78,4%), o processo de trabalho da equipe também foi classificado como adequado (83,1%) e os resultados como intermediário (68,06%).

REFERÊNCIAS

ALVES, J. de S.; OLIVEIRA, M. I. C. de; RITO, R. V. V. F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciênc. saúde colet.*, v. 23, n. 4, p. 1077 – 1088, Abr. 2018.

ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo de assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidade de Estratégia de Saúde da Família em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n.4, p.789 – 800, abr., 2012.

BARBOSA, J. T. de C. et al. Sisprenatal como ferramenta facilitadora da assistência à gestante: revisão integrativa da literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 12, n. 42, p. 47 – 47, out./dez. 2014.

BACK, J. A. D. C. Acompanhamento às gestantes com estado nutricional: sobre peso e obesidade. Coronel sapucaia - ms: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. 2012a. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php>. Acesso em: 07 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012b. Disponível:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2017.

BRASIL. 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**. Brasília, 2012c.

Disponível:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2017.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. Disponível em:<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/ivro_3.pdf> . Acesso em: 11/02/2019.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> . Acesso em: 13/02/2019.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA EXECUTIVA. **Humanização do parto**: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:< <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 14/02/2019.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 15/02/2019.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf> .

Acesso em: 15/02/2019.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica**: guia técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf>.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica**. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, s/a. Disponível em:<

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis.pdf>.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; SAND, I. C. P. V. der. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, scielo, v. 47, n. 2, p. 281 – 287, 04 2013. ISSN 0080-6234.

CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP: Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

CARDOSO, L. M. Atendimento odontológico da gestante na Estratégia do Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

CARVALHO, M. S.; SANTANA, M. D. A.; OLIVEIRA, S. J. G. S. EDUCAÇÃO EM SAÚDE DURANTE O PRÉ-NATAL COM FOCO NOS CUIDADOS RELACIONADOS AO RECÉM-NASCIDO. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 3, n. 3, p. 195 – 208, Out. 2016.

CAMPOS, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**. V. 38, n. especial, p. 252-264, out. 2014.

COSTA, G. D. da et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, scielo, v. 14, p. 1347 – 1357, 10 2009. ISSN 1413-8123.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013.

CUNHA, A.C. **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. 2017. 124 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina.

DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante**. Brasília, 2019a. Disponível em:< <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>>. Acesso em: 14/02/2019.

DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante**. Brasília, 2019b. Disponível em:< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060305>>.

DE SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.Sup1, p.100-110, 2008.

DOMINGUES, R.M.S.M et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n.3, p.425-437, mar., 2012.

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

DOS SANTOS, R. L. B. et al. Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 4, p. 628-637, 2015.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006.

FONSECA, S. C. et al. Inequalities in prenatal care in a southeastern city in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1991-1998, 2014.

FRENK, J. Avedis Donabedian, MDMph. MDMph 1919-2000. **Salud pública Méx** vol.42 n.6 Cuernavaca Nov. 2000.

GARCIA, L. R. S. et al. FATORES RELACIONADOS AOS CONHECIMENTOS EM NUTRIÇÃO DE PUÉRPERAS ACOMPANHADAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 78 – 83, jul.-dez. 2018.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, scielo, v. 42, p. 105 – 111, 03 2008. ISSN 0080- 6234.

GONCALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.61, n. 3, p. 349-53, maio/jun.,2008.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1227-1238, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; COORDENACÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:<
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf>. Acesso em: 15/02/2019.

LEAL, M. do C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, scielo, Recife, v. 15, n. 1, p. 91 – 104, 03 2015. ISSN 1519-3829.

Lei nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007. Brasília, 2007. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>.

LIMA, A. P. de; CORRÊA, A. C. A PRODUÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÕES PARA O SISPRENATAL NO NÍVEL CENTRAL DE GESTÃO. **Cienc Cuid Saude**. v. 11, n.2, p. 352 – 359, Abr/Jun 2012.

LIMA, V. de O.; VALENTE, D.; SILVA, R. de C. V. da. **Câncer do colo do útero e suas implicações na gestação**. Salvador. 2014.

LOURENÇO, R. A importância do grupo de gestantes em uma unidade básica de saúde. 2019. Disponível em:

<<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-importancia-do-grupo-de-gestantes-em-uma-unidade-basica-de-saude/25119>>.

LOUZEIRO, E. M. et al. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. *R. Interd.*, v. 7, n. 1, p. 193 – 203, jan. fev. mar. 2014. ISSN 2317-5079.

MENDES, E. V. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em:<<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 11/02/2019.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-85, 2012.

NETO, E. T. S. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito

Santo, Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662. 2012.

NIQUINI, R.P. et al. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. 2010, vol.10, suppl.1, pp.s61-s68. ISSN 1519-3829.

OLIVEIRA, L.S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.11, p.3047-3056, 2012.

OMS. **Diretriz:** Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013. Disponível em:<
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_gestantes.pdf>.

OPAS/BRASIL. **Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS.** Brasília, 2016. Disponível em:<
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820>.

OPAS/BRASIL. **OMS e UNICEF lançam novas orientações para promover aleitamento materno em unidades de saúde de todo o mundo.** Brasília, 2018. Disponível em:<
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5631:oms-e-unicef-lancam-novas-orientacoes-para-promover-aleitamento-materno-em-unidades-de-saude-de-todo-o-mundo&Itemid=820>.

OMS. Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 1978. Brasília, DF: OMS/Unicef, 1978. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=257AF81A7805F6C2FEFFADB365DC4DE0?sequence=5>

PIMENTEL, F. C.; DE ALBUQUERQUE, P. C.; DE SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015.

PORTARIA Nº 1.654 DE 19 DE JULHO DE 2011. **ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**. Brasília, 2011. Disponível em:<

http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf>. Acesso em: 12/02/2019.

PORTALMS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestantes de todo país devem atualizar caderneta de vacinação. Brasília, 2018. Disponível em:<

<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42730-gestantes-de-todo-pais-devem-atualizar-caderneta-de-vacinacao>>.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G. do; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, scielo, v. 45, p. 1041 – 1047, 10 2011. ISSN 0080-6234.

ROCHA, A.C.D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Rev. adm. saúde**, p. 71-79, 2012.

SANTOS, A. De L.; RADOVANOVIC, C.A.T.; MARCON, S.S. Assistência pré-natal:

satisfação e expectativas. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, p. 61-71. 2010.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. di G. do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1281-1289, 2004.

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

SILVA, E. P. da et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, p. 356-362, 2013.

SOUZA, I. A. et al. Compatibilidade entre os dados do cartão da gestante e o sistema informatizado da web sis prenatal. **PRISMA. COM**, n. 32, p. 127-147, 2016.

TOCANTINS. SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO TOCANTINS. **Pré-concepção, Pré-natal, Parto e Puerpério**. Protocolos de Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense, nº 1. Tocantins: Palmas, 2012.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

VIEIRA, V. C. De L. et al. Análise da assistência pré-natal em municípios de diferentes portes populacionais do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 125-132, 2016.